

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE OS CONCEITOS DE
SAÚDE E DE DOENÇA MENTAL E A ASSISTÊNCIA
PSIQUIÁTRICA, SEGUNDO PORTADORES E
FAMILIARES

VERA LÚCIA MENDIONDO OSINAGA

RIBEIRÃO PRETO
2004

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE OS CONCEITOS DE
SAÚDE E DE DOENÇA MENTAL E A ASSISTÊNCIA
PSIQUIÁTRICA, SEGUNDO PORTADORES E
FAMILIARES

VERA LÚCIA MENDIONDO OSINAGA

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do Título de Doutor, pelo curso de Pós-
Graduação em Enfermagem Psiquiátrica. Área
de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica: o
doente, a doença e as práticas terapêuticas.

RIBEIRÃO PRETO

2004

FICHA CATALOGRÁFICA

Osinaga, Vera Lúcia Menciondo

Estudo comparativo entre os conceitos de saúde e de doença mental e a assistência psiquiátrica, segundo portadores e familiares. Ribeirão Preto, 2004.
164 p. ; 30 cm

Tese de Doutorado apresentado à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica
Orientadora: Prof^ª Dr^ª Furegato, Antonia Regina F.

1. Saúde mental 2. Família 3. Enfermagem

FOLHA DE APROVAÇÃO

Vera Lúcia Menciondo Osinaga

Estudo comparativo entre os conceitos de saúde e de doença mental e a assistência psiquiátrica, egundo portadores e familiares

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção de título de Doutor.
Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica: o doente as doenças e a prática terapêutica

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr^a. Antonia Regina Ferreira Furegato (Orientadora)

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. Jair Licio Ferreira Santos

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr^a Margarita Antonia Villar Luis

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. Ari Nunes Assunção

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr^a. Rosa Pavan Bison

Instituição: _____ Assinatura: _____

À FAPESP (Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo), pelo incentivo e apoio financeiro que viabilizou a realização desta pesquisa

**Agradeço a DEUS, eterna fonte
de vida, amor, esperança em
todos os momentos de minha
vida**

In Memoriam

**Dedico este trabalho ao meu querido,
amado e estimado pai Pedro pela sua
sabedoria de vida, seu amor, carinho
e incentivo a luta pelos meus ideais**

**A minha querida mãe Iracema,
pelo seu exemplo de vida, amor,
carinho e dedicação**

**Ao meu amor Willy, pelo seu
carinho, dedicação e paz de
espírito de minha vida, em todos
os momentos**

**Aos meus irmãos pelo carinho
fraterno**

**Aos meus sobrinhos Ricardo e
Daniela, que semearam carinho
eterno pelos caminhos de minha
vida!**

AGRADECIMENTOS

Em especial para minha orientadora Prof^a Dr^a **Antonia Regina Ferreira Furegato**, pela sensibilidade, competência e apoio incondicional, para que fosse possível a realização desta pesquisa. Considero um privilégio compartilhar essa tese com a Regina. Por tudo que ela representa para mim como pessoa, pesquisadora, educadora e amiga.

Ao Prof^o Dr. **Jair Lício Ferreira Santos**, pela amizade e incentivo. Sua contribuição e experiência foram muito importantes na realização da análise estatística desta pesquisa.

À Prof^a Dr^a **Margarita Antonia Villar Luis**, pela gentil acolhida, estímulo ao meu esforço e crença em meu potencial, meus sinceros agradecimentos.

À Prof^a Dr^a **Toyoko Saeki**, pelo apoio em momentos difíceis pelo qual passei neste percurso.

Às sempre amigas e companheiras dessa jornada de Pós-graduação, **Rosa, Vanessa, Celmira e Ivana**, pelo convívio e por terem compartilhado comigo meus momentos de angústia e de alegria neste percurso, onde com certeza criamos uma profunda amizade.

À **Gilda**, pela amizade, convívio e auxílios prestados em todos os momentos.

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, prestigiosa instituição, motivo de orgulho em participar do curso de Pós-Graduação.

Ao **Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas**, pelo convívio durante todo período do curso.

Aos **Portadores** de transtornos mentais e **Familiares** que contribuíram gentilmente com seus depoimentos. Porque sem a sua participação seria impossível a realização deste pesquisa.

Às equipes da **Unidade de Emergência**, do **Núcleo de Atenção Psicossocial** e do **Ambulatório de Saúde Mental**, pela colaboração.

SUMÁRIO

Índice de Gráficos e Tabelas

Abreviaturas

Resumo

Abstract

Resumen

I	INTRODUÇÃO.....	02
II	REVISÃO DA LITERATURA.....	03
	a Saúde/Doença	
	b O doente e a doença mental	
	c A família do portador de transtornos mentais	
	d Assistência	
III	OBJETIVOS.....	29
IV	METODOLOGIA.....	30
	A) INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS:	
	CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO.....	30
	1 Questionários de identificação da população	
	2 Escala de Medida de Opinião - EMO	
	3 Redução do número de questões da Escala de Medida de Opinião (EMO)	
	B) LOCAL.....	41
	1 Unidade de Emergência - UE	
	2 Núcleo de Atenção Psicossocial - (NAPS)	
	3 Ambulatório Regional de Saúde Mental - (ARSM)	
	C) PROCEDIMENTOS DA COLETA DOS DADOS.....	46
	D) ASPECTOS ÉTICOS.....	48
	E) PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	49

V APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	51
A PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO.....	51
a Unidade de Emergência - UE: portadores	
b Unidade de Emergência: acompanhantes	
c Núcleo de Atenção psicossocial - NAPS: portadores	
d Núcleo de Atenção Psicossocial - NAPS: acompanhantes	
e Ambulatório Regional de Saúde Mental: portadores	
f Ambulatório Regional de Saúde Mental: acompanhantes	
g Comparações do perfil sócio-demográfico e clínico dos portadores e seus acompanhantes nos três serviços investigados	
B ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS RESULTADOS DA ESCALA DE MEDIDA DE OPINIÃO EMO.....	92
TESTES ESTATÍSTICOS.....	95
a Comparação dos três locais de pesquisa	
b Comparação entre os escores do domínio dos conceitos com os escores do domínio da assistência, em cada local da pesquisa	
c Comparações entre portadores e acompanhantes	
C ANÁLISE REFLEXIVA DA OPINIÃO DOS SUJEITOS SOBRE OS <u>CONCEITOS E A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL</u>	100
VI CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	120
VII REFERÊNCIAS	127
ANEXOS	
APÊNDICE	

ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS

Tabela 1	Correlação de cada questão da EMO (Escala de Medida de Opinião) com escore total, com base nas respostas de 100 portadores e 109 familiares	35
Tabela 2	Distribuição das afirmativas, respondidas pelos portadores e familiares, dentro das categorias (conceito, família, enfermagem e assistência) e suas respectivas correlações com o escore médio.	36
Tabela 3	Distribuição das 35 afirmativas remanescentes da EMO entre as 4 categorias: conceito, família, enfermagem e assistência.	37
Tabela 4	Resultados dos Testes de Mann-Whitney e Wilcoxon para os grupos de Portadores e Familiares para Conceitos e Assistência Psiquiátrica	39
Tabela 5	Médias dos escores dos portadores de doença mental e familiares com relação aos Conceitos e à Assistência em saúde mental	40
Tabela 6	Médias dos desvios padrão dos escores dos portadores de doença mental e familiares com relação aos conceitos e à assistência em saúde mental	40
Gráfico 1	Distribuição das queixas que motivaram a procura pelos 3 serviços (Unidade de Emergência, Núcleo de Atenção Psicossocial e Ambulatório Regional de Saúde Mental), relatados pelo portador de doença mental	73
Tabela 7	Distribuição percentual dos diagnósticos informados pelos portadores de doença mental, pelos seus acompanhantes e os registrados pelo médico no prontuário, nos três serviços investigados (Unidade de Emergência, Núcleo de Atenção Psicossocial e Ambulatório)	78
Tabela 8	Distribuição dos diagnósticos registrados no prontuário, segundo o grupo etário dos portadores, em cada unidade (Unidade de Emergência, Núcleo de Atenção Psicossocial e Ambulatório de Saúde Mental)	83
Tabela 9	Distribuição das concordâncias entre os diagnósticos (P = informado pelo portador, A = informado pelo acompanhante e M = registrado no prontuário médico), nos 3 locais de pesquisa (Unidade de Emergência, Núcleo de Atenção Psicossocial e Ambulatório de Saúde Mental)	84
Tabela 10	Distribuição percentual dos tratamentos realizados, segundo informação dos sujeitos (portadores e acompanhantes), nos três serviços investigados (Unidade de Emergência, Núcleo de Atenção Psicossocial e Ambulatório de Saúde Mental)	87

Tabela 11	Distribuição percentual do número de internações do portador de doença mental, segundo informações dos sujeitos, nos três serviços investigados (Unidade de Emergência, Núcleo de Atenção Psicossocial e Ambulatório Regional de Saúde Mental)	89
Tabela 12	Distribuição percentual das expectativas dos (portadores e acompanhantes) nos 3 serviços investigados (Unidade de Emergência, Núcleo de Atenção Psicossocial e Ambulatório Regional de Saúde Mental)	92
Tabela 13	Escores médios da opinião dos portadores e acompanhantes nos domínios de conceitos e assistência, segundo o local da pesquisa	95
Tabela 14	Resultados dos testes de Kruskal – Wallis para a comparação entre as opiniões dos sujeitos nos três locais de pesquisa	96
Tabela 15	Resultados dos testes de Wilcoxon para a comparação da opinião de portadores e acompanhantes para Conceitos e Assistência, nos três locais estudados	96
Tabela 16	Resultados dos testes de Wilcoxon para a comparação entre Portadores e Acompanhantes	97
Tabela 17	Ordenação das questões segundo as diferenças no domínio dos conceitos em cada local de pesquisa	98
Tabela 18	Ordenação das questões segundo as diferenças no domínio da assistência em cada local de pesquisa	98
Tabela 19	Opinião dos sujeitos <u>portadores</u> de transtorno mental sobre saúde mental e assistência psiquiátrica, nos 3 serviços estudados (UE, NAPS e ARSM)	106
Tabela 20	Opinião dos sujeitos, <u>acompanhantes</u> dos doentes mentais sobre saúde mental e assistência psiquiátrica, nos 3 serviços estudados (UE, NAPS e ARSM)	107

ABREVIATURAS

ANA - American Nurses Association

ARSM - Ambulatório Regional de Saúde Mental

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

COFEn – Conselho Federal de Enfermagem

CID 10 – Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento

DIR-XVIII - Direção Regional de Saúde do Estado de São Paulo

DSM-III – Dicionário das doenças mentais

EMO – Escala de Medida de Opinião

HCRP – Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto

QCF – Questionário de Caracterização do Familiar

QCP – Questionário de Caracterização do Portador

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

NAPS - F - Núcleo de Apoio Psicossocial para Farmacodependência

OMS - Organização Mundial da Saúde

STATA – Programa Estatístico Intercoled STATA 6.0

UE - Unidade de Emergência

RESUMO

OSINAGA, V. L. M. “**Estudo comparativo entre os conceitos de saúde e de doença mental e a assistência psiquiátrica, segundo portadores e familiares**”. 2004. p.164. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

