



ARTIGO ORIGINAL

**O CUIDADO INTEGRADO À FAMÍLIA E COMUNIDADE NA VISÃO DOS
PROFISSIONAIS DE UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

**THE CARE INTEGRATED TO FAMILY AND COMMUNITY IN THE VIEW OF PROFESSIONALS
FROM A PSYCHIATRIC HOSPITAL**

**EL CUIDADO INTEGRADO A LA FAMILIA Y COMUNIDAD VISTA POR LOS PROFESIONALES DE UN
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

Emanuele Seicenti de Brito¹, Heloisa França Badagnan², Carla Aparecida Arena Ventura³

RESUMO

Objetivo: identificar como os profissionais de saúde de um hospital psiquiátrico compreendem o acesso a um cuidado integrado à família e comunidade. **Método:** estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado em hospital psiquiátrico do interior de São Paulo/SP/Brasil, com 33 profissionais da saúde. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas e analisados pela Técnica de Análise de conteúdo. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob protocolo n. 1056/2009. **Resultados:** a partir da análise dos dados, foram relacionadas duas categorias << A inserção da família no cuidado a pessoa com transtorno mental >> e << A comunidade e o tratamento da pessoa com transtorno mental >>. **Considerações finais:** a participação da comunidade no ambiente hospitalar ainda é distante do que é estabelecido no modelo de atenção psicossocial e os profissionais identificam o medo e o estigma como principais empecilhos para este processo, porém, compreendem a família como elo importante entre o paciente e a comunidade e buscam meios de mantê-la em contato com o paciente. **Descritores:** Saúde Mental; Hospitais Psiquiátricos; Desinstitucionalização; Família; Apoio Social.

ABSTRACT

Objective: to identify how the health professionals of a psychiatric hospital understand the integrated care access to the family and community. **Method:** this is a descriptive study of qualitative approach, performed in a psychiatric hospital in the interior of São Paulo/SP/Brazil, with 33 health professionals. Data collection was conducted through semi-structured interviews and analyzed by content analysis technique. The research project was approved by the Research Ethics Committee, under Protocol number 1056/2009. **Results:** from the analysis two categories were related << Family integration in the care of mental patients >> and << The community and the treatment of mental patients >>. **Final remarks:** community participation is still far from what is established by the psychosocial care model and health professionals identify fear and stigma as the main impairing elements in this process. However, they understand family as an important link between the patient and the community and search for ways to keep them in contact with patients. **Descriptors:** Mental Health; Psychiatric Hospitals; Deinstitutionalization; Family; Social support.

RESUMEN

Objetivo: identificar cómo los profesionales de la salud de un hospital psiquiátrico comprenden el acceso a un cuidado integrado a la familia y comunidad. **Método:** estudio descriptivo de enfoque cualitativo, realizado en hospital psiquiátrico del interior de São Paulo/SP/Brasil, con 33 profesionales de la salud. La recolección de datos fue realizada por medio de entrevistas semi-estructuradas y analizadas por la Técnica de Análisis de contenido. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, sobre protocolo número 1056/2009. **Resultados:** a partir del análisis de los datos fueron relacionadas dos categorías << La inserción de la familia en el cuidado a la persona con trastorno mental >> y << La comunidad y el tratamiento de la persona con trastorno mental >>. **Consideraciones finales:** la participación de la comunidad en el ambiente hospitalario todavía es distante del establecido en el modelo de atención psicossocial y los profesionales identifican el miedo y el estigma como principales barreras para este proceso, sin embargo, comprenden la familia como conexión importante entre el paciente y la comunidad y buscan medios de mantenerla en contacto con el paciente. **Descriptor:** Salud Mental; Hospitales Psiquiátricos; Desinstitucionalización; Familia; Apoyo Social.

¹Bacharel em Direito, Mestre em Ciências, Doutoranda, Programa de Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem/EERP-USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. Email: emanuele600@gmail.com; ²Enfermeira, Mestre em Ciências, Egressa, Programa de Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem/EERP-USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. Email: badagnan@gmail.com; ³Bacharel em Direito e Relações Internacionais, Professora Doutora, Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem/EERP-USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. Email: caaventu@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

A política de saúde mental apoiada na Constituição da República Brasileira de 1988 propõe a mudança de paradigmas em relação ao tratamento da pessoa com transtornos mentais. Estabelece, então, a desinstitucionalização desses indivíduos e redireciona as ações de tratamento e reabilitação para os serviços de base comunitária. A Lei 10.216 de 2001 define em seu artigo 3º que é “responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental e a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais”.¹

