

**INSTITUTO FEDERAL DE ENSINO TECNOLÓGICO DE
SANTA CATARINA
CAMPUS JOINVILLE**

CHARLENE DA SILVA

FLÁVIA MEDEIROS SCHMIDT

IVY MONTANHER

JAQUELINE LIERMANN NOGUEIRA SEILER

**SAÚDE MENTAL E FAMÍLIA: PERCEÇÃO DOS
ESTUDANTES DE ENFERMAGEM SOBRE AS
DIFICULDADES DA CONVIVÊNCIA ENTRE FAMILIARES E
PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DO MUNICÍPIO DE
JOINVILLE/SC.**

JOINVILLE

2012-2013

**SAÚDE MENTAL E FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DOS
ESTUDANTES DE ENFERMAGEM SOBRE AS
DIFICULDADES DA CONVIVÊNCIA ENTRE FAMILIARES E
PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DO MUNICÍPIO DE
JOINVILLE/SC.**

Projeto apresentado ao Programa de Ação Comunitária do
Instituto Federal de Santa Catarina para obtenção do diploma do
curso Técnico em Enfermagem.

Orientadora: Profª Márcia Bet Kohls

Joinville/SC

2013

RESUMO

A presente pesquisa teve o objetivo de analisar as dificuldades de convivência entre pacientes psiquiátricos e familiares de uma instituição pública de assistência em saúde mental do município de Joinville/SC. Caracteriza-se como um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa e quanto a fonte de dados foi considerado pesquisa de campo. A coleta de dados nos propiciou entender o andamento do convívio familiar e social do portador de transtorno mental, além de variáveis importantes como idade, número de internações, escolaridade e tipo de transtorno. Para a busca de um bom resultado, os familiares também recebem acompanhamento através das Terapias Familiares, que objetivam a interação mútua entre paciente e família na busca da compreensão do tratamento e como o convívio familiar pode auxiliar na melhora do quadro clínico. A família se torna o centro de apoio para que o doente consiga se reinserir na sociedade e ultrapassar as dificuldades que a doença lhe impõe. Esses pacientes, além das psicoterapias, tratamento medicamentoso, acompanhamento com psiquiatras, psicólogos, entre outros, necessitam do apoio, compreensão e afeto dos familiares para essa reinserção. A família é base de tudo para que o convívio familiar se mantenha em ordem e consiga seguir em frente com desafios a serem superados, sendo compreendidos por todos e não julgados pela sociedade e excluídos por falta de conhecimento ou por não saber lidar com o desconhecido.

Palavras-chave: Família; Assistência Psiquiátrica; saúde Mental.

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1: Quantidade de pacientes por gênero e idade.....	13
Gráfico 2: Nível de escolaridade dos pacientes.	14
Gráfico 3: Tipos de transtornos mentais.....	15
Gráfico 4: Encaminhamento ao CAPS.....	16
Gráfico 5: Apoio do SUS.....	17
Gráfico 6: Quantidade de internações por paciente.....	18
Gráfico 7: Convívio familiar.....	19
Gráfico 8: Dificuldades encontradas com relação à inserção na sociedade.....	20
Gráfico 9: Número de moradores por residência.....	21
Gráfico 10: Preconceito familiar.....	22
Gráfico 11: Influência do preconceito familiar no tratamento.....	23
Gráfico 12: Dificuldades relacionadas à doença no convívio familiar.....	24

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	7
3. METODOLOGIA.....	11
3.1 Tipo de pesquisa.....	11
3.2 Sujeitos da pesquisa.....	11
3.3 Local da pesquisa.....	12
3.4 Instrumentos para coleta de dados.....	12
3.5 Resultados esperados.....	12
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	13
5. CONCLUSÃO.....	26
6. REFERÊNCIAS.....	28
7. APÊNDICES.....	31

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais são alterações do funcionamento da mente que prejudicam o desempenho da pessoa na vida familiar, na vida pessoal, na vida social, no trabalho, nos estudos, na compreensão de si e dos outros, na possibilidade de autocrítica, na tolerância aos problemas e na possibilidade de ter prazer na vida em geral. É considerado transtorno mental a alteração mórbida do comportamento associado às anormalidades que sejam persistentes ou recorrentes e que resultem em certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal.

Desde o começo das civilizações o estigma que cerca as doenças mentais prejudica muitos indivíduos, pois antes de se tornar uma anomalia clínica era considerada uma anomalia espiritual, vinculada a uma imposição divina. Como consequência da origem sobrenatural, sua cura era determinada através de rituais religiosos, como exorcismos.

Na Grécia Antiga houve a primeira tentativa de se descobrir as causas dos transtornos mentais sem relacioná-los com divindades, Hipócrates associou a insanidade a uma irregularidade no equilíbrio entre os humores. Porém, durante a Idade Média, a associação com o sobrenatural ainda predominava. Visto como uma grande ameaça, o doente era segregado da sociedade e fadado a vagar sem destino certo. Os “loucos” eram condenados a viver em grandes manicômios onde o futuro era o mesmo para todos e a dignidade era algo inconcebível.

No Brasil a situação era a mesma, até que, em 1989, Paulo Delgado propôs a revisão legislativa do atendimento ao doente mental, dando início à Reforma Psiquiátrica brasileira. Com isso se desfez o antigo conceito de cuidado manicomial, do qual há diversos registros de maus tratos e displicência com a vida humana. Esse primeiro passo rendeu a Lei Federal 10.216 de 2001 que garante os direitos das pessoas acometidas de

transtornos mentais, objetivando a reinserção destas em seu meio social. Hoje o país conta com uma rede assistencial que visa o tratamento juntamente com a reaproximação à comunidade e integração com familiares.

A partir da garantia do direito à saúde gratuita foram criadas instituições que cumprem o papel de reabilitação e cuidado, antes designado a hospitais psiquiátricos e asilos. O atendimento é feito em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Prontos Atendimento Psicossocial (PAPS), Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais e Centros de Convivência. Com essa nova realidade as famílias e os pacientes se veem defronte a uma problemática, a convivência.