A representação social da doença é construída a partir da experiência com a enfermidade, que se traduz em expressões diretas do sofrimento. Essas expressões necessitam ser organizadas em uma totalidade dotada de sentido, dando a ela significados. As últimas três décadas têm testemunhado um movimento que impulsionou para a realização de profundas mudanças na atenção psiquiátrica, propondo-se tratamentos éticos institucionais e comunitários, concomitantemente a desospitalização. Avaliar a qualidade da atenção a partir da perspectiva do usuário é cada vez mais necessária. Assim, é possível conhecer as atitudes associadas em relação à assistência recebida. Estas informações beneficiam a organização dos serviços de saúde, os trabalhadores e os usuários. O objetivo deste estudo foi comparar as opiniões dos portadores de doença mental e seus familiares sobre conceitos de saúde e doença mental e sobre a assistência em psiquiatria, em três serviços de assistência em saúde mental. Para efetivação desta pesquisa houve um longo percurso para reformulação e validação do instrumento de coleta de dados a EMO – Escala de Medida de Opinião constituída de 34 questões sobre Conceito e Assistência na saúde mental oferecendo elementos para a análise e reflexões. A amostra do estudo foi constituída por 750 pessoas que freqüentavam os três serviços de atenção psiquiátrica selecionados (Unidade de Emergência, Núcleo de Atenção Psicossocial e Ambulatório Regional de Saúde Mental), sendo 125 portadores e 125 acompanhantes destes pacientes, em cada um dos serviços. Na análise sócio demográfica e clínica verificou-se que o fator sexo dos portadores de transtorno mental que freqüentam os 3 serviços investigados (Unidade de Emergência, Núcleo de Atenção Psicossocial, Ambulatório Regional de Saúde Mental) mostra maior concentração de mulheres com índice de 60%, 63% e 66% respectivamente. Entre os acompanhantes evidencia-se a mesma tendência, ou seja, há mais mulheres no papel de cuidadoras com 63%, 67% e 68%. Os dados do perfil clínico, vem confirmar a presença de divergências tais como as referentes ao diagnóstico que tanto chamam a atenção pela falta de coesão entre o diagnóstico médico e o informado pelos portadores ou familiares como pela pouca importância que é dada a este fato tão relevante para a pessoa que sofre transtorno mental. A idade do portador mostrou perfil mais jovem na UE, com baixo índice de escolaridade e sem profissão, ou sem qualificação. Na análise estatística observou-se que houve diferença entre os domínios (conceito e assistência) nos três locais. Comparando os três locais, verifica-se menor escore médio para os portadores do NAPS (2,36) e dos seus acompanhantes (2,20). Os valores de concordância do domínio Conceitos são maiores do que os de Assistência, em todos os locais, tanto para os Portadores como para os Acompanhantes. O fato de haver maior divergência entre as opiniões referentes aos Conceitos do que entre as referentes à Assistência reflete a vivência dos sujeitos em meio a um intenso processo de mudança conceitual e ideológica. Na análise reflexiva verificou-se que embora não seja possível destacar o tipo de divergência que os sujeitos apresentam em relação aos Conceitos e Assistência e Saúde mental, os testes mostraram que elas existem. Da análise ainda pode-se destacar as questões da família como elemento participante de todo o processo terapêutico e da equipe como um conjunto de elementos inseridos no movimento da reforma, buscando oferecer uma assistência ética e respeitosa. Evidencia-se, entretanto, que as mudanças não ocorrem de maneira linear, nem com igual intensidade em todos os seguimentos mas que estão ocorrendo.

Palavras-chave: saúde mental, enfermagem, assistência, família

ABSTRACT

OSINAGA, V. L. M. “Comparative study between health, mental disease and psychiatric care concepts according to patients and family members”. 2004. p.164. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP.

The social representation of illness is constructed on the basis of experiences with illness, which are translated into direct expressions of suffering. These expressions need to be organized into a total that makes sense, to which meanings are attributed. During the last three decades, we have witnessed a movement towards the realization of profound changes in psychiatric care, proposing ethical institutional and community treatments, concomitantly with a movement away from hospitalization. Evaluating care quality from the user's perspective becomes increasingly necessary. Thus, we can find out about attitudes towards the received care. These data are beneficial to the organization of health services, workers and users. This study aimed to compare the opinions of mental disease patients and their family members about health and mental disease concepts and about psychiatric care delivered at three mental health care services. For the realization of this research, a long road was traveled to reformulate and validate the data collection instrument EMO – Opinion Measure Scale, which consists of 34 questions about Concept and Care in mental health and offers elements for analysis and reflections. The study sample was made up by 250 persons who attended the selected three psychiatric care services (Emergency Unit, Psychosocial Care Center and Regional Mental Health Clinic), including 125 patients and 125 who accompanied them at each of these services. During sociodemographic and clinical analysis, we verified the gender factor of the mental disease patients at the 3 services (Emergency Unit, Psychosocial Care Center and Regional Mental Health Clinic), which revealed a higher concentration of women, corresponding to 60%, and 66% respectively. The same tendency is disclosed among the companions, that is, more women assume the role of caretaker, with 63%, 67% and 68%. Clinical profile data confirm the presence of divergences, such as those related to diagnosis. These attract a lot of attention, not only due to the lack of cohesion between the medical diagnosis informed by patients or family members, but also due to the little importance given to this fact, which is so relevant for patients suffering from mental diseases. The patient age profile was younger at the UE, with low education levels and no profession or qualification. During statistical analysis, we observed a difference in dominion (concepts and care) at the three locations. Their comparison revealed a lower average score for PCC patients (2.36) and their companions (2.20). Agreement values for the Concepts dominion are higher than those for Care, at all locations, for Patients as well as for Companions. The fact that there is greater divergence among opinions about Concepts than among those about Care reflects the subjects' experiences in the middle of an intense conceptual and ideological change process. During reflective analysis, it was noted that, although it is impossible to highlight the kind of divergence subjects present in relation to Concepts, Care and Mental Health, the test demonstrated that they exist. Other element that stands out in the analysis are family issues, as a participant element in the entire therapeutic process, and team issues, as a set of elements inserted in the reform movement, seeking to offer ethical and respectful care. However, it is demonstrated that changes occur neither in a linear way nor with equal intensity in all segments, but that they are occurring.

Keywords: mental health, nursing, care, family

RESUMEN

OSINAGA, V. L. M. “**Estudio comparativo entre los conceptos de salud y enfermedad mental y la asistencia psiquiátrica, según enfermos mentales y sus familiares**”. 2004 p.164. Tesis de Doctoramiento – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirao Preto.

La representación social de la enfermedad se construye a partir de la experiencia con la enfermedad, que se traduce en expresiones directas del sufrimiento. Esas expresiones necesitan organizarse en una totalidad dotada de sentimiento, dando a ella sus significados. Las últimas tres décadas fueron testigos de un movimiento que incentivó para la realización de profundas alteraciones en la atención psiquiátrica, proponiéndose a tratamientos éticos institucionales y comunitarios, concomitantemente a la desospitalización. Evaluar la calidad de la atención a partir de la perspectiva del usuario es cada vez mas necesaria. Así, es posible conocer las actitudes asociadas en relación a la asistencia recibida. Estas informaciones benefician a la organización de los servicios de salud, a los trabajadores y a los usuarios. El objetivo de este estudio fue comparar las opiniones de los enfermos mentales y sus familiares sobre conceptos de salud y enfermedad mental y sobre la asistencia en psiquiatría, en tres servicios de asistencia en salud mental. Para la efectividad de esta pesquisa hubo un largo recorrido para la reformulación y validación del instrumento de colecta de datos la EMO – Escala de Medida de Opinión constituida de 34 cuestiones sobre el Concepto y la Asistencia en la salud mental ofreciendo elementos para el análisis y reflexiones. La muestra del estudio fue constituida por 750 personas que frecuentaban los tres servicios de atención psiquiátrica seleccionados (Unidad de Emergencia, Núcleo de Atención Psicossocial e Ambulatorio Regional de Salud Mental), siendo 125 enfermos y 125 acompañantes de estos pacientes, en cada uno de los servicios. En el análisis socio demográfico y clínico se verificó que el factor sexo de los enfermos de trastorno mental que frecuentan los tres servicios investigados (Unidad de Emergencia, Núcleo de Atención Psicossocial, Ambulatorio Regional de Salud Mental) muestra mayor concentración de mujeres con índice de 60%, 63% y 66% respectivamente. Entre los acompañantes se evidencia la misma tendencia, o sea, hay mas mujeres en el papel de cuidadoras con 63%, 67% e 68%. Los datos del perfil clínico, confirman la presencia de divergencias tales como las referentes al diagnóstico que tanto llaman la atención por la falta de cohesión entre el diagnóstico médico y el informado por los enfermos o sus familiares como por la poca importancia que se da a este echo tan relevante para la persona que sufre trastorno mental. La edad del enfermo mostró perfil mas joven en la UE, con bajo índice de escolaridad y sin profesión, o sin calificación. El análisis estadístico observó que hubo diferencia entre los dominios (concepto y asistencia) en los tres locales. Comparando los tres locales, se verifica menor score medio para los enfermos del NAPS (2,36) y de sus acompañantes (2,20). Los valores de concordancia del dominio Conceptos son mayores de que los de Asistencia, en todos los locales, tanto para los Enfermos como para los Acompañantes. El hecho de haber mayor divergencia entre las opiniones referentes a los Conceptos de que entre las referentes a la Asistencia reflejando la vivencia de los individuos en medio a un intenso proceso de renovación conceptual e ideológica. En el análisis reflexivo se verificó que aunque no sea posible destacar el tipo de divergencia que los individuos presentan en relación a los Conceptos, Asistencia y Salud mental, los testes mostraron que ellas existen. Aun del análisis se puede destacar las cuestiones de la familia como elemento participante de todo el proceso terapéutico y del equipo como un conjunto de elementos inseridos en el movimiento de la reforma, buscando ofrecer una asistencia ética y respetuosa. Entretanto, hay evidencias, que los cambios no ocurren de modo linear, ni con igual intensidad en todos los seguimientos mas lo están ocurriendo.

Palabras-clave: salud mental, enfermería, asistencia, familia

Porque revisitar conceitos sobre saúde e doença mental e sobre assistência com base na opinião de portadores de doença mental, assim como seus familiares?

Como professoras de enfermagem psiquiátrica, temos sempre a necessidade de trabalhar com os alunos refletindo sobre os conceitos de doença mental e sobre o ser humano acometido destas moléstias, no intuito de desenvolver tanto os aspectos educacionais frente a estes indivíduos e a comunidade, como o próprio exercício e disciplina da profissão. Nestas atividades armazenamos dúvidas e inquietações. O aluno de enfermagem, muitas vezes, ao fazer estágio em psiquiatria teve apenas noções do que seria uma pessoa com um problema mental. Esta condição traz consigo os estigmas, próprios do senso comum. Outra inquietação está ligada ao pouco conhecimento e falta de escuta ao familiar que cuida de um membro da sua família doente, o que consideramos um ponto de fundamental importância para a prevenção das doenças e para um bom desenvolvimento no tratamento.

Nesta trajetória profissional, os estudos de pós-graduação em enfermagem psiquiátrica representaram uma aproximação às conquistas da psiquiatria do século XX, onde, enfim, encontramos modelos mais éticos de assistência.

Por essas vivências foi solidificando-se uma meta e um eixo de ação, profissional na busca de maior compreensão destes indivíduos que por alguma circunstância não se encontram no seu equilíbrio normal, assim como dar a devida escuta ao familiar que se apresenta com enorme desgaste emocional e social pela convivência com este quadro.

O presente estudo vem ao encontro desta perspectiva buscando conhecer e compreender o que as pessoas pensam e como convivem com o apoio e a assistência pelos quais eles passam no seu cotidiano de tratamento.

Para abordar esta questão é necessário recorrer ao suporte teórico e os avanços do conhecimento em saúde mental e da atenção psiquiátrica.

Os conceitos de saúde, de doença e da assistência permeiam todo o estudo e o conhecimento já produzido dão sustentação à reflexão crítica e discussão dos dados.

a Saúde/Doença

Ao buscarmos a conceitualização do que seja saúde/doença foi preciso definir o que se entende por conceito. Segundo Ferreira (1986, p.357), “...conceito é a representação dum objeto pelo pensamento por meio de suas características gerais e a ação de formular uma idéia por meio de palavras.”

Os conceitos de saúde e de doença envolvem vários estudiosos que não poderiam ser ignorados na escolha de tal tema. Mesmo assim, tal profusão ainda não é suficiente para que se tenha uma definição precisa das diferentes manifestações patológicas. Mais do que isso, não há consenso sobre o que seja verdadeiramente Saúde e Doença.

Ogata (2000) apresenta a origem da palavra saúde vinda do latim “salute”, que significa salvação, conservação da vida; doença vem de “dolentia”, que significa sofrer, sentir dor. Tanto a saúde como a doença recebem diferentes significados, de acordo com os momentos históricos sendo estes conceitos determinados pelas políticas públicas, abrangendo aspectos econômicos, aspectos culturais e psicossociais e, conseqüentemente, pelas políticas de saúde.