No sentido de repensar e reclassificar o atendimento nos hospitais psiquiátricos, em 2002, foi criada a Portaria 251/GM, que apresentou normas e diretrizes para a assistência hospitalar em psiquiatria, reforçando o conteúdo da Lei 10.216. Estas normas enfatizam o papel fundamental da família no projeto terapêutico do indivíduo e seu tratamento na comunidade.²

A literatura indica que a inclusão da família na terapêutica, além de ser mais efetiva ao indivíduo, retira a culpabilidade dos familiares em relação à doença e ao processo de adoecer, e os inclui como sujeitos relevantes no processo de reabilitação e reinserção social.³

A presença de um indivíduo que sofre com o transtorno mental produz alterações em todo o contexto familiar e social. Muitas vezes, antes do adoecimento, o indivíduo tinha condições de contribuir não só financeiramente mas também nas atividades domésticas. Quando ocorrem as modificações no comportamento, a rotina familiar é sobrecarregada pela responsabilidade de cuidar deste indivíduo, além dos encargos econômicos devido à impossibilidade do trabalho e do distanciamento do paciente e familiar das atividades sociais.⁴

Em um estudo realizado em Portugal,⁵ foram observados dois grupos distintos de familiares, um participante do programa de educação estruturada pelos profissionais de saúde do hospital e um grupo controle em que nenhuma ação era aplicada. O resultado demonstrou que no primeiro grupo houve a diminuição na ansiedade dos familiares envolvidos, melhora no estado geral no paciente e redução do estresse em relação à

alta. No segundo grupo, não foram vislumbradas mudanças significativas do teste final em relação ao inicial, incitando a importância do trabalho interdisciplinar em conjunto com os familiares.

Com base nos dados dos estudos apresentados, enfatizamos a relevância de os familiares serem considerados um grupo que necessita de apoio e orientação para lidar com o impacto gerado pelo sofrimento psíquico de longa duração em seu núcleo familiar. Sem o apoio profissional e institucional, a família, provavelmente, continuará sentindo-se desamparada e desassistida, não tendo condições de cuidar da pessoa com transtorno mental no âmbito familiar após a alta e tornando insustentável a proposta do cuidado deste indivíduo na comunidade.

Com a discussão voltada às alterações das modalidades de tratamento ao paciente com transtorno mental e à inclusão da família neste processo, são necessárias modificações de posturas e papéis dos diferentes membros da equipe multiprofissional. O momento é de refletir e questionar sobre como preparar o paciente e sua família para sua reinserção na sociedade e a continuidade do tratamento na comunidade.⁶⁻⁸

Nessa perspectiva, a reinserção social implica em ações que visem reincorporar um indivíduo ao meio social, considerando a família, comunidade e sociedade.

Parte-se do pressuposto que a sociedade (re)inclui aqueles indivíduos que ela também exclui, através de estratégias nas quais esses “excluídos” tenham oportunidades de expressão e posicionamento, isto é, não como meros “objetos de assistência”, mas enquanto sujeitos partícipes.^{9:2029}

Esse processo pode ocorrer nos mais diversos setores da sociedade, por meio da escola, do trabalho, de grupos comunitários, grupos de educação em saúde, na religiosidade, sendo facilitado quando há apoio da família.¹⁰

A assistência em saúde mental deve, portanto, criar estratégias para redirecionamento do cuidado, orientando suas ações do âmbito institucional para o comunitário, regionalizado e com foco na inclusão e reinserção social do indivíduo, além de ações de envolvimento familiar e fortalecimento da autonomia dos portadores de transtornos mentais.

Nesse sentido, vê-se a importância do papel dos profissionais do hospital psiquiátrico em propiciar a participação dos familiares no projeto terapêutico e na preparação para a continuidade do tratamento na comunidade.

Brito ES de, Badagnan HF, Ventura CAA.

Considerando este cenário, este estudo apresenta como objetivo:

- Identificar como os profissionais de saúde que trabalham em um hospital psiquiátrico compreendem o acesso a um cuidado integrado à família e comunidade.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, realizada em um hospital psiquiátrico, situado no interior do Estado de São Paulo, em janeiro de 2011.

Participaram do estudo profissionais de saúde - médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogo, terapeuta ocupacional - que faziam parte do processo de hospitalização e cuidados diretos aos pacientes internados.