O Município de Joinville/SC, com aproximadamente 500 mil habitantes, contempla uma rede assistencial ampla, que conta com Centros de Atenção Psicossocial (II, III, I, AD), Casa de Acolhimento Transitório, Serviço Residencial Terapêutico e leitos no Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, 2012). Ainda assim, no período de 2011 no Município, 7 pessoas faleceram por Transtornos Mentais e Comportamentais (DATASUS, 2011).

Dados do Sistema de Informações Hospitalares SUS (Ministério da Saúde, 2011) apontam que a Região Sul do país ocupa o segundo maior índice de internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais no período de 2011, com um total de 78.859 internações. Tais dados demonstram a grande quantidade de indivíduos que são acometidos por problemas relativos à Saúde Mental. Para que haja um processo de recuperação eficiente mostra-se necessária uma rede assistencial preparada para reinseri-lo no convívio social e, especialmente, familiar.

A relação familiar é o sustentáculo, a base para uma boa estrutura emocional para o paciente portador de doença mental, tanto para prevenção de uma crise, quanto para sua manutenção e recuperação (ALONSO, 2001).

Como alicerce ao doente a família deve cumprir um papel de extrema importância, porém diversos são os fatores que influenciam essa relação, sentimentos de incapacidade, culpa e preconceitos podem fazer do cuidado um peso. Tendo a família um papel tão influenciador na evolução ou involução do doente observa-se a necessidade de entender quais fatores atuam em seu benefício e quais se mostram prejudiciais num convívio familiar.

A pesquisa tem o objetivo de analisar as dificuldades de convivência entre pacientes psiquiátricos e familiares de uma instituição pública de assistência em saúde mental do município de Joinville/SC.

O presente projeto visa trazer à tona os sentimentos e opiniões de pacientes com transtornos mentais, levantando dados e servindo como subsídio para que os profissionais da saúde possam ampliar seu ponto de vista com relação ao paciente e tendo um referencial a mais para auxiliar no tratamento dos mesmos.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A saúde hoje é considerada o bem estar completo, a higidez do físico e também do psicológico e social de um ser humano. Sendo a saúde mental um aspecto integrante do bem estar, é necessário que aqueles que sofram algum distúrbio psíquico sejam mantidos em um ambiente de amor, afeto, compreensão, equilíbrio e cuidado, qualidades que deveriam estar presentes nos lares e praticadas pelos próprios familiares.

Segundo Townsend (2002, p. 15) a doença mental pode ser definida como “respostas desajustadas a fatores de estresse do ambiente interno ou externo, evidenciadas por pensamentos, sentimento e comportamentos que não são congruentes com as normas locais e culturais e interferem no funcionamento social, ocupacional e/ou físico do indivíduo.” Dados do Ministério da Saúde apontam que no período de 2011, no Brasil, 285.093 pessoas foram internadas por Transtornos Mentais e Comportamentais, sendo que destas, 1.290 vieram a óbito. Tais dados demonstram a necessidade de um sistema que preste assistência adequada visando à saúde completa do indivíduo brasileiro.

Hoje a assistência à Saúde Mental se concentra no foco da desospitalização, e para isso muitos movimentos e reivindicações foram feitas. Nos anos 70 o Brasil dava seus primeiros passos em direção à Reforma Psiquiátrica, que foi o cursor das mudanças no atendimento ao doente mental. Se antes ele era segregado, mal tratado e considerado incurável, a Reforma quebra esse paradigma e “traz uma nova visão na qual em nenhum momento se nega a existência da doença, mas prioriza-se o indivíduo, como sujeito em sofrimento psíquico” (FUZZETI e CAPOCCI, 2003, p. 37)

Elsen (2002 apud BORBA ET AL., 2008, p. 589) define que “a família é conceituada como um sistema formado por valores, crenças, conhecimentos e práticas que direcionam suas ações na promoção da saúde de seus integrantes, zelando pela prevenção e o tratamento da doença.”

De acordo com Santos e Carrapato (2010, p. 4):

“Quando um ser humano é diagnosticado com transtorno mental, sabemos que a evolução do tratamento depende muito da aceitação e apoio da família e da inclusão social do mesmo, pois somente com o sentimento de pertencimento e autonomia é que o ser humano poderá resgatar sua autoestima, autoimagem e estabelecer-se enquanto sujeito de sua própria história.”

A família se torna o centro de apoio para que o doente consiga se reinserir na sociedade e ultrapassar as dificuldades que a doença lhe impõe. Santos e Carrapato (2010, p. 4) ainda apontam que “quando alguém apresenta diagnóstico de transtorno mental inicia-se um grande percurso em busca de facilitar e proporcionar qualidade de vida do paciente, pois na maioria das vezes há rejeição familiar e social”.

Porém questionamentos surgem em face de essa nova realidade. Depois de séculos de segregação o doente é colocado de volta ao seu lar, impondo à família a responsabilidade de cuidar e direcioná-lo. Qual a reação destas famílias? Colvero et al (2004, p. 204) concluem que “os familiares constroem representações do processo saúde-doença mental, caracterizadas pela diversidade, fluidez e ambiguidade”, sendo necessário considerar as evidências relativas às experiências singulares desses familiares com o doente mental.

O que se torna comum é a sobrecarga emocional que a convivência acarreta. Pereira e Pereira Jr.(2003, p. 589 apud BORBA ET AL 2008) relatam que:

“A presença do sofrimento mental no ambiente familiar provoca mudanças nas rotinas, hábitos e costumes da família. Com o impacto do diagnóstico, a necessidade de adaptação à

nova situação, o estigma social, a dependência e as implicações da cronicidade do quadro clínico podem produzir sobrecarga, conflitos, sentimentos de incredulidade, perda do controle e medo, visto que a família vivencia uma situação de desgaste.”