Na definição universalmente conhecida, proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é definida como um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não mera ausência de doenças ou enfermidades.

Muitas doenças, em seu significado mais amplo, apresentam multiplicidade sintomatológica de acordo com as variações individuais da pessoa afetada (PINHEIRO, 2001).

Em um estudo sobre este tema, Almeida et al. (1999) dizem que a explicação dos fenômenos no campo da saúde, ou seja, do processo saúde/doença e do cuidado, dos saberes e práticas, convive num campo de tensões, devido à variedade de teorias existentes e de correntes de pensamento historicamente constituídas.

Há, segundo Liss (1995), dois tipos de perspectiva em relação à saúde: uma analítica e outra holística. Na visão analítica de saúde, existe doença se a função de um órgão se desvia, de maneira anormal, da função típica da espécie. A pessoa está doente se ela tem um órgão que funciona subnormalmente. Na visão holística, a saúde é definida como a habilidade da pessoa em alcançar seus objetivos vitais. Portanto, se algum objeto vital o indivíduo não pode alcançar, então ela está carecendo de saúde, em algum nível.

O conceito holístico de saúde envolve uma certa relação entre saúde e qualidade de vida. Portanto, entendemos que a saúde não é qualidade de vida é somente a condição para a qualidade de vida do indivíduo.

Segundo (BIRMAN 1991, p.8), a saúde está na ordem do simbólico e da significação e o simbólico mostra-se tão concreto quanto os distúrbios do corpo. Pelo fato do homem ser um ser simbólico, ele poderá desenhar em sua mente significados e sentidos de acordo com os códigos culturais e suas relações sociais. Isso poderá alterar seu funcionamento biológico, psicológico, emocional e afetivo.

[...] o real (sobre a saúde) é desenhado pelas redes de sentidos inscritas na ordem simbólica, de forma que os diferentes objetos constitutivos da realidade se ordenam enquanto tal pela operação de simbolizações, instaurando a experiência do mundo como substancial ao registro da significação.

O processo de adoecer, para Pinheiro (1992), envolve algumas fases, iniciando-se por tensão emocional, com repercussões psicológicas, afetivas e sociais.

Seguindo esta mesma linha, o processo de adoecimento era entendido por um médico inglês da primeira metade do século passado, Edward Bach:

a doença é resultado de um conflito que surge quando a personalidade se recusa a obedecer aos ditames da alma e há desarmonia entre o Eu Espiritual ou Superior e a personalidade inferior, que é como nós conhecemos... A doença serve para nos fazer parar de praticar ações erradas; é o método mais eficaz para harmonizar nossa personalidade com nossa alma... Na verdade, deveríamos aprender nossas lições no plano mental, salvando-nos do sofrimento físico, mas muitos de nós não o conseguem. E assim, a doença nos é enviada para acelerar nossa evolução, embora possa parecer cruel do nosso ponto de vista estreito e na realidade benéfica. É o método adotado por nossa própria Alma para nos trazer ao caminho da compreensão” (Bach apud VENÂNCIO, 1991, p.29-9).

A representação social da doença é construída a partir da experiência com a enfermidade, que se traduz em expressões diretas do sofrimento. Essas expressões necessitam ser organizadas em uma totalidade dotada de sentido, dando a ela significados.

...a enfermidade existe quando se atribui a uma dada experiência sensível um conjunto de significados. Nesse aspecto, enfermidade não é um fato, mas interpretação e julgamento de um conjunto de informações heterogêneas vindas do corpo humano (ALVES et al , 1996, p.57).

Para Miettinen e Flegel (2003), doença é uma anomalia somática com início progressivo dentro do próprio indivíduo; a progressão é caracterizada nestes pacientes com relevantes manifestações da enfermidade.

Contandriopoulos (1998), por sua vez, apresenta uma outra abordagem do problema e diz que a saúde e a doença são duas entidades que não podem ser quantitativamente comparáveis. Havendo entre estes dois estados, uma diferença qualitativa, não há uma unidade de medida que permita apreciar uma em função da outra.

Elas estão na sociedade, em uma situação paradoxal. Não se pode escolher uma em detrimento da outra. É preciso encontrar meios para simultaneamente promover a saúde e também, cuidar das doenças.

O conceito proposto por Contandriopoulos (1998), muito se assemelha ao discurso elaborado por Reyl (1997) para quem a doença, como a saúde, são processos que se definem

qualitativamente antes do surgimento dos sintomas, os quais não são mais do que momentos do desenvolvimento de doenças.

Esta conceituação revela que a saúde não é a ausência de sintomas, mas um processo integral que otimiza os recursos do organismo para diminuir sua vulnerabilidade diante dos diferentes agentes e processos causadores da doença.

Neste sentido, Miettinen (2001) afirma que a relação de saúde com qualidade de vida, é um assunto que vai além da medicina.

Cardoso (2000) enfatiza que o processo saúde e doença intervém de forma predominante na geração da consciência histórica dos homens, pois os dois termos que o compõem colocam em pauta a realização de viver num determinado tempo e espaço, tornando imperativo para cada pessoa dar significado à vida.

b O doente e a doença mental

Para Sims (1999), escrever sobre transtornos mentais é uma tarefa aflitiva, uma questão de tentar descrever aquilo que, em última análise, é indescritível.

A publicação do DSM-III em 1980 introduziu na psiquiatria o termo *mental disorder* como uma nomenclatura mais adequada do que *mental illness*, em concordância com sua abordagem descritiva e a tentativa de neutralidade quanto às teorias etiológicas. No Brasil, segundo Mari (1995), essa orientação determinou a substituição gradual do uso do termo *doença* por *distúrbio, transtorno ou desordem*.

Recentemente, segundo o mesmo autor, a publicação do CID 10 propôs o uso do termo *transtorno* em toda a classificação, numa tentativa de padronização da nomenclatura, visando dessa maneira evitar “problemas ainda maiores inerentes ao uso de termos, tais como *doença ou enfermidade*”.

Optou-se neste estudo por utilizar os termos transtorno ou distúrbio para traduzir *doença*, aproximando-se mais a realidade e assim soando melhor para quem escuta e para quem fizer a leitura.

Stuart e Laraia (2002, p. 23) referem que o distúrbio mental e a adaptação-inadaptação são conceitos distintos. Cada um existe em um contínuo separado. O contínuo saúde-doença deriva de uma visão de mundo, do ponto de vista médico. O contínuo adaptação-inadaptação origina-se em uma visão do mundo do ponto de vista da enfermagem. Assim, uma pessoa considerada doente, do ponto de vista médico, seja físico, seja psiquiátrico, pode estar bem adaptada a esta condição. Em contrapartida, uma pessoa que não tem uma doença, clinicamente diagnosticada, pode apresentar muitas respostas de inadequação. Esses dois contínuos refletem como os modelos da prática de enfermagem e médica se complementam.

A saúde mental é um aspecto específico, porém inseparável da saúde geral das pessoas, famílias e comunidades. O sistema de saúde organiza-se através de duas estruturas ou níveis que se consideram interdependentes: a atenção primária de saúde e a atenção especializada, entendendo-se esta última como estrutura de apoio de nível primário. Os profissionais sanitários da atenção primária de saúde, em geral, e as enfermeiras, em particular, detectam com frequência necessidades e problemas relacionados com aspectos psiquiátricos e psicológicos de pacientes e familiares atendidos diariamente nas consultas, nos domicílios e em grupos de terapia. A abordagem destas situações, assim como a intervenção da crise, requerem conhecimentos e habilidades específicas (LIZANCOS; MEGÍAS; BORRELLA 2003).

Portanto, para conseguir a atenção integral é preciso a coordenação entre os dois níveis assistenciais, compartilhando as responsabilidades dos cuidados dos doentes.

Saraceno e Funk (2001) relatam que, na atualidade, cerca de 450 milhões de pessoas padecem de algum tipo de transtorno mental e do comportamento, no mundo.

Os últimos cálculos aproximados da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a incidência mundial de morbidade correspondente nas pessoas de 15 a 44 anos de idade, indicam que os transtornos mentais e do comportamento representam cinco das dez principais causas de morbidade, em todo o mundo. Além disso, a porcentagem da morbidade mundial atribuível aos transtornos mentais e do comportamento aumentam de 12% em 1999 a 15% no ano de 2020.

Este aumento é particularmente acentuado nos países em desenvolvimento, devido a fatores como o envelhecimento da população, a rápida urbanização, a violência e a globalização.

Dados de um estudo realizado em 1990 pela Organização Mundial da Saúde, através da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard e pelo Banco Mundial demonstram que entre as dez maiores causas de incapacitações em todo o mundo, cinco são os transtornos mentais (JORGE, 2001).

Para Galvis (1999), os transtornos mentais são comuns na população geral e isto pode ocasionar severas conseqüências na pessoa, na família e na sociedade. Relata ainda que existem 500 milhões de pessoas no mundo que sofrem com algum tipo de distúrbio mental os quais, por sua vez, dão origem a um índice de 40% de incapacidades para o trabalho.

Algumas explicações para estes índices estão relacionados ao aumento da expectativa de vida, ao aumento do estresse, às crises na família e à falta de suporte social.

Em relação a pacientes com condições crônicas que tomam decisões no seu dia-a-dia, como auto-administrar suas enfermidades, esta realidade introduz um paradigma novo de doença crônica. A educação de auto-administração complementa a educação do paciente para viver da melhor forma possível uma qualidade de vida apesar da sua condição de portador de

transtorno crônico. A auto-administração é auto-eficácia, confiança para levar a cabo um comportamento necessário para alcançar uma meta desejada. A auto-eficácia é aumentada quando os pacientes têm sucesso resolvendo seus próprios problemas (BODENHEIMER, 2002).

Nesse sentido entendemos que a educação de auto-administração para enfermidades crônicas podem se tornar uma parte integrante e importante de cuidados primários para melhor qualidade de vida dos portadores de transtorno mental.

Galvis (1999) comenta ainda que os transtornos mentais de longa evolução, freqüentemente produzem no indivíduo grandes incapacidades em áreas fundamentais do funcionamento psicológico e social, o que obstaculiza sua integração comunitária e interrompe o caminho para a formação e inserção no trabalho.

No entendimento de Osorio (2000), o distúrbio mental é um conceito estritamente axiológico, onde o homem é normal, na medida em que acata os costumes e códigos de comunicação de um grupo determinado. A palavra normal, segundo o autor, provém do grego “regra”, o que quer dizer (lei, norma) e por isso, se considera um padrão comum de conduta segundo as conveniências sociais. Portanto, normal seria aquela pessoa capaz de participar no processo de produção econômica de sua sociedade.

Na sociedade ocidental atual, anormalidade é um sinal de loucura, devido talvez ao evidente desconhecimento do conceito das patologias mentais.

Ainda Osório (2000) faz uma abordagem interessante dizendo que ao mesmo tempo em que a doença mental representa uma desumanização do indivíduo, ela é, também a marca de sua humanidade, pois a doença mental não existe fora da espécie humana. A doença mental desumaniza o paciente exatamente porque ele é humano. A desumanização acarretada pela doença mental é um sinal candente da humanidade do paciente.

Em uma investigação sobre a relação entre o estado pré-mórbido e o estado prodrômico Rabinowitz et al (2002) afirmam que as manifestações clínicas do primeiro episódio psicótico são relevantes para compreender a patofisiologia da psicose e para melhorar a administração da enfermidade. A amostra estudada foi composta por 535 pacientes no momento de seu primeiro episódio psicótico. Os marcadores dos sujeitos segundo a Escala de Ajuste Pré-mórbido foram utilizados para os distintos grupos segundo seu funcionamento pré-mórbido eram: estável/bom, estável/pobre ou deteriorado. Quase a metade dos pacientes (47,5%) tinha um funcionamento pré-mórbido estável/bom, 37,3% apresentou um funcionamento estável/pobre e 15,1% tinham inicialmente bons resultados, porém mais adiante se deteriorava. Mais da metade dos sujeitos que foram entrevistados durante seu primeiro episódio de transtorno psicótico, tinha evidências de transtornos de comportamento. Um funcionamento pré-mórbido pobre, antes do início da psicose, associou-se a sintomas mais severos e a manifestações cognitivas mais severas da enfermidade durante o primeiro episódio da mesma.