A escolha dos profissionais como sujeitos do estudo se deve ao seu importante papel na garantia dos direitos dos pacientes. Nessa perspectiva, para que se assegure o respeito à lei e para que seja prestada uma assistência integrada à família e comunidade, faz-se necessário que os profissionais envolvidos estejam permanentemente atentos aos direitos de seus pacientes enquanto usuários do sistema de saúde.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, sob o nº 1056/2009. Os sujeitos receberam as informações sobre os objetivos do estudo sendo-lhes garantido o sigilo e anonimato e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta de dados, foi utilizada a técnica de entrevista em profundidade semiestruturada e gravada em meio digital. Esta técnica foi escolhida por explorar um assunto a partir da busca de informações, percepções e experiências dos informantes, analisadas e apresentadas pelo entrevistador de forma estruturada.¹¹ É considerada muito útil para estudos do tipo descritivo, que buscam mapear uma situação ou campo de análise, descrever e focar determinado contexto. A entrevista semiestruturada deve ter origem em um roteiro-guia de questões que dão cobertura ao interesse de pesquisa. Assim, o roteiro de entrevista dos profissionais foi elaborado com base nos objetivos do estudo, focando as questões: qual a participação da família no tratamento? E da comunidade?

Além da entrevista, a observação participante complementa em triangulação a metodologia, contribuindo na contextualização do local de estudo,

O cuidado integrado à família e comunidade na visão...

possibilitando a imersão na realidade e maior aproximação com os sujeitos do estudo. Essa técnica é muito utilizada em estudos de abordagem qualitativa, uma vez que proporciona comprovar ou não os dados obtidos na entrevista, pois nem sempre os relatos dos sujeitos são compatíveis com o que é demonstrado em seus comportamentos. “Na observação participante, tem-se a oportunidade de unir o objeto ao seu contexto, contrapondo-se ao princípio de isolamento no qual fomos formados”.^{12:278} Nessa fase, foram seguidas as três etapas essenciais da observação participante:¹³ 1ª) Aproximação do pesquisador com o grupo em estudo; 2ª) Obtenção da visão de conjunto deste grupo. Essa etapa foi realizada com o estudo de documentos oficiais; reconstituição da história do grupo e do local; observação da vida cotidiana; levantamento de pessoas-chave e entrevistas não direcionadas com as pessoas que poderiam ajudar na compreensão da realidade; 3ª) Sistematização e organização dos dados.¹² O instrumento utilizado para o registro do trabalho de observação foi o diário de campo.

Para a análise dos dados, foi aplicada a técnica de análise de conteúdo por categorias temáticas.¹⁴ As categorias foram construídas conforme os temas que emergiam do texto. A exploração do material foi composta por três fases:¹⁴ a pré-análise, em que os dados foram transcritos e organizados; na fase de exploração do material, os dados foram organizados por categorias e subcategorias temáticas, revisados repetidas vezes e codificados continuamente. Para a codificação, realizou-se a leitura exaustiva e repetida do conteúdo das entrevistas e dos recortes que representam significado para responder os objetivos do estudo. Por fim, foi realizada a terceira fase, de tratamento e interpretação dos resultados que foram analisados, com subsídio da literatura sobre o objeto de estudo, e também dos dados da observação participante, culminando nas considerações finais.

RESULTADOS

◆ Caracterização dos sujeitos do estudo

Dos 92 profissionais de saúde que trabalhavam no local de estudo, 33 aceitaram participar, sendo: cinco médicos, sete enfermeiros, quatorze auxiliares de enfermagem, três técnicos de enfermagem, dois assistentes sociais, um psicólogo e um terapeuta ocupacional. A maioria era do sexo feminino (63,63%), casados (51,51%), auxiliares de enfermagem (42,43%), com tempo de trabalho na profissão de um mês a

Brito ES de, Badagnan HF, Ventura CAA.

cinco anos (63,64%), com tempo de trabalho no local de estudo de um mês a cinco anos (69,7%).

Para preservar sua identidade, os sujeitos do estudo foram identificados com uma sigla e o respectivo número da entrevista. As siglas utilizadas foram: Enfermeiro-E; Auxiliar de enfermagem-AE; Técnico de Enfermagem-TE; Médico-M; Assistente Social-AS; Psicóloga-P; Terapeuta Ocupacional-TO.