Segundo Waidman (2004, apud BORBA ET AL. 2008, p. 589) essa sobrecarga emocional é caracterizada como: “problemas no relacionamento com o familiar, estresse por conviverem com o humor instável e a dependência do portador de sofrimento psíquico, bem como o medo das recaídas e do comportamento deste no período das crises.” Além do emocional Spadini e Souza (2004, apud SILVA ET AL. 2008, p. 1) apontam que “dentre as principais dificuldades encontradas destacam-se o gasto financeiro, pois com o doente em casa muitas vezes o orçamento não atende as necessidades previstas, tantas mudanças ocasionam uma sobrecarga familiar, que engloba o desgaste físico e emocional.” Desta maneira Silva et al (2008, p. 2) descreve que “as experiências acumulativas dessas famílias tornam-se desgastantes no seu cotidiano, dificultando a interação familiar e ocasionando novas internações, isso faz com que percam as esperanças de uma cura ou controle da doença, ou até mesmo de um convívio saudável com o doente mental”

Analisando o estresse de quem convive com o doente Borba et al. (2008, p. 593) aponta que:

“É importante inserir as famílias em grupos de familiares nos serviços comunitários de saúde mental, bem como, prestar esclarecimentos sobre o comportamento, a sintomatologia e o tratamento da enfermidade, sobre o uso dos psicofármacos e os efeitos colaterais dos mesmos, realizar visitas domiciliares para conhecer a realidade da família e fazer com que esta não se sinta sozinha. Ao contrário, deve sentir-se segura e capaz de agir de maneira adequada em relação aos sintomas apresentados pelo portador de sofrimento psíquico.”

Analisando as variáveis que influenciam uma convivência tão singular e instável, observa-se a necessidade de estudos que aproximem os componentes da vivência com o tema, garantindo que os resultados possam servir de embasamento para que estes lidem com essa reaproximação da melhor maneira possível. “A desinstitucionalização é, acima de tudo, um trabalho terapêutico voltado para a reconstrução de vítimas de um sistema, na maioria das vezes, oportunista e opressor (NOGUEIRA e COSTA, 2007 p. 6)”

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Este projeto de pesquisa caracteriza-se como uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualitativa. Segundo Gil (2008, p. 41) as “pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses”. O autor aponta que as “pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre as variáveis” (Gil 2008, pág 42). Quanto sua abordagem, Almeida e Ribes (200, pág 95) apontam que:

“A pesquisa qualitativa é aquela que procura explorar a fundo conceitos, atitudes, comportamentos, opiniões e atributos do universo pesquisado, avaliando aspectos emocionais e intencionais, implícitos nas opiniões dos sujeitos da pesquisa.”

3.2 Sujeitos da pesquisa

Constituirão de amostra para o presente estudo dez pacientes do Centro de Atenção Psicossocial III do Município de Joinville/SC. O público alvo será escolhido com base na disponibilidade de horário dos pesquisadores, ou seja, no período matutino serão realizadas as abordagens com os pacientes que se mostrarem dispostos a participar desta pesquisa.

3.3 Local da pesquisa

A pesquisa realizar-se-á no Centro de Atenção Psicossocial III, localizado no município de Joinville/SC. O CAPS III é uma instituição de caráter público, que atende pacientes da zona Norte de Joinville, maiores de 18 anos, com transtornos mentais graves e persistentes.

3.4 Instrumentos para coleta de dados

A coleta de dado será através de um questionário com questões abertas e fechadas (**APÊNDICE A**). As questões serão desenvolvidas com o objetivo de demonstrar as variáveis existentes no convívio do entrevistado com seus familiares. Juntamente com o formulário será entregue O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**APÊNDICE B**) de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, prevendo os direitos éticos e legais dos participantes.

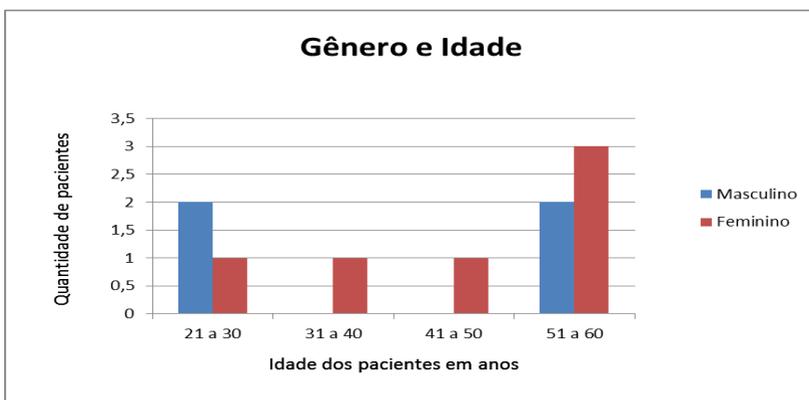
3.5 Resultados esperados

Esta pesquisa tem o objetivo de obter um maior conhecimento sobre convivência dos pacientes psiquiátricos e seus familiares, podendo futuramente utilizar de seus resultados para a criação de um artigo científico e assim constituir uma parte do acervo bibliográfico deste tema.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A coleta de dados nos permitiu entender o funcionamento do convívio familiar e social do portador de transtorno mental, além de variáveis importantes como idade, número de internações, escolaridade e tipo de transtorno.

Gráfico 1: Quantidade de pacientes por gênero e idade.

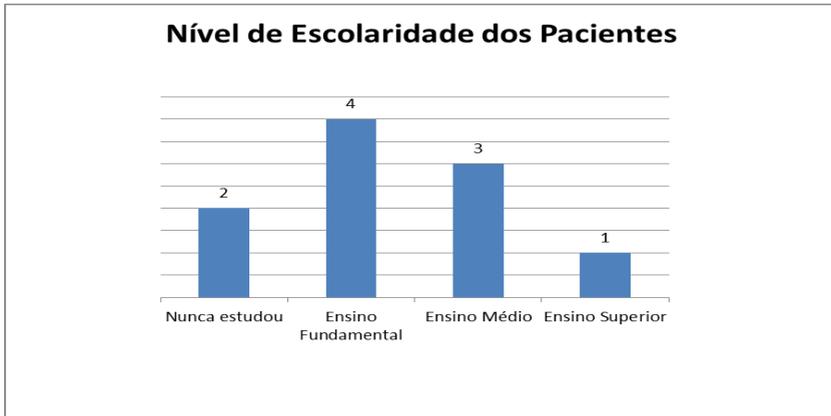


Fonte: Dados coletados pelas autoras.