Para Lopes (1977), transtornos mentais são conceitos, abstrações, generalidades. O que existe na realidade e o que é concreto é o doente mental, com suas manifestações psíquicas.

Nesta concepção, acredita-se que o transtorno mental é a patologia da liberdade, a perda da realidade interior. O que infelizmente, se pode constatar através da experiência é que o distúrbio mental vem acompanhado da perda da realidade exterior, como do direito de ir e vir, assim como, de ter opinião, de ser ouvido, de ter trabalho, como também de ser tratado com respeito e dignidade.

Pitta (1996) faz uma discussão a propósito de uma ética aplicável e refere-se a dois aspectos especiais: uma ética de escuta e uma ética da responsabilidade. A ética de escuta refere-se ao ato psicológico de poder abrir-se para entender e verdadeiramente escutar

códigos, nem sempre claros ou precisos de pessoas cujo apelo ao “escuta-me” deveria de imediato determinar um ato psicológico da vontade de não se fazer indiferente. A ética da responsabilidade é aquela que fala de “tomar a si a responsabilidade de tratar”, de não delegar a outrem o que por lei está dado aos profissionais e negociar a tutela quando a razão do louco se impuser aos desmandos dos agentes da sociedade.

Muito bem acrescenta Ribeiro (2001) quando fala sobre a ética que conduz a ação do indivíduo na vida profissional, afirmando que esta não deveria se distinguir daquela que o orienta na totalidade de sua experiência em sociedade, ou seja, nos variados papéis que desempenha na vida social. A Ética atual está sustentada em três pilares ou princípios de bases sólidas: de beneficência, de autonomia e da justiça. Em suma, cada ser humano presente neste cenário se constitui em um personagem digno de consideração e respeito. Observando-lhes, entendendo e tratando, assim é que é o verdadeiro sentido da palavra "humanismo".

É isso que chamamos de problema ético fundamental da psiquiatria: a consideração do paciente psiquiátrico como “ser humano”.

Tal enfoque encontra consonância quando entendemos que o não reconhecimento do distúrbio mental como uma doença dá origem a situações de profunda injustiça e desumanidade, levando a que o estigma do distúrbio mental possa ser muito mais doloroso do que a doença mental em si.

Brozoza (2001) comenta que, por intermédio do simples contato direto com familiares, amigos e colegas, como também com os mais diversos integrantes da sociedade em seu meio pode-se observar que o ser humano vem demonstrando estar, cada dia mais doente – já tendo sido considerado por muitos, que o mal do fim do século XX seria a “doença da alma”.

c A família do portador de transtornos mentais

Para se compreender o que é uma família e como as "famílias" funcionam, hoje, é preciso, sobretudo, refletir sobre sua conceitualização, quais funções lhes têm sido atribuídas e, principalmente, sobre aquelas, funções por elas exercidas.

Segundo Ganong (2003), muito foi escrito sobre a importância da conceitualização e do significado do termo "família". Infelizmente, continua sendo problemática a conceitualização de família visto que a maioria dos investigadores não a define claramente. Família é um termo tão comum que muitos investigadores não vêem a necessidade de denotar esta conceitualização. Entretanto, é justamente por causa dessa familiaridade que os investigadores precisam definir o termo família cuidadosamente (COOLEY; MORIARTY, 1997).

O conceito de Laing sobre família parece muito útil por abarcar as questões e influências sociais, ao mesmo tempo em que possibilita adentrar nos aspectos inconscientes e complexos que formam esta instituição humana. Laing; Esterson (1983) referem-se à família, como um grupo de relações interiorizadas, não se reduzindo somente às relações objetivas que ocorrem em seu interior, mas que advém das vivências e interiorização das mesmas.

Sociologicamente, a família é definida como um sistema social, dentro do qual podem ser encontrados subsistemas, dependendo do seu tamanho e da definição de papéis. É através das relações familiares que os próprios acontecimentos da vida recebem seu diagnóstico e, através dele são entregues à experiência individual (SARACENO, 1992).

Neste sentido, entende-se a família como o núcleo de uma sociedade e, como todo grupo social, encontra-se entrelaçada por relações e posições que demarcam o comportamento do indivíduo.

A família, para Sprovieri; Assunção Jr. (2001), é uma rede complexa de relações e emoções pelas quais perpassam sentimentos e comportamentos, sendo a simples descrição dos

elementos de uma família insuficiente para transmitir a riqueza e a complexidade relacional de sua estrutura.

Lancetti (2000) relata que, dentro dos programas de saúde da família e de saúde mental, a família é considerada como todo o grupo de pessoas que coabitam e desenvolvem entre si as mais variadas formas de parentesco.

Rodríguez e Lopes (1999), comentam que a vida em família proporciona o meio para a criação dos filhos, sendo considerada a influência mais prematura e duradoura para o processo de socialização.

Neste contexto, a estrutura de uma família está constituída pelas normas de interação que se estabelecem entre seus membros que organizam suas relações dentro do sistema em uma forma altamente recíproca, reiterativa e dinâmica.

Merece destaque a análise de Minuchin (1990) que entende a estrutura familiar como um conjunto invisível de exigências funcionais organizando as maneiras pelas quais seus membros interagem. Para ele, a família é um sistema que opera através de padrões transacionais. Estas transações estabelecem padrões que reforçam o sistema de como, quando e com quem relacionar-se.

Rodríguez e Lopez (1999), num interessante estudo realizado na cidade do México com estudantes do nível secundário, identificaram a quem os jovens recorrem em busca de ajuda quando enfrentam conflitos. As adolescentes mostraram uma preferência por procurar seus familiares e, num segundo momento, as amigas. Nos meninos, a procura de apoio esteve determinada pelo tipo de conflito. Entretanto, em ambos os sexos o apoio familiar resultou ser o mais efetivo, pois quando os jovens buscavam apoio com suas famílias, seus níveis de mal estar emocional eram mais baixos.

Num estudo de Oliveira et al (2001) foram investigadas questões relacionadas à sexualidade feminina em um grupo de adolescentes do sexo feminino, entre 10 e 20 anos de

idade, onde constataram que a maioria das jovens é de família simples e que valorizam os estudos como forma de melhorar suas perspectivas de vida. Verificou-se que 50% delas não receberam orientação sobre sexualidade feminina e a outra metade a recebeu de sua própria mãe e/ou de pessoas de sua convivência diária como amiga, irmão, namorado e pai. Ressalta-se que a mãe foi à pessoa mais indicada para dar orientação sobre o sexo, sendo também a mais procurada para conversar. Na opinião delas, a mãe é a pessoa com quem elas podem contar sendo a mais procurada quando apresentam problemas de saúde.

Assim, a presença de uma enfermidade ou as complicações de uma enfermidade, incidem importantemente sobre o grupo familiar, condicionando diversos níveis de ansiedade e desequilíbrio psicodinâmico (MAYOR; MUÑOZ, 2000).

Osinaga e Moreno (1997) afirmam que é importante observar que a família do portador de transtornos mentais tem ocupado um espaço privilegiado no campo da saúde com programas que buscam atender as suas necessidades. Pode-se observar que esta tendência deve-se ao fato de que muitas doenças podem ser resolvidas quando atendidas corretamente no seio familiar, evitando o desgaste físico e emocional de uma internação em um hospital.

Segundo Desjarlais et al (1995), as famílias enfrentam, no mundo todo, a maior parte da responsabilidade pelo cuidado dos portadores de transtornos mentais. A constituição das famílias em cada sociedade e os recursos disponíveis para responder à doença mental variam, mas todo sistema de saúde inclui e depende muito das famílias.

Em estudos de educação e programas de apoio para famílias de adultos com doença mental ou doenças crônicas está evidente que a maioria dos participantes são as mulheres (PICKETT-SCHENK, 2003; ANDRADE, 1996). Examinando, por que as mulheres são mais participantes que os homens para fazer parte nestes programas, este artigo faz uma revisão sobre o papel das mulheres nos cuidados dos adultos com transtornos mentais, com um enfoque nas demandas experimentadas por mães, irmãs e filhas. Dado que a maioria dos

programas de educação familiar e participantes de programas de apoio querem como cuidador os parentes masculinos, os programas priorizam a participação como cuidadores (familiares) tanto homens como mulheres.

Usualmente, as relações familiares são afetadas quando um elemento de seu grupo apresenta uma doença aguda ou crônica.

O aparecimento de uma deficiência, em algum membro da família, pode afetar toda a organização familiar, exigindo reestruturações no seu funcionamento original e, portanto influenciar a todos de maneira profunda e constitucional.

Nesta mesma direção, Villela (1999) comenta que a partir do nascimento de uma criança deficiente ou do acometimento de uma deficiência em algum momento da vida de um de seus membros ocorrerão mudanças na estrutura familiar. Trata-se de um momento de crise.

Diante disto é importante salientar que o envolvimento afetivo característico dos laços familiares, de alguma forma, orienta as tentativas de entendimento e as buscas de soluções para muitas questões pertinentes ao convívio com um familiar doente.

Partindo da mesma opinião, Villares et al (1999) enfatizam que nem todos os familiares possuem condições estruturais, econômicas e/ou emocionais para conduzir satisfatoriamente esses aspectos da convivência com a doença.

Tanto nos textos da literatura como da observação empírica é freqüente o fato de que quando há um problema com algum membro da família, este pode estar localizado no sistema familiar e não só no indivíduo. Pode se manifestar no indivíduo em razão de circunstâncias particulares, apoiado e reforçado pelo sistema. As patologias, segundo a orientação sistêmica, aparecem a partir de desordens ocorridas dentro do sistema.

Concordo com Guedes (2001) quando diz que embora muitos estudos também têm avaliado e proposto a inclusão do familiar no tratamento de pessoas com algum transtorno

mental, poucos analisam os processos de interação familiar como responsáveis pelo desenvolvimento e pela gravidade de tais problemas.

Em estudo sobre a satisfação familiar nos serviços, Stanbridge et al (2003), relatam que apesar das pesquisas terem mostrado a eficiência da intervenção da família nas psicoses, existe pouca pesquisa sobre as famílias que possuem experiências nos serviços clínicos de rotina. Altos níveis de engajamento e satisfação com o serviço foi reportado a despeito de uma apreensão inicial a cerca das sessões familiares. Através dos membros da família que estavam nas seções auxiliando, estes foram muito mais efetivos com os problemas e sintomas relativos. A satisfação foi relacionada pelas famílias como uma meta (resolvendo os problemas e sintomas, melhorando a comunicação na família e uma maior ligação com o serviço) assim como ouvir a opinião de um contexto de sustento no relacionamento terapêutico. O número de fatores, especificamente enfatizados nos serviços parece ter contribuído para o estabelecimento de um relacionamento terapêutico positivo e ser muito valorizado pelas famílias, isto é, estar mutuamente de acordo como os propósitos terapêuticos e avaliação regular para o benefício das sessões. Estes fatores refletem serviços amplos e flexíveis para uma aproximação terapêutica com clínicos capacitados para oferecer um âmbito de intervenções apropriadas para as diferentes famílias, especificamente as necessitadas. Este estudo também indica que o sucesso do engajamento no trabalho da família, requer indicação de uma etapa mais prematura. Os achados neste estudo, particularmente os relativos a relação terapêutica são discutidos, incluindo a sua relevância para futuras pesquisas.

Em um estudo com familiares de esquizofrênicos, Koga; Furegato (2001) investigaram o fardo que representa para a família a presença de um doente mental entre seus membros. Para muitos familiares, manter o portador de doença mental no lar, equivale a reduzir todo o círculo de relações familiares posto que, muitas vezes, as pessoas desconhecem

o aspecto de afetividade já deteriorada e as conseqüências do desgaste emocional que o convívio com a doença impõe.

Neste sentido, observa-se que muitas das readmissões de doentes mentais nos serviços psiquiátricos têm por objetivo dar “descanso” aos familiares, cujo fardo físico, emocional e social é reconhecidamente pesado, tal com relatado por (KOGA 1998).