◆ **Categorias e subcategorias temáticas**

A partir da análise dos dados, foram relacionadas duas categorias e cinco subcategorias temáticas, sendo elas: a) A inserção da famílias no cuidado a pessoa com transtorno mental, cujas subcategorias são “A participação da família como fator fundamental para a melhora do paciente”, “O abandono familiar e suas consequências no tratamento” e “Estratégias do serviço para assegurar a mínima participação das famílias no tratamento” e b) A comunidade e o tratamento da pessoa com transtorno mental, com as subcategorias: “O papel da comunidade na reinserção social da pessoa com transtorno mental” e “Preconceito em relação à pessoa e ao transtorno mental”.

◆ **A inserção da família no cuidado a pessoa com transtorno mental**

A pessoa com transtorno mental tem direito a ser tratada com humanidade e respeito visando a sua recuperação e com a participação da família. Sendo assim, a família, antes considerada responsável pela doença mental, agora tem papel fundamental no processo de reabilitação, devendo atuar como parceira da equipe, participando e apoiando o paciente durante o tratamento.¹⁵

Esta categoria engloba falas dos entrevistados acerca da participação da família no tratamento. Foram identificadas três subcategorias: “A participação da família como fator fundamental para a melhora do paciente”, “O abandono familiar e suas consequências no tratamento” e “Estratégias do serviço para assegurar a mínima participação das famílias no tratamento”.

A participação da família é considerada pelos participantes da pesquisa como fator fundamental para a melhora do paciente.

Então a participação da família é fundamental, é impossível você melhorar o paciente com transtorno psiquiátrico sem a participação da família. (E2)

A participação da família é uma das mais importantes porque mesmo que o paciente saia daqui bem, reabilitado, se ele não for bem cuidado em casa ele vai voltar

O cuidado integrado à família e comunidade na visão...

novamente, ele vai voltar num período muito curto de tempo. (E3)

Total, sem a família não tem como fazer o tratamento. (AE17)

As normas para o atendimento hospitalar estipuladas pelo Ministério da Saúde do Brasil estabelecem que a assistência hospitalar em psiquiatria no SUS deve oferecer, de acordo com as necessidades particulares de cada paciente, abordagem à família, como orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento. Esse programa de tratamento específico e interdisciplinar deve ser desenvolvido de forma compatível com a necessidade de cada usuário e sua família.²

A participação da família no tratamento e a cooperação com a equipe é importante para a recuperação do usuário, visto que um dos principais componentes para a recuperação da pessoa é a inserção ativa da sua família no desenvolvimento de estratégias (tratamento) que visem à reabilitação psicossocial. Esta participação torna a família o principal estímulo à integração social dele, permitindo-lhe desenvolver mecanismos eficazes para enfrentar as eventuais adversidades surgidas no cotidiano e os desafios que lhe são impostos.^{16:133}

Apesar de destacarem a importância da família no tratamento, os profissionais também reconheceram que no hospital nem sempre a família participa efetivamente do tratamento, sendo o abandono familiar uma das principais dificuldades para o estabelecimento de um programa de tratamento em que a família esteja inserida.

Não todas, a maioria traz e não quer depois nem saber do paciente, trazem e deixam aqui, as vezes retiram o paciente, mas muitas vezes não. (AE19)

Porque tem muitos casos de abandono familiar, família que quer deixar o paciente internado aqui e não volta mais. (E26)

Às vezes algumas famílias deixam aqui, abandonam e depois os pacientes ficam desesperados querendo, querendo ver a família. (TO29)

Agora tem paciente que a família meio que abandona, aí você tem que ficar correndo atrás, assistente social tem que correr atrás, o médico tem que correr atrás, tem que ficar correndo pra eles virem, pra eles virem visitar. (AE17)

Segundo os profissionais, a estratégia utilizada pelo serviço para assegurar a mínima participação das famílias no tratamento é a obrigatoriedade da visita semanal. Assim, no momento da internação, a família é informada de que deve visitar o paciente pelo menos uma vez por semana e,

Brito ES de, Badagnan HF, Ventura CAA.

caso isso não aconteça, o paciente poderá receber alta. Então, muitas vezes a família cumpre com esse “dever” de visitar apenas para que o paciente não receba alta, não tendo consciência de que mais que uma visita, o paciente necessita de apoio.