Os dados forneceram indicadores epidemiológicos de uma amostra dos usuários do CAPS III no período da pesquisa, dentre os participantes 60% eram mulheres e 50% destas se encontrava na faixa entre 51 a 60 anos. Os homens, que representam 40% do número total de participantes, se dividem igualmente entre as faixas de 21 a 30 anos e 51 a 60 anos conforme o Gráfico 1.

Gráfico 2: Nível de escolaridade dos pacientes.

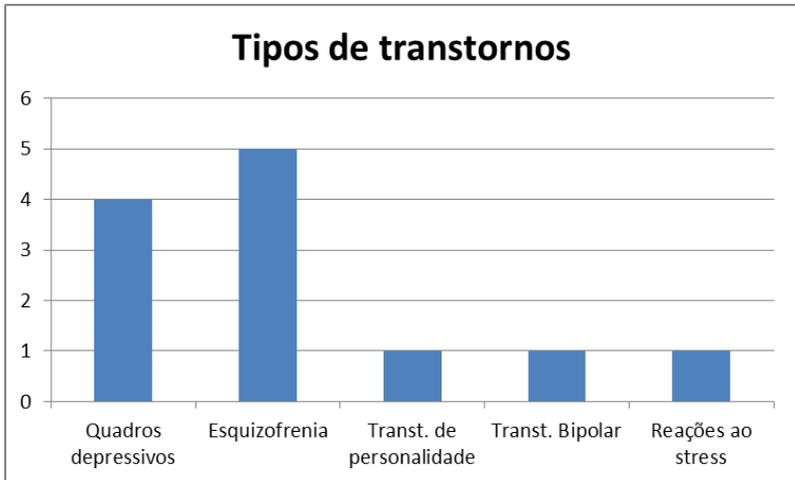
Gráfico 2: Nível de escolaridade dos pacientes.



Fonte: Dados coletados pelas autoras.

Segundo Lima (1999) vários estudos populacionais sugerem que fatores socioeconômicos, como baixa escolaridade e renda, apresentam maior prevalência de pessoas com transtornos mentais. Os resultados obtidos nessa pesquisa suportam tais estudos, 20% dos participantes nunca estudou, 40% possui apenas a escolaridade mínima (ensino fundamental) prevista na constituição Federal brasileira, 30% possui Ensino Médio e apenas 10% possui ensino superior (Gráfico 2).

Gráfico 3: Tipos de transtornos mentais (referenciados no prontuário do paciente).

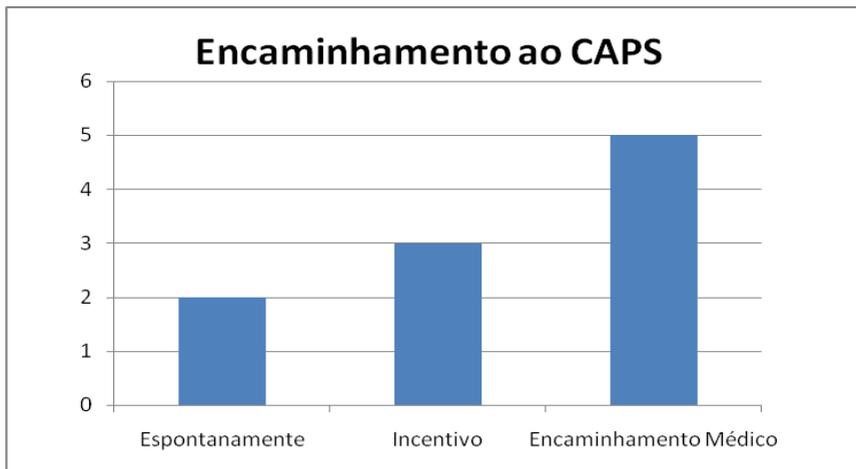


Fonte: Dados colhidos pelas autoras.

A influência que uma doença mental causa na vida social e pessoal de uma pessoa dependerá do tipo de transtorno que a mesma sofre e qual episódio ela se encontra, quanto mais controlada estiver menos efeito esta terá no seu cotidiano. Muitos pacientes enfrentam dificuldades em manter o tratamento e até entender o que estão sofrendo, atenuando as problemáticas já existentes no relacionamento familiar de acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria as doenças mentais mais comuns são a Depressão, Transtornos de ansiedade, Distúrbio do pânico, Transtorno Bipolar e Esquizofrenia. Os participantes desta pesquisa foram questionados durante a entrevista sobre o tipo de transtorno que os mesmos possuíam, e após foram relacionadas às respostas com o diagnóstico relatado pelo médico psiquiatra, apenas três pacientes relataram o mesmo diagnóstico presente no prontuário.

O Gráfico 3 apresenta os tipos de transtornos encontrados na amostra da pesquisa sendo incluídas as comorbidades, ou seja, alguns pacientes apresentaram mais de um diagnóstico e estes foram contabilizados separadamente. Esquizofrenia representou 41,66% dos resultados, quadros depressivos 33,33%, transtornos bipolar e de personalidade e reações relacionadas ao stress 8,33% cada um.

Gráfico 4: Encaminhamento ao CAPS



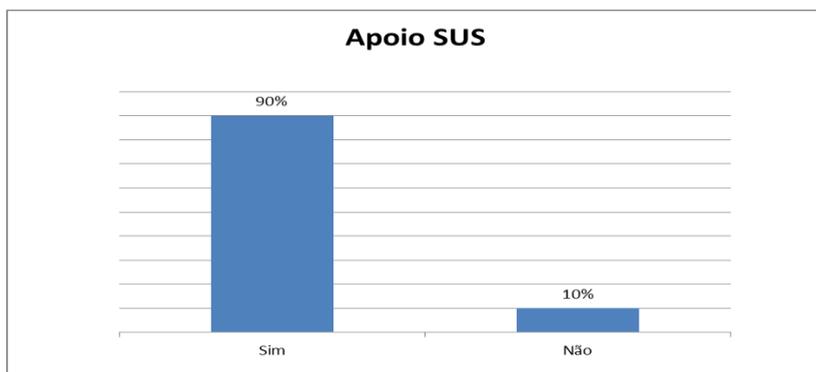
Fonte: Dados colhidos pelas autoras.