Para Suwa et al (2003), o problema de 'afastamento social' entre adultos jovens e o enfoque de atenção é considerável hoje no Japão. Entre as várias manifestações deste comportamento, um "grupo de afastamento social primário" foi identificado mas não pode ser diagnosticado pela classificação oficial das desordens mentais. Em um relatório anterior foi sugerido que o mecanismo para o afastamento social primário não é um problema só da pessoa que se afasta, mas também inclui problemas de relação familiar. O alvo deste estudo foi identificar as características e problemas das relações familiares associadas com o afastamento social primário. O mecanismo de afastamento é provocado por assuntos insignificantes como retrocessos secundários nos processos desenvolvidos na mocidade. Certas características de personalidade do indivíduo e das relações familiares, culminaram em afastamento social.

Estas colocações despertaram para a importância do enfermeiro levar em consideração as questões da "família", quer na sua prática profissional quer na sua prática de pesquisa, para se compreender o indivíduo em sua singularidade.

Daí o interesse em conhecer não só a opinião dos portadores mas também a de seus acompanhantes na tentativa de sensibilizar o enfermeiro para a importância de realizar atividades que envolvam a família no tratamento dos pacientes, ao mesmo tempo, oferecendo-lhes o apoio e a ajuda necessárias.

d Assistência

A assistência psiquiátrica se projeta como uma parte da atenção à saúde geral, considerando a indivisibilidade da saúde e de seus aspectos biopsicossociais e, pode estabelecer como resultado o encontro entre uma linha assistencial essencialmente psiquiátrica e psicossocial (a psiquiatria comunitária) e outra linha assistencial holística e globalizadora.

Sánches (1999) considera que hoje se reconhece que as enfermidades mentais são patologias importantes do cérebro, e que geram problemas na maneira de pensar, na motivação, nas emoções e nas interações sociais. Devido a todos a estes efeitos em campos tão diversos, foi muito difícil poder criar modelos que ajudem o profissional a compreender melhor os processos patológicos ou que auxiliem nos treinamentos de técnicas terapêuticas efetivas.

A psiquiatria, associada à moderna farmacologia, procura aliviar o sofrimento de portadores de distúrbios mentais. Porém, observa-se que o transtorno mental não está enquadrado em um marco estritamente sanitário. Ao contrário, suas conotações abarcam o entorno social do doente.

Segundo Amarante (1995), fazem mais de 40 anos que se iniciaram os processos de reforma psiquiátrica com objetivos de desinstitucionalização e da criação de serviços e de redes de saúde mental alternativos.

Estes programas de assistência incluem tratamentos farmacológicos e intervenções clínicas, porém o foco de atenção principal não é tanto o controle da sintomatologia, mas o desenvolvimento máximo dos pontos fortes, das capacidades e qualidades conservadas e características de cada portador. Além disso, devem prestar o máximo apoio possível ao portador de transtorno mental, assim como as suas famílias.

Os programas de tratamentos alternativos e comunitários, com experiências inovadoras, são modos de proporcionar atenção integral e continuada aos portadores de distúrbios mentais, a fim de que possam alcançar o nível máximo de integração social, qualidade de vida e de relacionamentos interpessoais evitando as circunstâncias como de rejeição, marginalização e exclusão social (estigma).

Para Oliveira (2003), o paradigma psicossocial de atendimento em saúde mental, diferentemente da concepção organicista que fundamenta a prática médica psiquiatra, pressupõe um indivíduo inserido socialmente que se mantém saudável ou adocece mentalmente, nas micro e macro relações sociais.

As últimas três décadas tem testemunhado um movimento que impulsionou a realização de profundas mudanças na atenção psiquiátrica, propondo tratamentos éticos institucionais e comunitários e, concomitantemente, à desospitalização.

O processo de Reforma Psiquiátrica, iniciado no Brasil no final dos anos 70, tem provocado profundas transformações nas políticas de saúde mental do país, determinando o surgimento de novas práticas e gerando reformulações nos modos de pensar a loucura, as instituições e o social. Tal processo, vem acontecendo de forma diferenciada nos Estados e Cidades do Brasil e nas diferentes instituições. Significativos movimentos de organização dos trabalhadores, usuários e familiares tem resultado em práticas mais contextualizadas e de relevância social. Em alguns locais verifica-se uma desmobilização dos usuários e familiares, associada a fortes resistências dos profissionais e governantes locais

Segundo Oliveira (2003), a essa mudança de concepção de objeto de intervenção, correspondem novos instrumentos - estratégias de intervenção, projetos terapêuticos e outros objetivos e finalidades terapêuticas. Esse novo objeto, ao mesmo tempo que requer outros instrumentos é também redesenhado/conformado pelos novos instrumentos, numa dialética concreta que se apresenta no cotidiano de trabalho dos profissionais que atuam na área da

assistência à saúde mental. No processo de trabalho que define e é definido pela Reforma Psiquiátrica, o trabalho em equipe adquire uma importância fundamental, visto que algumas mudanças se apresentam de forma inequívoca para marcar o novo paradigma de compreensão do sofrimento mental e do cuidado a estas pessoas.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciada em fins da década de 70, é um processo histórico com repercussões em toda a assistência psiquiátrica.

Vários movimentos de contestação do saber e das práticas psiquiátricas iniciaram-se no final da II Guerra Mundial, entre os quais se destacam a Psiquiatria de Setor na França, as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra e a Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos. Segundo Rotelli et al (1990), era necessário um rearranjo técnico-científico e administrativo da psiquiatria.

No Brasil, coincidindo com o final da ditadura e da censura, o final do período do “milagre econômico”, a reorganização da sociedade através do ressurgimento dos sindicatos e partidos políticos, as idéias de Foucault, Goffman, Castel, Szaz, Basaglia e outros tiveram forte influência. Esse período é considerado por Amarante (1995) como o primeiro momento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O conceito de desconstrução, não só dos manicômios, como também dos saberes e das estratégias, referidos ao objeto abstrato, ou seja, à “doença” adquire corpo. Transformam-se os modos como as pessoas são tratadas e o objeto deixa de ser a doença e passa a ser a existência – sofrimento do indivíduo e sua relação com o corpo social. A ênfase assistencial não está apenas no processo de cura mas em projetos de saúde. O olhar dos profissionais passa a ser direcionado à pessoa, sua cultura e vida cotidiana, tornando-se este o objetivo do trabalho terapêutico.

Rotelli et al (1990, p. 29) posicionam-se sobre as modificações decorrentes da desinstitucionalização, definindo novas concepção de objeto e de intervenção:

Desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos como as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão, através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento. O que é, portanto, nesse sentido, “a instituição” nesta nova acepção? É o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto “doença”. Mas se o objeto ao invés de ser “a doença” torna-se a “existência-sofrimento dos pacientes” e a sua relação com o corpo social, então desinstitucionalização passa a ser o processo crítico-prático para reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior.

Entretanto, o que se denominou de desinstitucionalização não pode representar, como se observou em muitos países, desospitalização desassistida.

A hospitalização, mantendo desnecessariamente o paciente internado, não é o único agente que cronifica as manifestações psicopatológicas. A cronicidade está mais relacionada à ausência de assistência ou à assistência inadequada do que necessariamente ao local onde ela acontece. Em contrapartida, pacientes com quadros psiquiátricos intensificados perambulam desassistidos pelas ruas ou morrem sem conseguir um leito para internação altamente necessária.

Portanto, a falta de leitos está mais ligada à fechar as portas dos hospitais, sem antes criar locais de atendimento adequado aos pacientes, sem a devida requalificação dos profissionais para esse novo tipo de demanda, joga os pacientes no limbo da falta absoluta de cuidados violando seus direitos tais como o acesso ao melhor tratamento recomendado para a sua necessidade clínica.

Muito se avançou nas discussões sobre a reforma, mas a sociedade brasileira como um todo, especialmente os psiquiatras, os demais profissionais de saúde mental, os portadores de transtornos psiquiátricos e seus familiares necessitam rever seus conceitos sobre a doença mental e sobre a dinâmica de assistência para que esta reforma possa melhorar e aperfeiçoar,

merecendo atenção e investimentos adequados para se tornarem disponíveis a todos os segmentos populacionais.

Hoje, se pode tratar, administrar e, em muitos casos, prevenir a maioria dos transtornos mentais, pois existem estratégias eficazes de intervenção a respeito.

Saraceno e Funk (2001) consideram que para a maioria dos transtornos mentais e do comportamento tem sido estabelecidas intervenções eficazes. Entretanto, apesar das possibilidades de tratar com êxito esses problemas, somente uma pequena minoria recebe o tratamento básico.

O autor continua nesse enfoque relatando que uma recente pesquisa da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelou que, mais de 40% dos países carecem de políticas de saúde mental e mais de 30% carecem de um programa de saúde mental, como também mais de 25% carecem de medicação psiquiátrica básica na atenção primária de saúde, assim como, 70% da população mundial tem acesso a menos de um psiquiatra por 100.000 habitantes.

No Brasil, a assistência psiquiátrica, até o início da década de 80, era quase exclusivamente baseada na hospitalização, quando mudanças na política de saúde mental na direção de cuidados baseados na comunidade começaram a ser observados. Como consequência, houve redução de 25% no número de leitos psiquiátricos entre 1987 e 1991 (MENEZES; NASCIMENTO, 2001).

A reorientação da atenção psiquiátrica tem sido possível, porque os profissionais da área uniram-se propondo melhor qualidade de assistência ao doente. Entretanto, permanecem vivas as resistências por parte dos poucos beneficiados com manutenção do sistema manicomial.

Rucci et al (2003) analisaram a prevalência de desordens psiquiátricas iniciais nos cuidados primários e a sua associação com a percepção da saúde do paciente. Eles relatam a prevalência e as características associadas às desordens iniciais, e enfatizam que os

profissionais que prestam cuidados primários, deveriam dar a devida importância alertando os pacientes a perceber a sua saúde debilitada como angústia e incapacidade para cumprir com as tarefas rotineiras. Portanto, a relevância clínica deste estudo tem implicações potenciais para avaliação do progresso da classificação das doenças e através destes cuidados prevenir os casos mais graves prestando a assistência adequada.

Neste sentido, Mueser et al. (2002) referem que o cuidado da enfermidade consiste de uma série de estratégias desenhadas para ajudar os indivíduos com distúrbios mentais graves, a reduzir a susceptibilidade da doença e o enfrentamento dos seus sintomas. A recuperação acontece quando as pessoas com problemas mentais descobrem ou re-descobrem suas fortalezas e habilidades para alcançar seus objetivos pessoais e desenvolver um sentido de identidade que lhes permita desenvolver-se apesar da sua doença. As investigações sobre o cuidado para pessoas com doenças mentais graves, que incluem 40 estudos aleatórios controlados, indicam que a educação psicossocial melhora o conhecimento que as pessoas têm da medicação; que os programas de prevenção de recaídas reduzem o reaparecimento de sintomas e as re-hospitalizações, e que as habilidades de enfrentamento mediante técnicas cognitivo-comportamentais reduzem a gravidade e ansiedade dos sintomas persistentes. Estes autores discutem os conceitos de recuperação de uma doença psiquiátrica e avaliam as investigações sobre programas profissionais de ajuda para que as pessoas possam cuidar-se.

Manter a qualidade de vida das pessoas é premissa fundamental nas novas propostas do sistema de saúde. As pessoas com algum transtorno são muito receptivas a captar as situações e a fazer comparações entre as distintas entidades do setor de saúde, já que se trata de sua própria vida.

Neste sentido, Jorge (2001) salienta que o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, a pluralidade dos saberes e a complexidade das ações e dos serviços assistenciais passam a dominar o campo acadêmico e profissional como requisitos

fundamentais para o processo da reforma da assistência psiquiátrica. Assim, conceitos como *desospitalização* e *desinstitucionalização* guiam o processo de mudança, do foco dominante das ações em psiquiatria da área intra-hospitalar especializada para a extra-hospitalar, onde serviços Ambulatoriais e centros de atenção diária, todos referidos à comunidade passam gradativamente a assumir e dividir o papel da assistência em saúde mental.

Atualmente, em instituições tanto públicas como privadas do setor da saúde, existe crescente interesse para avaliar o conhecimento em aspectos relacionados com a qualidade da atenção.

Avaliar a qualidade da atenção a partir da perspectiva do usuário é cada vez mais necessária. Assim, é possível conhecer as atitudes associadas em relação à assistência recebida. Estas informações beneficiam a organização dos serviços de saúde, os trabalhadores e os usuários.