Se tem alguém, um exemplo, que tá aqui há uma semana e a família ainda não veio visitar, e a gente, como a gente marca a visita constante a gente vê, passa pro serviço social, o serviço social entra em contato com a família e obrigatoriamente eles têm que vim. Tem que ter acompanhamento da família, mas é muito difícil, geralmente sempre acompanham, sempre vem pelo menos uma vez na semana, sempre tá constante né, a família. (AE31)

A gente até orienta a família na hora da internação que é obrigatória a visita, pelo menos uma vez na semana. (E26)

Com relação a esta estratégia, durante a observação participante, foi possível acompanhar a assistente social nos atendimentos aos pacientes que, quando ao verificar no prontuário que o paciente não tinha recebido visita alguma durante a semana, ligava para o familiar pedindo que fosse ao hospital fazer a visita, caso contrário, eles dariam alta ao paciente.

São vários os fatores que podem levar ao abandono familiar. Diante da dificuldade de lidar com a pessoa com transtorno mental, muitas vezes a família vê a internação como uma forma de descanso e não apenas tratamento.¹⁷

Tem muita família que usa aqui meio que como um depósito, né? Quero descansar um pouco do meu parente então vamos internar, então não sei até que ponto, mas também não tem como condenar porque não é fácil você conviver com uma pessoa com problema psiquiátrico, ali em casa ali todos os dias, acho que é uma questão muito delicada. (M28)

Nesse contexto, é necessária uma intervenção por parte dos profissionais de saúde que leve em conta os antecedentes de vida desses pacientes e suas famílias. Para tanto, é imprescindível conhecer integralmente o cenário em que o paciente vive, as necessidades e limitações da família, visando criar estratégias de acolhimento da família, informando e preparando-a para que colabore efetivamente com os profissionais no tratamento dos pacientes.^{3,15,17}

O sucesso da intervenção e até mesmo da participação da família no tratamento depende, portanto, de inúmeros fatores. Dentre os fatores elencados, destaca-se o papel dos profissionais de saúde no estabelecimento de um vínculo com o

O cuidado integrado à família e comunidade na visão...

paciente e com a sua família.

Depende muito do médico a participação da família, porque se a gente pede pra família vir até o hospital, inclui a família no tratamento, eles necessariamente vão ter que participar. Mas, se o médico não fizer questão dessa participação, pelo menos aqui na internação eles não vão se sentir obrigados a colaborar. Então, vai muito mais da iniciativa do médico de pedir essa ajuda, essa colaboração do que qualquer outra coisa. (M30)

Após uma avaliação das estratégias de famílias no convívio com a pessoa com transtorno mental, pesquisadores sugerem a formulação de [...]planos que visem dar atendimento a essas famílias, para que possam melhor cuidar da sintomatologia e dos tratamentos. É importante que possam melhor compreender as reações do paciente e agir de maneira a diminuir o fardo, melhorando a qualidade de vida de todos.^{18:56}

O trabalho com famílias deve incitar os sujeitos à transformação para a melhoria da qualidade de vida, exigindo que o profissional de saúde mergulhe em temáticas como as características das doenças, a estrutura e função familiar e distribuição de papéis, considerando como relevantes os fatores favoráveis no processo saúde-doença e abordando as alternativas comunitárias de cuidado e apoio tanto ao paciente quanto aos familiares.¹⁹

A reinserção do portador de transtorno mental na família e o suporte dado à esta propiciará a reinserção social deste indivíduo. Ensinar a família a reconhecer e valorizar o sofrimento, as necessidades e expectativas do indivíduo com o objetivo de aumentar sua autonomia, constituem a base do trabalho a ser realizado antes da alta hospitalar, além de indicar as opções de convívio comunitário deste indivíduo, seja no trabalho, nos centros de lazer, serviços de saúde comunitários e grupos de familiares buscando valorizar a promoção à saúde.²⁰

◆ A comunidade e o tratamento da pessoa portadora de transtorno mental

Esta categoria reúne as falas dos entrevistados sobre a participação da comunidade no tratamento. Foram identificadas duas subcategorias: “O papel da comunidade na reinserção social da pessoa portadora de transtorno mental” e “Preconceito em relação à pessoa e ao transtorno mental”.

O tratamento deve visar a recuperação do paciente pela inserção na comunidade, tendo como finalidade permanente a reinserção social em seu meio. Os profissionais

Brito ES de, Badagnan HF, Ventura CAA.

O cuidado integrado à família e comunidade na visão...

reconhecem o papel da comunidade na reinserção social da pessoa portadora de transtorno mental.