O CAPS, além de muitas funções, possui os objetivos de oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Para se tornar usuário do CAPS é necessário um encaminhamento médico ou a procura espontânea do serviço, muitas vezes o incentivo da família é o primeiro passo em busca

de tratamento. Nos entrevistados 50% obtiveram acesso ao tratamento através de encaminhamento médico, 30% por incentivo familiar e 20% por vontade própria, conforme demonstrado no Gráfico 4.

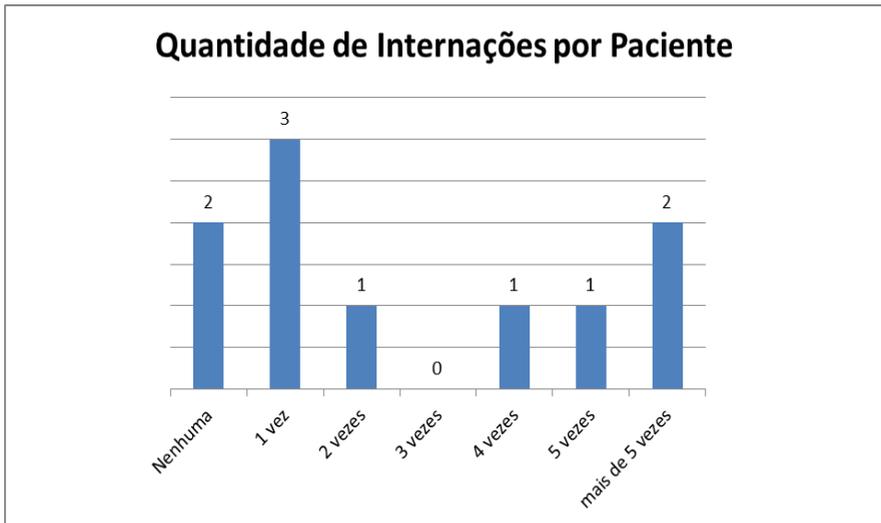
Gráfico 5: Apoio do SUS.



Fonte: Dados colhidos pelas autoras.

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/01, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Esse modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em hospitais gerais, nos CAPS III). Quando questionados sobre o apoio fornecido pelo SUS 90% dos participantes confirmaram que recebem apoio necessário do sistema público de saúde conforme mostra o gráfico 5.

Gráfico 6: Quantidade de internações por paciente.



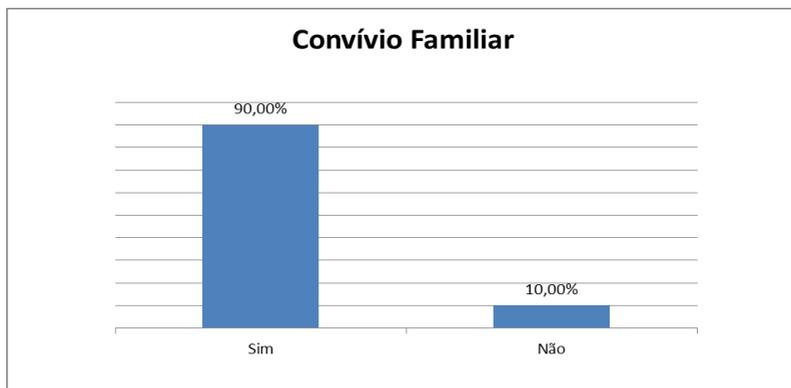
Fonte: Dados colhidos pelas autoras.

Ramos, Guimarães e Enders (2011, p 521) apontam que:

“Levando em consideração o número de internações e a quantidade de dias de reclusão, atentamos para a grande problemática que envolve as reinternações frequentes de pacientes psiquiátricos. Experiências repetitivas de reclusão podem desencadear rupturas nos laços familiares e na permanência desses indivíduos no seu entorno social.”

Dentre os participantes da pesquisa 50% foram internados duas ou mais vezes, 30% apenas uma vez e 20% não possuem nenhum histórico de internação hospitalar (Gráfico 6).

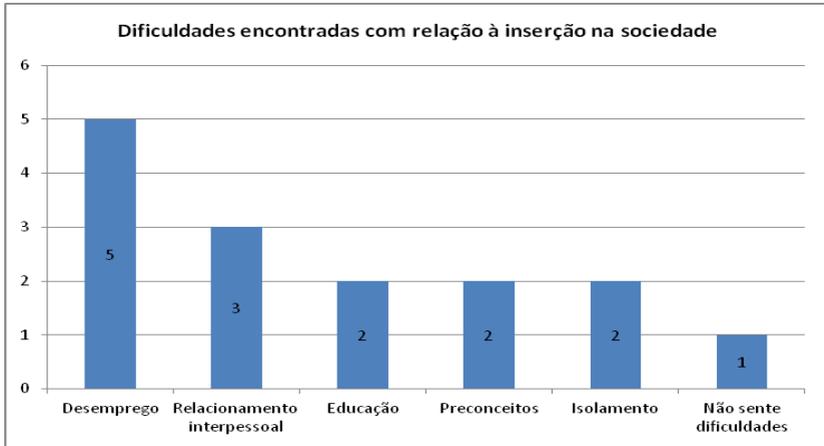
Gráfico 7: Convívio familiar.



Fonte: Dados colhidos pelas autoras

A família se torna o centro de apoio para que o doente consiga se reinserir na sociedade e ultrapassar as dificuldades que a doença lhe impõe. Santos e Carrapato (2010, p. 4) ainda apontam que “quando alguém apresenta diagnóstico de transtorno mental inicia-se um grande percurso em busca de facilitar e proporcionar qualidade de vida do paciente, pois na maioria das vezes há rejeição familiar e social”. O início da reinserção do paciente na sociedade se dá pela convivência familiar, este é um dos trabalhos realizados pelos CAPS, já mostrando resultados positivos, pois 90% da amostra possuem convívio familiar (Gráfico 7).

Gráfico 8: Dificuldades encontradas com relação à inserção na sociedade.



Fonte: Dados colhidos pelas autoras.