Bayón (2003) realizou um estudo e apresenta os resultados obtidos a respeito da qualidade dos programas de reabilitação psicossocial mediante a percepção de 50 pacientes com distúrbio mental crônico de um centro de reabilitação psicossocial e laboral. Foi avaliada a qualidade de psicoeducação, habilidades sociais, autocontrole, relaxamento e reabilitação cognitiva. Os pacientes crêem que os tratamentos foram benéficos para a enfermidade, valorizando que são um complemento junto ao fármaco e informam um alto grau de satisfação. Destacam a importância da avaliação da qualidade assistencial como elemento chave na avaliação da efetividade dos programas de reabilitação psicossocial.

No processo de assistência ao indivíduo com distúrbio mental, a reabilitação está baseada no modelo biopsicossocial, que inclui atenção aos aspectos médicos, psicológicos e sociais da enfermidade em recuperação. Como parte de uma equipe de reabilitação interdisciplinar, os profissionais de saúde mental avaliam e tratam o emocional, o cognitivo e problemas de comportamento. Os médicos e outros profissionais de reabilitação têm papel

integrante na melhora funcional e psicossocial com resultados positivos em doenças crônicas (PALMER; WEGENER, 2003).

Dentro dessa perspectiva, Kopelowicz et al (2003) propõem que o tratamento psiquiátrico e a reabilitação sejam integrados sem emendas para restabelecer as pessoas com desordens mentais, para se obter melhor nível de funcionamento e qualidade de vida. Através de uma avaliação completa, tratamento e reabilitação são codificados à fase e ao tipo do distúrbio de cada indivíduo. Exemplos de tratamento coordenado com reabilitação são farmacoterapia, apoio do emprego, treinamento de habilidades sociais, psicoeducação familiar, orientação e promoção da saúde da comunidade. Concluem propondo um guia de sete princípios para a prática de saúde mental e sua integração com intervenções farmacológicas e psicossociais.

A socialização dos pacientes é chave importante em seu tratamento e, por outro lado, corresponde, a um avanço na superação dos preconceitos sociais que sempre cercaram os doentes e a doença mental.

Nas últimas décadas, importantes mudanças na área dos conhecimentos teóricos das neurociências, da farmacologia e da psicologia ocorreram e têm facilitado as transformações no campo das políticas de saúde, favorecendo a reorganização da assistência e tratamentos dignos com qualidade, aos doentes mentais.

As perspectivas de tratamentos eficazes e com qualidade têm sido viáveis a partir da introdução de medicamentos como a clorpromazina, o primeiro antipsicótico (1952) que tornou possível a desospitalização crescente dos pacientes psiquiátricos. Atualmente, a clozapina e outros medicamentos de última geração têm sido importantes para que o portador de doença mental não só tenha seus sintomas controlados mas consiga viver socialmente de maneira mais adequada pela redução dos efeitos colaterais desses medicamentos. Portanto, estes avanços na e da psiquiatria criaram condições para a desospitalização.

Estas importantes mudanças na área dos conhecimentos em neurociências têm facilitado transformações no campo das políticas de saúde, favorecendo a reorganização da assistência aos portadores de transtornos mentais. Neste sentido, por intervenções de natureza diversa, tem sido possível manter pessoas gravemente enfermas por maior tempo em seu meio social, alongando os períodos livres de sintomas e obter maior êxito com procedimentos, visando a sua reabilitação social.

Uma forma de tratamento por meios psicológicos, principalmente o intercâmbio verbal, de problemas de natureza emocional, baseado no uso sistemático de um relacionamento entre duas pessoas – terapeuta e paciente, para produzir mudanças na cognição, nos sentimentos e no comportamento (URSANO e SILBERMAN, 1992; WOLBERG, 1977).

Essa definição enfatiza essencialmente a natureza interpessoal do relacionamento terapêutico, de onde deriva muito do seu poder. A técnica, a teoria de base, o setting, a duração, o nível são igualmente importantes, mas apenas podem ser efetivos se um bom relacionamento terapêutico é estabelecido (MARI, 2001, p.152).

Referindo-se à assistência psiquiátrica de hoje, Lacerda (2001) considera que o hospital-dia, o ambulatório multiprofissional de saúde mental e os centros de reabilitação psicossocial possam ser mais inclusivos, já que não se dirigem só às fragilidades psicológicas e psiquiátricas dos pacientes, mas também atuam com familiares, comunidade, trabalho e contexto cultural.

Para garantir a qualidade dos serviços de saúde é necessário ter em conta a capacitação dos profissionais da equipe (médico, enfermeiro, assistentes sociais, psicólogos, etc) e a satisfação dos usuários (OMS, 1998).

Stuart e Laraia (2002 p. 3) afirmam que a enfermagem psiquiátrica consiste em um processo interpessoal que se esforça por promover e manter o comportamento sadio do paciente, o que contribui para o funcionamento integrado. Entendem por sistema de paciente

ou cliente tanto um indivíduo, uma família, um grupo, uma organização ou uma comunidade. A American Nurses Association (ANA) define a enfermagem psiquiátrica e de saúde mental como *uma área especializada da prática de enfermagem que emprega teorias do comportamento humano como sua ciência e o uso intencional de si próprio como sua arte.*

Martin e Fernández (2002) ressaltam que o conceito de qualidade foi evoluindo com o decorrer dos anos para inserir-se nos tempos atuais de tal forma que o importante para aquele que produz um serviço é oferecer o mesmo com maior nível de qualidade possível. Para avaliação da qualidade da assistência na prática, o verdadeiro juiz é o cliente/usuário.

Dessa forma, os profissionais da saúde estão incorporando ou intensificando uma atenção especial que, ao longo dos últimos anos, passou a ser parte integrante da boa atenção em psiquiatria, incluindo os direitos humanos do paciente, os anseios de pacientes e familiares, sua participação ativa nos processos de tratamento, os progressos técnicos recentes, tanto na área das neurociências, quanto na área das ciências sociais, como da psicologia e da saúde pública.

Neste processo de transformação da assistência psiquiátrica, caracterizada pela política de desinstitucionalização, se produz o aumento do número de serviços comunitários nas redes assistenciais de atenção à saúde.

Para Gabay (1999), a chamada desospitalização significa reabilitar e ressocializar os pacientes de maneira que possam reintegrar-se na comunidade e esta comunidade possa controlá-los, tolerando e acompanhando as limitações, que eles apresentam.

Embora os termos “desospitalização” e “desinstitucionalização” pareçam semelhantes os adeptos do movimento da reforma entendem que a simples desospitalização não expressa todo o significado da desinstitucionalização que prevê além da reorganização dos serviços há todo um contexto de ressignificação da doença mental.

Portanto, segundo González (2002) o conceito de reabilitação supõe tratar as conseqüências do transtorno mental, mais que o próprio transtorno mental e ajudar o portador a reintegrar-se progressivamente na sociedade.

A reabilitação das pessoas que padecem de algum transtorno mental tem sido objeto de atenção e desenvolvimento nos últimos anos através da criação de programas e serviços com profissionais especializados para este assunto.

Pitta (1996) salienta que a reabilitação psicossocial seria o processo de facilitação para o indivíduo com limitações levando à restauração do melhor nível possível da autonomia do exercício de suas funções na comunidade.

Nesse sentido, Scatena (2000) pesquisando o processo de reabilitação do doente mental verificou que a idéia de reabilitação pressupõe a ruptura de uma abordagem voltada para a doença, dando lugar a uma outra, voltada para o sujeito com sua individualidade e subjetividade. Enfatiza que trata-se de uma mudança no paradigma que deixa de privilegiar a doença para privilegiar o sujeito que sofre. Esta proposta não exclui as diferenças, mas abre espaços para a inclusão, o acolhimento e a escuta, apesar das diferenças.

A Comissão dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas, declarou que o tratamento dos portadores de transtornos mentais deve ser considerado um direito fundamental e que estas pessoas precisam ainda de ser protegidas contra os perigos decorrentes dos processos de exclusão social a que muitas vezes se encontram submetidas. Entretanto, existem, até hoje, instituições que violam os direitos humanos básicos, privando o paciente de sua dignidade ao submetê-lo a tratamentos desumanos (SCHECHTMAN, 2001).

A retomada do conhecimento já produzido pelos estudiosos e especialistas da área da saúde mental deixam entrever a importância de se buscar entre os portadores de transtorno mental e seus familiares os conceitos que perpassam seu ideário e as suas reações frente às novas propostas de assistência da qual são os usuários.

Estudar comparativamente as opiniões dos portadores de doença mental e seus familiares sobre conceitos de saúde e doença mental e sobre a assistência em psiquiatria, em três serviços de assistência em saúde mental.

A) INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO

1 Questionários de identificação da população

Após explicação detalhada da proposta e obtenção do consentimento esclarecido, passamos para à aplicação de um dos Questionários de Caracterização do Portador de Transtorno Mental – **QCP** ou o Questionário de Caracterização dos Familiares do Portador de Transtorno Mental – **QCF** (Anexo 1).

Os dois questionários têm a finalidade de agrupar dados referentes à:

- a) Identificação do sujeito (portador e acompanhante)
- b) Motivo de estarem naquele serviço
- c) Informações sobre a doença, o doente e sobre os tratamentos realizados assim como especificações sobre os diagnósticos e os tratamentos atualmente em uso pelo portador,
- d) Expectativas a respeito do atendimento ora procurado

2 Escala de Medida de Opinião – EMO

Todos os portadores e seus acompanhantes que se dispuseram a participar deste estudo expressaram, numa escala de 5 pontos, a sua opinião sobre a doença mental e a assistência nesta área.

A Escala de Medida de Opinião – EMO foi construída a partir de um grande número de afirmações, extraídas de textos da literatura científica e de experiência profissional dos pesquisadores e de comentários de pessoas idôneas ligadas ao objeto a qual foi aplicada por Osinaga (1999). Este instrumento era composto por 56 afirmativas sobre Saúde, Doença Mental e Assistência, onde o sujeito demonstrava seu grau de concordância ou discordância, com o conteúdo expresso, obedecendo a uma Escala de 5 pontos, tipo Likert. Neste sentido,

cada um respondeu a todos os itens sobre a mensagem ou informação apresentada sobre o objeto focalizado.

Na Escala tipo Likert, ao registrar sua opinião, a pessoa não só concorda ou discorda de uma afirmação, como também indica até que ponto concorda ou discorda em uma graduação que vai desde “concordo totalmente, concordo pouco, sou indiferente, discordo pouco ou discordo totalmente”.

A construção do instrumento inicial ocorreu em 5 etapas, desde a formulação dos enunciados e respectivo aprimoramento do conteúdo das afirmativas, os testes de adequação do conteúdo, de compreensão e distribuição dos itens na escala, até os procedimentos de validação.

Para melhor entendimento, destacamos alguns pontos teóricos sobre construção, validade e fidedignidade das medidas escalares.

Segundo Pasquali (1998), para elaboração de escalas psicológicas devemos seguir alguns princípios na construção destes testes. O modelo baseia-se em três procedimentos: teóricos, empíricos (experimentais) e os analíticos (estatísticos). Os procedimentos teóricos devem ser elaborados para cada instrumento, dependendo do assunto psicológico que vai ser investigado com o instrumento que se pretende medir. O procedimento empírico define as etapas e técnicas de aplicação do instrumento, coleta de informações para proceder a avaliação da qualidade psicométrica do instrumento. O procedimento analítico estabelece as análises estatísticas a serem efetuadas sobre os dados para chegar a um instrumento válido e preciso.

Este mesmo autor salienta que para a construção de escalas que pretendam medir algo é fundamental que se conheçam os conceitos de fidedignidade, validade e confiabilidade.

Confiabilidade refere-se ao grau de concordância entre as múltiplas mensurações de um mesmo objeto. A fidedignidade de um teste diz respeito à característica de medir sem

erros. Por isso, recomenda atenção quanto a sua validade e à fidedignidade. Medir sem erros significa que o mesmo teste, medindo os mesmos sujeitos em ocasiões diferentes, ou testes equivalentes medindo os mesmos sujeitos na mesma ocasião, produzem resultados idênticos.