Olha no regime de internação praticamente nenhum né, porque o paciente fica fechado aqui 24 horas por dia, ela vai participar quando o paciente tem a licença de fim de semana, né, que ele passa o fim de semana fora do hospital e quando o paciente tem a alta porque o paciente vai continuar o tratamento dele lá fora, e aí sim, nesse momento a comunidade tem um peso muito grande porque vai ser quando ela vai receber esse paciente que ficou muito tempo recluso né, distante da sociedade e geralmente a sociedade tem um preconceito muito grande em relação a paciente psiquiátrico né, principalmente os casos mais graves, esquizofrenia, transtorno bipolar quando tá em surto, então, nesse momento a comunidade tem muito peso né, porque aí o paciente tem que ser reinserido né, ele teria que frequentar restaurantes, frequentar uma escola, ter o trabalho dele, e muitas vezes ele não é aceito. (M30)

Como se observa nessa fala, trata-se de instituição fechada e o paciente só interage com a comunidade durante as licenças de final de semana, os passeios externos e eventos promovidos no prédio da terapia ocupacional e, após a alta, torna-se, então, mais difícil a reinserção quando recebe alta hospitalar.

A comunidade está sempre relacionada ao hospital em relação a eventos, a passeios externos, a ajuda também financeira para o hospital. (E1)

Assim, no local de estudo, a comunidade faz parte do ambiente externo e participa principalmente por meio de doações e trabalho voluntário.

A comunidade ajuda, eles participam fazendo doação pro telemarketing, alguns pessoais vem fazer oração, uma religião faz oração, é tem uns que vem pra visita mesmo, esse tipo de colaboração. (AE5)

Ainda, para os participantes, o intercâmbio com a comunidade é escasso, pois há grande dificuldade em inseri-la no processo de cuidado e reabilitação da pessoa com transtorno mental devido ao **preconceito em relação à pessoa e ao transtorno mental**.

A comunidade lá fora acha que o hospital psiquiátrico, acha, vê o hospital psiquiátrico como uma coisa de louco, você vê uma pessoa fala foi internado no hospital psiquiátrico, quem não conhece não sabe como que é o hospital lá dentro, como que é o tratamento aqui dentro, acha que é uma coisa assim... coisa de louco mesmo, sabe? Mas não é. (AE11)

Então se você for ver a comunidade tem certo preconceito com hospital psiquiátrico.

(AE13)

A vida em comunidade e a presença constante da família, além de serem um direito, também são de extrema importância no tratamento e na melhora do paciente.^{18,21-22} A legislação vigente reconhece que toda pessoa com transtorno mental deve ter o direito de viver e trabalhar, na medida do possível, na comunidade.²³ Diversos documentos da Organização Mundial de Saúde afirmam que os recursos, a atenção e o tratamento devem empenhar-se para manter as pessoas com transtornos mentais em suas comunidades. Por isso, cada vez mais a internação, em qualquer de suas modalidades, deve ser o último meio a ser utilizado no tratamento,²⁴⁻⁵ todavia, ainda existe um forte preconceito da comunidade em relação ao transtorno mental, em grande parte devido aos estigmas e mitos.

A participação da comunidade é muito limitada, porque o hospital não é assim tão conhecido pela comunidade, pela sociedade e ainda existe uma mística, ignorância em relação a saúde mental muito grande então a gente não tem um contato, um respaldo grande da sociedade no tratamento desse paciente. (M33)

O estigma resulta de uma série de fatores por meio dos quais certas pessoas e grupos são levados a se sentirem excluídos, envergonhados e até mesmo discriminados. A discriminação compreende toda distinção, exclusão e diminuição ou abolição do gozo equitativo dos direitos humanos.²⁶

A proteção contra a discriminação é necessária, pois pode afetar diversas áreas da vida da pessoa discriminada, podendo influir no acesso ao tratamento e a atenção adequados, emprego e educação, agravando assim o transtorno mental.^{25,27} Essa proteção é uma obrigação fundamental de direitos humanos expressa em diversos instrumentos internacionais como a Declaração Universal de Direitos Humanos (1948), o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (1966), o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966) e a Convenção Interamericana sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra Pessoas com Deficiência (OEA, 1999). Esta última apresenta como objetivo prevenir e eliminar todas as formas de discriminação contra pessoas com deficiências mentais ou físicas e promover sua plena integração à sociedade.^{25,27}

Lá fora, sinceridade, a comunidade não respeita muito, principalmente quando a pessoa já tem assim um grau maior de demência em psiquiatria. Quando se fala em esquizofrenia muita gente tem medo né,

Brito ES de, Badagnan HF, Ventura CAA.