Uma das problemáticas enfrentadas pelo portador de doença mental é a reinserção dele na sociedade, após séculos de exclusão e confinamento o doente se vê frente uma sociedade sem conhecimento ou com preconceitos sobre a realidade da doença mental, isso além de dificultar o seu desenvolvimento pessoal interfere no seu relacionamento familiar, tornando-se um “peso” para a família. Gonçalves e Sena relatam que:

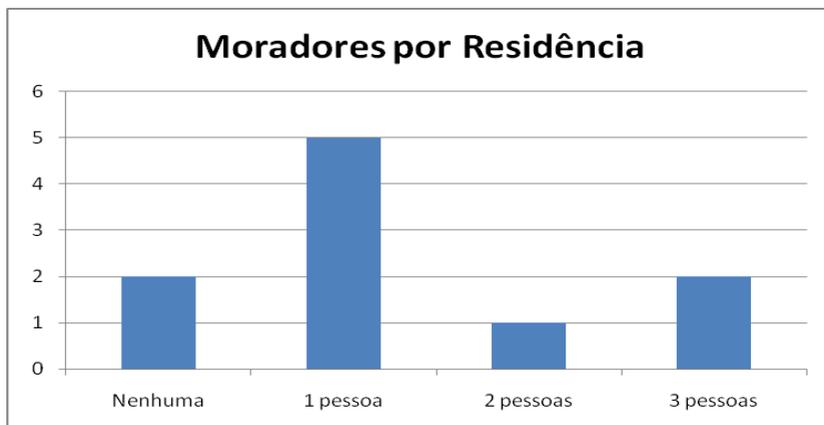
“Numa sociedade competitiva, sob a égide do modo de produção capitalista, aquele que não produz, não tem rendas e, além disso, carrega o estigma de ser doente mental, não tem inserção social. Então passa a ser visto como ocioso, improdutivo, inútil, sem cidadania. (GONCALVES;SENA, 2011, p 52).”

O Gráfico 8 demonstra que a principal dificuldade relatada pelos participantes da pesquisa é o desemprego. Em segundo lugar se encontra o relacionamento interpessoal, que na maioria das vezes se torna uma barreira quando descobrem o diagnóstico.

Neste caso, a educação é entendida como dificuldade de compreender ou realizar tarefas básicas, como contas de soma ou subtração, por exemplo. Como observado na análise do Gráfico 2 a maioria dos participantes da pesquisa possuem apenas o ensino fundamental da grade escolar.

Preconceitos e isolamento também são citados como dificuldades com relação à inserção na sociedade. Apenas um participante referiu não ter nenhum tipo de problema, porém o mesmo informou que não revela sua condição de portador de doença mental por medo de sofrer preconceito ou isolamento.

Gráfico 9: Número de moradores por residência.

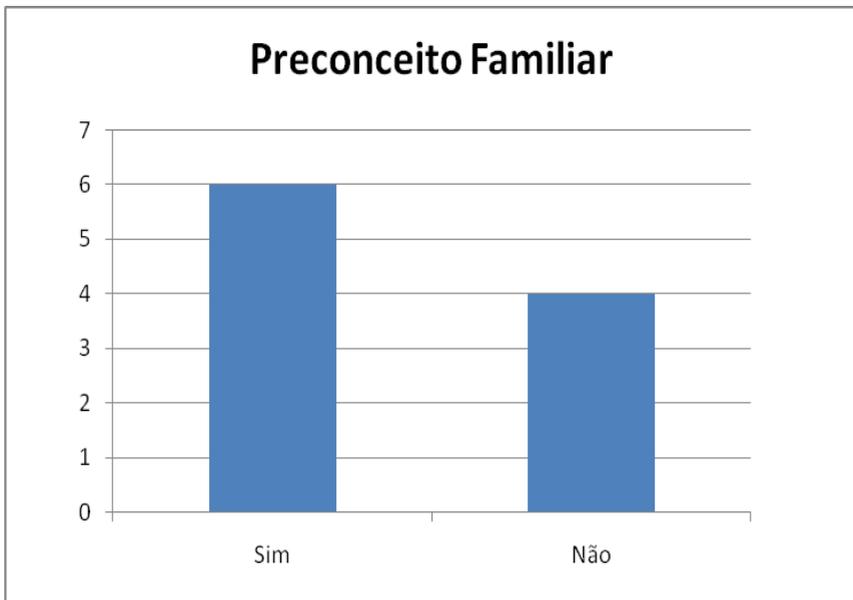


Fonte: Dados colhidos pelas autoras.

Para melhor entendimento sobre a relação familiar que cada paciente possuía, foi questionado o número de pessoas que convivem na mesma residência, sendo assim, 50% moram com uma pessoa, 10% com duas pessoas, 20% com três pessoas e 20% moram sozinho.

Como alicerce ao doente a família deve cumprir um papel de extrema importância, porém diversos são os fatores que influenciam essa relação, sentimentos de incapacidade, culpa, preconceito e ignorância com relação à doença podem fazer do cuidado um peso.

Gráfico 10: Preconceito familiar.

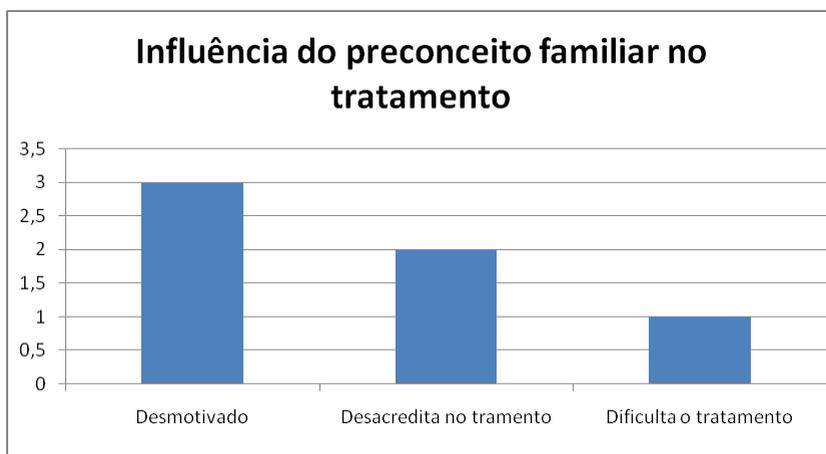


Fonte: Dados colhidos pelas autoras.