Menezes (1998) comenta que a validade de um instrumento pode ser definida como a sua capacidade em realmente medir aquilo que se propõe a mensurar.

Após o processo de construção da EMO – Escala de Medida de Opinião, este teste foi aplicado a 250 sujeitos (100 portadores, 109 familiares e 41 profissionais) no Rio Grande do Sul. Os resultados foram objeto da Dissertação de Mestrado de Osinaga (1999), analisados com os testes não paramétricos para verificar se eram significantes as diferenças entre os 3 grupos de sujeitos e entre as categorias Conceitos e Assistência. As médias das respostas dos sujeitos para cada item permitiram comparações qualitativas dos resultados. Os conteúdos dos dados que se destacaram foram discutidos com base na literatura pertinente.

3 Redução do número de questões da Escala de Medida de Opinião (EMO)

Durante a aplicação e a análise dos resultados do estudo de Osinaga (1999) e da aplicação da mesma escala por Osinaga et al. (2003) e Osinaga et al. (*) observou-se que havia necessidade de promover um estudo visando melhorar a eficiência do instrumento, diminuindo o número de questões, ou realizando algumas reformulações.

Dessa forma, o objetivo deste procedimento foi o de diminuir o tamanho da EMO – Escala de Medida de Opinião, para melhorar sua eficiência.

O instrumento passou pela análise do coeficiente de correlação de Kendall entre os escores de cada questão e o escore total subtraído do valor do escore da própria questão. Foi então aplicado o teste de significância para estas correlações segundo Siegel (1975), na tentativa de redução do número de afirmativas redundantes, sem prejuízo do conteúdo a ser

* OSINAGA, V. L. M.; FUREGATO, A. R. F. Redução do número de questões de uma Escala. **Rev. Bras. Enfermagem**. 2002. (Em apreciação).

analisado. Assim, algumas questões com altos coeficientes de correlação substituíram outras com coeficiente menor.

Segundo Anastasi (1986), o processo de validação de um teste, inicia-se com a formulação de definições detalhadas do constructo, derivadas de teoria psicológica, de pesquisa anterior ou de observação sistemática e análises do domínio relevante do comportamento.

Deve-se notar que neste estudo os grandes componentes da análise das respostas são dados pela informação teórico-metodológica de forma apriorística aos dados empíricos. Conceito e Assistência na Saúde Mental assim como Família e Enfermagem constituem categorias pré-definidas pelo arcabouço teórico que aninha o estudo. Deste modo, não foi utilizada, inicialmente, a técnica de componentes principais, usual nestes casos, mas uma crítica qualitativa, assessorada por informações quantitativas.

Vinte e duas questões foram excluídas do questionário com base em três princípios:

a) A análise crítica do enunciado e da pertinência de cada questão, com vistas ao objetivo de sua formulação. Observou-se a presença de repetições e problemas de compreensão dos enunciados;

b) A importância da afirmativa, com base no escore total. Para isso, foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson de cada uma das questões com o escore total, os quais atuaram de forma assessora; no caso de permanência de dúvidas sobre a eliminação ou não de determinada questão, a magnitude do coeficiente (relativamente aos coeficientes das demais questões) foi tomada em consideração;

c) Correlação com o escore médio por categoria - Procedimento idêntico ao anterior foi realizado, utilizando os coeficientes de correlação de cada questão com o escore médio do grupo de análise nas 4 categorias (Conceito, Família, Enfermagem e Assistência). Novamente, estas foram informações assessoras, complementares às utilizadas no procedimento anterior.

Lendo e analisando as questões da EMO, uma a uma, foram sendo apontadas aquelas que se relacionavam à categoria Conceitos ou as categorias Assistência, Família e Enfermagem.

Observou-se criticamente as formulações e constatou-se que muitas delas poderiam estar em várias posições referindo-se tanto a conceitos de saúde e doença mental como à famílias, à enfermagem ou assistência.

Uma releitura dos resultados da pesquisa junto a pacientes e familiares (OSINAGA; FUREGATO; SANTOS, ^{*}) em cada uma das 56 questões permitiu classificar 18 na categoria conceitos, 13 de famílias, 8 de enfermagem e 31 de assistência. Após este procedimento, foram realizadas as correlações do escore médio de cada categoria com o escore total.

Após esta tabulação, organizou-se em ordem decrescente aquelas de maiores coeficientes de correlação, encontrando por exemplo para os familiares a questão 41 com o maior coeficiente de correlação (0,483), e de menor coeficiente de correlação (0,005) a questão 36. Para os pacientes a de maior coeficiente de correlação (0,429) foi a nº 5 e de menor coeficiente de correlação (0,002) a nº 24 conforme se observa na Tabela 1.

Foram então efetuadas as correlações de cada questão com o escore médio do grupo ao qual pertence, por categoria (Tabela 2).

* OSINAGA, V. L. M.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Conceptions of mental health and care according to mentally-ill patients and their relatives. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, 2003 (Em apreciação).

Tabela 1 Correlação de cada questão da EMO (Escala de Medida de Opinião) com escore total, com base nas respostas de 100 portadores e 109 familiares

P A C I E N T E S				F A M I L I A R E S			
Questão	Correlação	Questão	Correlação	Questão	Correlação	Questão	Correlação
1	0,268	29	-0,164	1	0,205	29	0,297
2	0,388	30	0,226	2	0,019	30	-0,007
3	0,220	31	0,015	3	0,098	31	-0,146
4	0,109	32	0,138	4	-0,018	32	0,047
5	0,429	33	0,199	5	0,221	33	0,417
6	0,251	34	0,323	6	-0,085	34	0,289
7	0,097	35	0,127	7	0,104	35	0,322
8	0,191	36	0,299	8	0,297	36	0,005
9	0,274	37	0,340	9	0,166	37	0,176
10	0,148	38	0,020	10	0,083	38	0,069
11	-0,148	39	-0,007	11	0,400	39	0,408
12	0,168	40	-0,118	12	0,152	40	0,218
13	0,315	41	0,306	13	0,284	41	0,483
14	0,240	42	0,076	14	0,231	42	0,344
15	0,121	43	0,068	15	0,277	43	0,131
16	0,208	44	0,342	16	0,290	44	0,253
17	0,241	45	0,331	17	0,115	45	0,281
18	-0,198	46	0,136	18	0,075	46	0,129
19	0,223	47	0,067	19	0,162	47	0,273
20	-0,088	48	0,047	20	0,209	48	0,358
21	0,295	49	0,155	21	0,440	49	0,139
22	0,138	50	0,270	22	0,023	50	0,315
23	0,371	51	0,193	23	0,152	51	0,323
24	0,002	52	-0,001	24	0,155	52	0,336
25	0,405	53	0,306	25	0,066	53	0,123
26	0,272	54	-0,062	26	0,390	54	0,148
27	0,161	55	0,069	27	0,325	55	0,306
28	0,173	56	0,186	28	0,017	56	0,167

Tabela 2 Distribuição das afirmativas, respondidas pelos portadores e familiares, dentro das categorias (conceito, família, enfermagem e assistência) e suas respectivas correlações com o escore médio.

Afirmativa	CONCEITOS	
	Portadores	Familiares
5	0,383	0,597
6	0,159	0,380
9	0,325	0,058
10	0,211	0,472
13	0,377	0,570
18	-0,02	- 0,282
28	0,212	0,270
31	0,019	0,196
34	0,457	0,504
36	0,179	0,425
39	0,321	0,188
41	0,448	0,350
46	0,112	0,324
47	0,157	- 0,019
48	0,393	0,045
52	0,279	0,012
53	0,227	0,448
56	0,224	0,283

Afirmativas	FAMÍLIA	
	Portadores	Familiares
3	0,333	0,213
4	0,165	0,169
8	0,469	0,483
11	0,487	0,278
15	0,21	0,346
19	0,282	0,354
21	0,558	0,318
24	0,376	0,142
26	0,513	0,305
30	0,269	0,316
40	0,299	0,375
42	0,368	0,091
55	0,341	0,397

Afirmativa	ASSISTÊNCIA	
	Portadores	Familiares
1	0,254	0,310
3	0,103	0,181
8	0,164	0,219
12	0,204	0,270
13	0,222	0,078
14	0,289	0,344
15	0,372	0,163
17	0,160	0,362
19	0,275	0,286
20	0,322	0,110
21	0,435	0,247
25	0,002	0,295
27	0,249	0,252
30	-0,026	0,263
32	0,092	0,179
33	0,491	0,310
35	0,373	0,171
37	0,088	0,226
38	0,161	0,125
39	0,473	-0,002
42	0,374	0,156
43	0,084	0,223
44	0,365	0,373
45	0,324	0,384
48	0,393	0,165
49	0,218	0,262
50	0,343	0,258
51	0,327	0,235
52	0,382	0,133
54	0,249	0,030

Afirmativas	ENFERMAGEM	
	Portadores	Familiares
2	0,363	0,631
7	0,154	0,099
16	0,322	0,173
22	0,216	0,423
23	0,37	0,467
29	0,348	0,202
39	0,41	0,145
55	0,344	0,170

Voltamos a analisar cada uma das questões, comparando os resultados obtidos nestas correlações, com o arcabouço teórico de base.

Uma nova leitura permitiu rever as sobreposições, ou seja, aquelas questões que poderiam ser enquadradas em mais de uma categoria. Algumas questões foram reformuladas para melhor compreensão, assim como outras foram eliminadas quando duas perguntas tinham o mesmo sentido, sendo eliminada aquela com baixa correlação com o escore médio. Outras afirmativas foram reagrupadas por dizerem coisas semelhantes, assim como foram realizadas as sínteses de questões extensas ou com falas dispensáveis.

Deste procedimento, resultaram 35 afirmativas distribuídas entre as categorias Conceitos (7), Família (9), Enfermagem (7) e Assistência (12), (Tabela 3).

Tabela 3 Distribuição das 35 afirmativas remanescentes da EMO entre as 4 categorias: conceito, família, enfermagem e assistência.

Afirmativa	CONCEITOS	
	Portador	Familiar
5	0,383	0,597
9	0,325	0,058
10	0,211	0,472
13	0,377	0,570
31	0,019	0,196
34	0,457	0,504
41	0,448	0,350

Afirmativa	FAMÍLIA	
	Portador	Familiar
3	0,333	0,213
8	0,469	0,483
11	0,487	0,278
19	0,282	0,354
21	0,558	0,318
26	0,513	0,305
30	0,269	0,316
40	0,299	0,375
42	0,368	0,091

Afirmativa	ASSISTÊNCIA	
	Portador	Familiar
14	0,289	0,344
17	0,160	0,362
25	0,002	0,295
27	0,249	0,252
33	0,491	0,310
35	0,373	0,171
37	0,088	0,226
44	0,365	0,373
45	0,324	0,384
48	0,393	0,165
50	0,343	0,258
51	0,327	0,235

Afirmativa	ENFERMAGEM	
	Portador	Familiar
2	0,363	0,631
16	0,322	0,173
22	0,216	0,423
23	0,370	0,467
29	0,348	0,202
39	0,41	0,145
55	0,344	0,170

A análise fatorial, realizada através da técnica de componentes principais (STATA), nada acrescentou às conclusões já encontradas e discutidas acima. Dessa forma o instrumento, foi então respondido por 10 juízes (enfermeiros psiquiátricos e pesquisadores desta área) que o analisaram criticamente e fizeram sugestões quanto ao conteúdo, a forma e a composição do instrumento, resultando na exclusão de 1 questão cujo teor se repetia desnecessariamente.

A EMO com 34 afirmativas foi numerada de forma seqüencial, ocupando os espaços das questões excluídas, respeitando-se a seqüência da EMO original, estabelecida por sorteio duplamente cego (Anexo 2).

As 34 questões foram então classificadas em 2 grupos (CONCEITOS E ASSISTÊNCIA) para fins da análise, objeto do presente estudo. A distribuição das 34 questões nos 2 grupos predominantemente referente a Conceitos (1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 8 - 10 - 12 - 13 - 15 - 20 - 22 - 24 - 26 - 27 - 29) e Assistência (7 - 9 - 11 - 14 - 16 - 17 - 18 - 19 - 21 - 23 - 25 - 28 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34) permitiram a continuidade deste estudo.