porque as vezes aparece lá no jornal, paciente, cara com esquizofrenia matou a mãe e o filho, então o pessoal já tem uma, acho que[...], eles olham diferente e tal, acho que eles têm uma certa, como posso dizer[...], um preconceito sabe, um certo preconceito ainda com relação o paciente psiquiátrico, porque o cara chega de licença assim e fala, principalmente quando é usuário de droga né, então, não é porque o cara vai errar uma vez, que vai errar o resto da vida, né? (AE32)

Em um relato de experiência sobre a percepção da comunidade acerca da assistência à pessoa com transtorno mental, ressalta-se que o processo de modificação do modo de ver o transtorno mental é lento e difícil.²⁸

Solidificar novos modelos, conceitos, valores, formas de pensar e agir constitui-se em um desafio, pois, cotidianamente a sociedade reforça atitudes como agressões, o levar para o longe, o preconceito, o medo, ou seja, a rejeição de tudo aquilo que foge à regra. Os novos serviços demonstram que mais do que o desmantelamento do macro-hospital é preciso criar mecanismos de desmontagem de crenças, valores e saberes que perpetuam a brutalidade deste modelo de exclusão.^{28:111-12}

Ademais, “a questão crucial da desinstitucionalização é uma progressiva devolução à comunidade de responsabilidade em relação aos seus doentes e aos seus conflitos.”^{29:325} Trata-se de buscar outro lugar social para o transtorno mental na nossa cultura, desmistificando-o e preparando a comunidade para receber e conviver com a pessoa portadora de transtorno mental e sua doença.^{20,25,29}

Para que esteja em consonância com os pressupostos do modelo de atenção psicossocial, é necessário que a assistência hospitalar trabalhe em conjunto aos serviços de base comunitária e busque oferecer aos seus usuários o exercício de cidadania, autonomia, reinserção social e inclua ainda a família e a sociedade na discussão das mudanças em face da reforma psiquiátrica.^{30:1413}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação da comunidade no ambiente hospitalar ainda é distante do que é preconizado pelo modelo de atenção psicossocial e os profissionais identificam o medo e o estigma como principais empecilhos nesse processo. Porém, eles compreendem a família como elo importante entre o paciente e a comunidade e buscam meios de mantê-la em contato com o paciente.

O cuidado integrado à família e comunidade na visão...

A mudança de paradigma em saúde mental requer que os profissionais da área reflitam sobre suas ações enquanto equipe multidisciplinar, visando que ocorram em harmonia com os outros profissionais. Portanto, é importante o processo de renovação e capacitação desses profissionais para acolher e elaborar estratégias de intervenção que sejam capazes de compreender a realidade da família e do indivíduo com transtorno mental.

Nesse sentido, os profissionais de saúde atuantes em hospitais psiquiátricos têm importante papel como facilitadores do processo de reabilitação, visando a educação em saúde para consequente inserção do indivíduo na sociedade. Esta proposta educativa deve ter como foco a exploração dos aspectos e características específicas dos transtornos, a desmistificação da incapacidade do indivíduo e sua periculosidade, trabalhadas em âmbito individual, familiar e também na realização de iniciativas educativas junto aos serviços comunitários.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei No 10.216, de 9 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 9 abril 2001.
2. Ministério da Saúde (BR). Legislação em Saúde Mental. 2nd ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
3. Hirdes A, Kantorski LP. A família como um recurso central no processo de reabilitação psicossocial. Rev enferm UERJ [Internet]. 2005 [cited 2013 May];13:160-6. Available from:; <http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a03.pdf>.
4. Melman J. Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo (SP): Escrituras; 2001.
5. Renca PFNN, Gomes HBF, Vasconcelos APPFA, Correia KM. Programa de informação para alívio da ansiedade de familiares de doentes internados em psiquiatria. Revista de Enfermagem Referência [Internet]. 2010 June [cited 2013 May];3(2):91-100. Available from: 2010; III(2) <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a10.pdf>.
6. Zuñiga S, Jobet J. Evaluación del programa de psicoeducación para familiares de pacientes esquizofrénicos: Una intervención complementaria al tratamiento psicofarma-

Brito ES de, Badagnan HF, Ventura CAA.

cológico y psicoterapéutico. Rev Psiquiatr [Internet]. 1993 [cited 2013 May];10: 25-30. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=131601&indexSearch=ID>

7. Lagomarsino AL. Psicoeducación para familiares de esquizofrênicos. Acta psiquiatr psicol Am Lat [Internet]. 1990 [cited 2013 May];36:73-80. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582009000200004&script=sci_arttext.