Quando questionados sobre a existência do preconceito no meio familiar 60% respondeu que já vivenciou episódios de preconceito com cônjuges ou familiares (Gráfico 10).

Aos que positivaram a existência de preconceito familiar foi questionado como este afeta o tratamento e a evolução da doença.

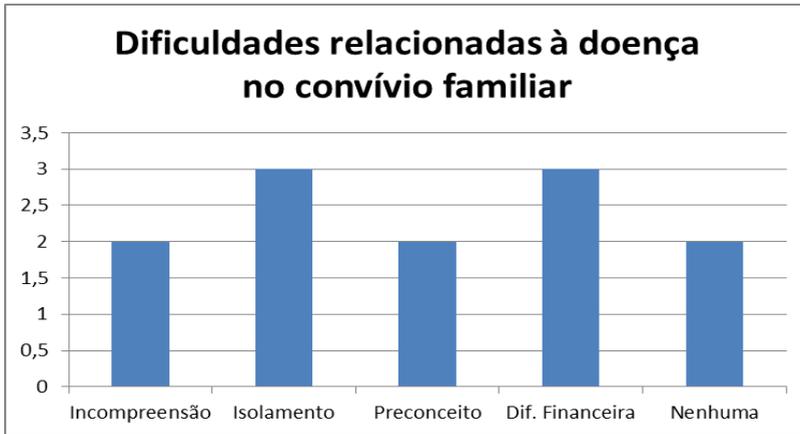
Gráfico 11: Influência do preconceito familiar no tratamento.



Fonte: Dados colhidos pelas autoras.

Conforme o Gráfico 11, dentre as respostas, 30% se sentem desmotivados, 20% desacreditam no tratamento e 10% relatou que dificulta o tratamento, por não se sentirem apoiados pelo seus familiares. Sabendo que o principal tratamento para as doenças mentais são os psicofármacos, Cardoso e Galera (2006) relatam que a percepção que paciente e seus familiares possuem quanto ao tratamento psicofarmacológico também pode influenciar a adesão, por esta razão o CAPS III visa promover a terapia familiar, que preconiza a reeducação e a importância da adesão ao tratamento seja ele medicamentoso ou terapêutico.

Gráfico 12: Dificuldades relacionadas à doença no convívio familiar.



Fonte: Dados colhidos pelas autoras.

Conforme estudo realizado em pacientes psiquiátricos sobre as suas famílias no NAPS-1 (Parente e Pereira, 2004) de Ribeirão Preto, os resultados demonstraram que os aspectos relacionados ao desafeto familiar foram mais frequentes. Resultados semelhantes foram obtidos nesta pesquisa, conforme demonstrado no gráfico 12, onde: 20% dos pacientes se sentem incompreendidos e outros 20% sentem preconceito pelos seus familiares, 30% dos pacientes tem a percepção de se sentirem isolados e outros 30% tem como dificuldade financeira o principal entrave no convívio familiar. Dos pacientes entrevistados somente 20% não sentiram dificuldade nos seus relacionamentos com os familiares. Como demonstra a pesquisa realizada em Ribeirão Preto:

“... o significado e as expectativas em relação à família são variáveis e particulares para cada pessoa. Esse aspecto deve ser levado em conta para o planejamento do atendimento familiar e do paciente, já que se pretende, através da busca de

transformações assistenciais, trilharem um novo caminho em direção às reais mudanças almeçadas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, possibilitando a efetivação de percursos reabilitadores. (PARENTE; PEREIRA, 2004, p. 47, 2004).”

A importância do convívio familiar e em sociedade para o paciente é o resultado na melhora do seu quadro clínico, conforme preconiza os estudos realizados pelo Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2013) para implantação do Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no Sistema Único de Saúde e também através da Lei 10.216 de 2001, que foi o fundamental para a mudança do sistema de atenção psiquiátrica no país.

Através do CAPS III - Dê Lírios os pacientes recebem cuidados clínicos e reinserção ao convívio familiar e social, são atendidos por profissionais psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, professores de educação física, assistentes sociais, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, são acompanhados desde a realização de tarefas básicas de higiene pessoal e até mesmo a um tratamento completo. Os pacientes recebem ajuda financeira na forma de cesta básica e vale transporte para a realização do tratamento no Centro de Atenção Psicossocial. Os familiares também recebem acompanhamento através das Terapias Familiares, que objetivam a interação mútua entre paciente e família na busca da compreensão do tratamento e como o convívio familiar pode auxiliar na melhora do quadro clínico.

5. CONCLUSÃO

O passado implícito e sofrido do paciente é muitas vezes, a grande causa do desenvolvimento de uma patologia mental.

Apesar de ser alta a demanda do CAPS III e de outras redes assistenciais desta área, ainda há pessoas que desconhecem esses serviços prestados pelo SUS. Este fato ocorre, talvez, pela falta de divulgação por parte do município ou pela falta de interesse e informação da população. Isso acarreta o não acolhimento de pessoas que precisariam desse serviço e ficam de certa forma, desamparadas com relação à doença, apenas por desconhecimento dos serviços de assistência psiquiátrica.

A indiferença ou o preconceito da família não é inócuo à evolução do doente mental. Ela afeta, e muito, a melhora do indivíduo.

Os preconceitos relacionados às doenças mentais estão cada vez mais perto de serem abolidos, mas para isso, esses distúrbios psicológicos precisam definitivamente ser entendidos como uma patologia, tanto pela sociedade, quanto pelos familiares do doente mental. A aceitação e identificação da doença pela família fazem com que o indivíduo receba o devido tratamento oferecido pelo SUS, e assim, consiga ser reinserido na sociedade.

Esses pacientes, além das psicoterapias, tratamento medicamentoso, acompanhamento com psiquiatras, psicólogos, entre outros, necessitam do apoio, compreensão e afeto dos familiares. Sendo assim, nossa pesquisa confirma a importância de uma família estruturada para a reintegração e avanço do indivíduo.

Após as análises concluídas, percebe-se que, que algumas das respostas dos pacientes psiquiátricos na entrevista, divergem das informações do prontuário (devido à doença mental). Portanto, só com a análise minuciosa das evoluções é que conseguimos ter uma pesquisa fidedigna para ser apresentada no PAC.