8. Bessa JB, Waidman MAP. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. Texto contexto-enferm [Internet]. 2013 [cited 2013 May];22(1):61-70. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000100008&script=sci_arttext&tlng=pt.

9. Vicente JB, Mariano PP, Buriola AA, Paiano M, Waidman MAP, Marcon SS. Aceitação da pessoa com transtorno mental na perspectiva dos familiares. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2013 [cited 2013 May];34(2):54-61. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000200007.

10. Duarte JAM. Entrevista em profundidade. In: Duarte JAM. Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação. São Paulo (SP): Atlas; 2005.

11. Queiroz DT, Vall J, Souza AMA, Vieira NFC. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. Rev enferm UERJ [Internet]. 2007 June [cited 2013 May];15(2):276-83. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>.

12. Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo (SP): Atlas; 1999.

13. Bardin L. Análise de Conteúdo. Rio de Janeiro:Edições 70; 2009.

14. Vecchia MD, Martins STF. O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. Estud psicol [Internet]. 2004 June [cited 2013 May];11(2):159-16. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2006000200005.

15. Jorge MSB, Freitas CHA, Luz PM, Cavaleiro, LMM, Costa RF. Enfermagem na atenção sistemática de saúde à família de pessoas com transtorno mental: estudo bibliográfico. Rev RENE [Internet]. 2008 [cited 2013 May];9(1):129-136. Available from:

O cuidado integrado à família e comunidade na visão...

<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/533>. 2008;

16. Cardoso L, Galera SAF. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2013 May]; 45(1):87-94. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100012.

17. Furegato ARF, Santos OS, Nievas AF, Silva EC. O fardo e as estratégias da família na convivência com o portador de doença mental. Texto contexto-enferm [Internet]. 2002 [cited 2013 May];11(3):51-6. Available from: e <http://www.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=460667&indexSearch=ID&lang=p>.

18. Silva, KVLG, Monteiro, ARM. A família em saúde mental: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2013 May];45(5):1237-42. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000500029&script=sci_arttext.

19. Waidman MAP, Elsen I. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. Texto contexto-enferm [Internet]. 2005 [cited 2013 May]; 14(3):341-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072005000300004&script=sci_arttext.

20. Cavalheri SC. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. Rev Bras Enferm [Internet]. 2012 June [cited 2013 May];13(2):47-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a09.pdf>.

21. Musse LB. Novos sujeitos de direito: as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito. Rio de Janeiro (RJ): Elsevier; 2008.

22. Brito ES, Ventura CAA. Evolução dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais: uma análise da legislação brasileira. Rev direito sanit [Internet]. 2012 June [cited 2013 May]; 13(2):47-63. Available from: http://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php?id_abstract=3663&id_event=64.

23. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Caracas. Caracas; 1990.

24. Organização Mundial da Saúde. Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação. Genebra: WHO; 2005.

25. Graham N, Lindesay J, Katona C, Bertolote JM, Camus V, Copeland JRM, et al.

Brito ES de, Badagnan HF, Ventura CAA.

O cuidado integrado à família e comunidade na visão...

Redução da estigmatização e da discriminação das pessoas idosas com transtornos mentais: uma declaração de consenso. Rev psiq clín [Internet]. 2007 [cited 2013 May];34(1):39-49. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/enfermagem/resource/pt/lil-449266>.

26. Ventura CA, Brito ES. Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais e o exercício de seus Direitos. Rev RENE [Internet]. 2012 June [cited 2013 May];13(4):744-54. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1069>.

27. Kuhn MEG, Kantorski LP. Aspectos éticos da assistência ao doente mental. Texto contexto-enferm [Internet]. 1995 [cited 2013 May];4(2):103-17. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=241682&indexSearch=ID>.

28. Fortes HM. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. Rev bras saúde mater infant [Internet]. 2010 [cited 2013 May]; 10(2):s321-30. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600009

29. Borba LO, Guimarães AN, Mazza VA, Maftum MA. Mental health care based on the psychosocial model: reports of relatives and persons with mental disorders. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2004 June [cited 2012 May];46(6):1407-15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23380785>.

Submissão: 18/06/2014

Aceito: 10/04/2015

Publicado: 15/05/2015

Correspondência

Carla Aparecida Arena Ventura
Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Avenida Bandeirantes, 3900 – Campus
Universitário
Bairro Monte Alegre
CEP 14040-902 – Ribeirão Preto (SP), Brasil