Com este fato analisado, conclui-se que as pessoas que discordaram que o SUS oferece o apoio necessário, talvez

desconheçam do auxílio doença prestado pelo INSS, ou então, mesmo recebendo o auxílio, acham insuficiente para manter um padrão de vida que gostariam.

Retornando a questão do convívio familiar, devemos frisar que o CAPS III tem um programa de reintegração familiar, onde é feito/tentado contato com parentes, para que os mesmos estejam presentes na vida do usuário.

Com isso, a nossa percepção como estudante do técnico em enfermagem é de que, o paciente que sofre preconceito dos seus familiares, tende a regredir no tratamento.

No momento da doença, é exatamente onde o doente mental precisa além de um suporte especializado, de um suporte familiar adequado. Afinal, o mesmo precisa ter a quem recorrer, sendo que a família sempre será a base de tudo.

6-REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T.L, RIBES, E.L. Pesquisa Quantitativa ou Qualitativa: Adjetivação Necessária. Porto Alegre, 2000.

BORBA, Letícia de Oliveira; SCHWARTZ, Eda; KANTORSKI, Luciane Prado. *A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental*. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 21, n. 4, 2008 .

BRASIL. GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina. Disponível em <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=315&Itemid=163> acesso em 28/04/2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS, tabnet. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/niuf.def>> Acesso em 28 de Abr de 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. DATASUS, tabnet. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrsc.def>> Acesso em 28 de abril de 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1> Acesso em 20/06/2013.

CARDOSO, Lucilene; GALERA, Sueli Aparecida Frari. Adesão ao tratamento psicofarmacológico. Acta Paul Enferm, v. 19, n. 3, p. 343-8, 2006.

COLVERO, Luciana de Almeida; IDE, Cilene Aparecida Costardi; ROLIM, Marli Alves. *Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença*. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 38, n. 2, June 2004 .

ELSEN, Ingrid; MARCON, Sonia Silvia; SILVA, Mara Regina Santos da. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença; The

life in family and its interface with the health and the illness. Eduem, 2002.

Fuzzeti MF, Capocci PO. *As diferentes concepções da desinstitucionalização no Brasil*. Revista de Enfermagem UNISA 2003; 4: 37-9.

Gil, Antonio Carlos - Como elaborar projetos de pesquisa. - 4. ed. - São Paulo:Atlas, 2002 .

Lima, Maurício Silva de. "Epidemiologia e impacto social." *Revista Brasileira de psiquiatria* 21 (1999): 01-05.

NOGUEIRA.S.M.L., COSTA. L.F.A. *Política pública de saúde mental: discutindo paradigma da desinstitucionalização*. III JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS. São Luís – MA, 28 a 30 de agosto 2007.

PARENTE, Adriana da Cunha M., PEREIRA Maria A. O., Percepção de Pacientes Psiquiátricos Sobre Suas Famílias: Um Espelho De Dois Lados, Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 jan/fev;57(1):44-7

Pereira MAO, Pereira Júnior A. *Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família*. Rev Esc Enferm USP. 2003; 37(4):92-100.

Ramos, D. K. R., Guimarães, J., Enders, B. C., RAMOS, D., GUIMARÃES, J., & ENDERS, B. (2011). Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 15(37).

Santos, T.; Carrapato, J.. *A IMPORTANCIA DA FAMILIA NA QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS COM DOENÇA MENTAL*. ETIC - ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA - ISSN 21-76-8498, América do Norte, 5 3 08 2010.

SILVA. V.A., LIPPI. P.C.M, PINTO. C.J.M. *Saúde Mental: Dificuldades enfrentadas pela família e o familiar- cuidador.* INTELLECTUS – Revista Acadêmica Digital do Grupo POLIS Educacional – ISSN 1679-8902. Ano 04 [nº 05] Jul./Dez. 2008.

TOWNSEND, M. C. *Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados.* 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

Waidman MAP. *O cuidado às famílias de portadores de transtornos mentais no paradigma da desinstitucionalização* [tese]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina;2004.

7. APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário de pesquisa

QUESTIONÁRIO

Idade: _____ Sexo: _____

1) Qual a sua escolaridade?

Nunca estudei Ensino Fundamental Ensino Médio Ensino superior

2) Tipo de Transtorno/Doença mental:

3) Data do início do primeiro tratamento: _____

4) Quantas vezes já foi internado? _____

5) Com quantas pessoas você reside? Qual o seu grau de parentesco com elas?

6) Possui convívio familiar (atividades de recreação, reuniões familiares, etc) ? Se não Por quê?

SIM

NÃO

7) Sofre preconceito da família? Se sim, com que frequência?

SIM NÃO / Sempre Às vezes Quase nunca

8) Como esse preconceito afeta o seu tratamento?

9) Começou a frequentar o CAPS por vontade própria ou por incentivo de alguém?

10) Na sua opinião, o SUS fornece o apoio necessário a você e sua família? Se não, porque?

SIM NÃO

11) Quais as dificuldades encontradas com relação a sua inserção na sociedade?

12) Descreva as principais dificuldades relacionada à sua doença no convívio familiar (preconceitos, dificuldades financeiras, isolamento da sociedade, etc).

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “SAÚDE MENTAL E FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM SOBRE AS DIFICULDADES DA CONVIVÊNCIA ENTRE FAMILIARES E PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DO MUNICÍPIO DE JOINVILLE/SC”, que tem como objetivo analisar as dificuldades da convivência entre familiares e pacientes psiquiátricos de uma instituição pública do município de Joinville/SC. Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, utilizando como método a aplicação de um questionário. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de questionário escrito. A entrevista será respondida em papel A4 para posterior transcrição – que será guardado por cinco (05) anos e incinerada após esse período. Sr(a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada a sua participação. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem. Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, podendo tirar as

suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Mácia Bet Kohls
Pesquisador Principal
Cel:
e-mail:

Ivy Montanher
Graduando

Jaqueline L. Nogueira
Graduando

Charlene da Silva
Graduando

Flávia M. Schimdt
Graduando

Joinville, ____ de _____ de 2012.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Participante da Pesquisa: _____
Assinatura: _____