Novo estudo piloto foi realizado junto a 206 sujeitos cujas análises estatísticas permitiram realizar as últimas correções do instrumento. Todos os pacientes e familiares, em atendimento na instituição, por ocasião desta coleta de dados, responderam às questões, independentemente do seu diagnóstico, dentre os quais 102 eram referentes à dependência química (OSINAGA; FUREGATO; SANTOS, ^{*}) e os demais eram portadores de doença mental com seus familiares (104).

As comparações entre grupos de Portadores e Familiares e entre áreas (Conceitos e Assistência) foram realizadas através do escore médio por indivíduo, em cada área.

As provas estatísticas utilizadas foram realizadas com a probabilidade de ocorrência do erro de primeira espécie fixada em 5%.

* OSINAGA, V. L. M.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Conceptions of mental health and care according to mentally-ill patients and their relatives. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, 2003 (Em apreciação).

No Teste de Mann-Whitney para comparação de duas populações independentes (Portadores X Familiares) foi utilizada a aproximação normal para prova bi-caudal, segundo as indicações de Siegel (1975). No Teste de Wilcoxon, para a comparação de duas populações não independentes, a hipótese alternativa era a de que os escores relativos aos conceitos superavam os relativos à assistência.

Tabela 4 Resultados dos Testes de Mann-Whitney e Wilcoxon para os grupos de Portadores e Familiares para Conceitos e Assistência Psiquiátrica

Comparações	Teste	Valor observado	Resultado	Conclusão
Port x Fam – Conceito	Mann-Whitney	0,08	Não signif	Port = Fam
Port x Fam – Assistência	Mann-Whitney	0,11	Não signif	Port = Fam
Conc x Assist (Portadores)	Wilcoxon	4,88	Significante	Conc > Assist
Conc x Assist (Familiares)	Wilcoxon	7,12	Significante	Conc > Assist

Nota: valor crítico para os testes: 1,64

Observa-se na Tabela 4 que não houve diferença significativa entre Portadores e Familiares tanto em relação aos conceitos de saúde mental como em relação à assistência, no teste de Mann-Whitney.

Entretanto, comparando-se Conceitos e Assistência no Teste de Wilcoxon, verificou-se diferença significativa tanto para os Portadores como para os Familiares.

Com relação às médias dos escores dos portadores sobre Conceitos, o resultado foi 2,73 para os portadores e 2,71 para os familiares, o que configura uma diferença não significativa. Da mesma forma, a média dos escores dos Portadores sobre a Assistência (1,73) para os portadores, não difere muito do resultado das médias dos escores sobre a Assistência para os familiares (1,65) (Tabela 5).

Tabela 5 Médias dos escores dos portadores de doença mental e familiares com relação aos Conceitos e à Assistência em saúde mental

	Conceito	Assistência
Familiares	2,71	1,65
Portadores	2,73	1,73

Na análise por indivíduo, 10 dos 35 sujeitos apresentaram média variando acima de 3. Nos demais casos, a média dos Conceitos variou entre 2 e 3. Com relação à Assistência, houve um indivíduo com média acima de 3 e sete sujeitos com média entre 2 e 3 e os demais abaixo de 2. Com relação aos familiares, 18 tiveram média acima de 3 para Conceitos e nenhum acima de 3 para Assistência.

O desvio padrão 1,73 para os Portadores e 1,73 para os Familiares nas questões relativas ao Conceito, e 1,37 para os portadores e 1,29 para os familiares relativos à Assistência indicam que houve homogeneidade na distribuição dos escores dos sujeitos tanto para Conceito como para Assistência. Portanto, não houve questões que se sobressaíssem ou que se concentrassem em nenhum dos dois grupos (Tabela 6).

Tabela 6 Médias dos desvios padrão dos escores dos portadores de doença mental e familiares com relação aos conceitos e à assistência em saúde mental

	Conceito	Assistência
Familiares	1,73	1,29
Portadores	1,73	1,37

Segundo Almeida Filho (1999), o componente conceitual da validade de um instrumento, refere-se ao julgamento, por parte do investigador, sobre se o instrumento mede o que deveria medir. O que os investigadores consideram válido depende do contexto histórico e teorias vigentes em cada momento. A validade operacional envolve uma avaliação sistemática do instrumento, geralmente comparando-o com um critério estatístico.

B) LOCAL

Para a realização deste estudo, foram coletados dados em três serviços por onde passam os portadores de doença mental, assim como, seus familiares.

- 1 Unidade de Emergência (UE);
- 2 Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS);
- 3 Ambulatório Regional de Saúde Mental (ARSM).

1 Unidade de Emergência - UE

Inserida no Serviço de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP é uma unidade de referência no atendimento a indivíduos com história de transtorno psiquiátrico crônico e que se apresentam num momento de descompensação, assim como, sem história psiquiátrica progressiva, apresentando um quadro agudo.

Foi criado em 1975, sendo único serviço de emergências psiquiátricas no Diretório Regional de Ribeirão Preto (DIR-XVIII), cobrindo 23 municípios da região, com uma população estimada de 1.100.000 habitantes.

A Unidade de Emergência, fica aberta 24 horas por dia, todos os dias da semana. Tem seus atendimentos realizados diretamente por médicos residentes de psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, sob a supervisão de psiquiatras, assistentes e docentes cumprindo, ao mesmo tempo, a função de assistência à população e treinamento de profissionais na área de saúde mental.

Dispõe de seis leitos de observação por período de até 72 horas, os quais são ocupados cerca de 25% do tempo.

Esta Unidade de Emergência tem um fluxo mensal de atendimentos dentro da média de 180 casos.

O atendimento na Unidade de Emergência se propõe a ser rápido e ágil, buscando caracterizar aspectos diagnósticos, etiológicos e psicossociais do quadro apresentado pelo portador, viabilizando seu tratamento a curto prazo, e definindo o tipo de tratamento ao qual o portador será melhor manejado a médio e longo prazo. A partir dessa avaliação são efetuados os devidos encaminhamentos.

Autores como Del-Bem (1999) dizem que indivíduos com transtornos psiquiátricos graves, que atualmente vivem na comunidade, buscam com maior frequência atendimento nos serviços de emergência psiquiátrica.

2 Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS)

As propostas de reorientação da assistência em saúde mental do município de Ribeirão Preto caminham desde a década 1990, com a reforma da saúde. Os primeiros passos foram a abertura da Central Única de Regulação, em 1991, e a compilação de uma proposta de saúde mental em 1993, que apontou a necessidade de criação de novos serviços que deveriam caminhar no sentido contrário ao modelo hospitalocêntrico, asilar, hegemônico, cuidando para que práticas manicomialis psiquiatrizantes e alienantes não se perpetuassem sob uma nova fachada, mas que tivessem resolutividade e que garantissem a continuidade do tratamento.

Neste sentido, em 1995 foi aberto, sob a gestão do município, o primeiro serviço de saúde mental, abrangendo o Distrito Sanitário Central (que atende área de aproximadamente 120 mil habitantes, dividido em 45 bairros) integrado à rede de saúde, atendendo 5 unidades básicas de saúde, denominado Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS da Secretaria

Municipal de Saúde da Prefeitura de Ribeirão Preto. Posteriormente, no final de 2003 foi transformado em CAPS.

O fluxo mensal de atendimento neste serviço é em média de 430 atendimentos, no conjunto de todas as suas modalidades de assistência.

Esta unidade de saúde mental, regionalizada, oferece atendimento de cuidados intermediários entre o regime Ambulatorial e a internação hospitalar, com uma equipe multiprofissional. Propicia uma assistência que se estende não somente, ao controle da sintomatologia do indivíduo, mas que busca promover sua recuperação, reabilitação e reinserção social. Dessa forma, procura estabelecer um papel de resistência à psiquiatrização progressiva, evitando a cronificação institucional, e estimulando a participação do usuário nos espaços organizados autônomos da comunidade. Valoriza o envolvimento de familiares no processo de tratamento e colaboração na construção da autonomia do paciente, possibilitando que eles se mostrem socialmente úteis, embora respeitando os limites de cada um. Busca transformar progressivamente a relação da sociedade com o doente mental em termos de valores, superação de paradigmas, preconceitos e opiniões culturalmente estabelecidas.

O NAPS tem suas atividades desenvolvidas das 7:30 às 17:30 horas, de segunda à sexta feira. Constitui-se em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando-se sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atende, também, pacientes referenciados de outros serviços de saúde, do serviço de urgência psiquiátrica e/ou egressos de internação hospitalar. Está integrado a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental. A equipe é composta por 1 gerente administrativo, 5 médicos psiquiatras, 2 enfermeiros especialistas em saúde mental, 2 psicólogos, 2 assistentes sociais, 1 terapeuta ocupacional, 1 farmacêutico, 2 auxiliares de enfermagem, 1 agente administrativo, 1 atendente de recepção e 2 serviços de limpeza.

Os recursos assistenciais, compõem-se dos seguintes atendimentos: a) individuais: consultas com psiquiatras, avaliações, orientações, atendimentos eventuais e de intercorrências e psicoterapias; b) psicológicos: psicoterapia, avaliação psicológica, orientação ao paciente e ao familiar; c) sociais: atendimentos, avaliações e orientações sócio-familiar; d) farmacológicos: atendimentos e orientações medicamentosas; e) terapia ocupacional com atendimentos, avaliação e orientações específicas, atividades individuais para reinserção social; f) enfermagem com acolhimento, manutenção e observação do cuidado pessoal na vida diária, orientação ao auto cuidado, recepção do paciente, observação e anotação permanente, acompanhamento, efetivação e controle da prescrição medicamentosa, visita domiciliar, atendimento individual, atendimento grupal com grupos operativos, grupo de acolhimento e avaliação para psicoterapia; g) psicoterapia de grupo com grupo multifamiliar, grupo de terapia ocupacional, grupo de atividades expressivas e corporais (relaxamento, atividade física, tai-chi, musicoterapia), atendimento familiar, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades de reinserção social.

3 Ambulatório Regional de Saúde Mental (ARSM) - (Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura de Ribeirão Preto)

No atual momento da assistência em Saúde Mental no Brasil, nos deparamos com a implantação de novos modelos de atenção, que objetivam desenvolver uma prática diferenciada.

O Ambulatório Regional de Saúde Mental (ARSM) tem como eixo a atenção em saúde mental produzindo um novo projeto que se constitui numa instituição que não segrega e não exclui. Este desafio, acredita-se, é o da construção de algo que não é dado e que requer uma certa abertura no enfrentamento de incertezas e conflitos.

O Ambulatório Regional de Saúde Mental de Ribeirão Preto atende os municípios de Ribeirão Preto e atualmente alguns municípios pertencentes à DIR XVIII que ainda não organizaram seus próprios serviços.

Dentro da regionalização da saúde este Ambulatório é referência para a região Norte (86.074 habitantes), região Sul (81.541 habitantes) e região Leste (90.988 habitantes), abrangendo 51% da população do município.

Esta unidade tem a função principal de assistência a usuários portadores de transtornos psiquiátricos e seus familiares, incluindo análise, diagnóstico, tratamento, cuidado e reabilitação do seu transtorno mental e sua reinserção na comunidade.

O serviço começou a funcionar no ano de 1980. Atende todas as patologias, exceto os portadores de farmacodependência da cidade de Ribeirão Preto, das 7h às 18 horas, de segunda a sextas-feiras. Os casos de farmacodependência são atendidos em um serviço especializado para esta população em Ribeirão Preto – Núcleo de Apoio Psicossocial para Farmacodependência – (NAPS - F).

O fluxo médio de atendimentos nesta instituição em 2003, foi de 2.065 atendimentos mensais no total, sendo 1.066 atendimentos médicos.

A equipe interdisciplinar é composta por 6 psiquiatras, 4 psicólogos, 2 enfermeiros, 2 assistentes sociais, 1 terapeuta ocupacional, 1 farmacêutico, 2 auxiliares de enfermagem, 1 auxiliar de farmácia e 2 auxiliares de serviços gerais.

Além do atendimento médico e psicológico o serviço oferece grupo de acolhimento aos portadores e grupos com os familiares coordenados pela enfermeira e pela assistente social, atividades de Tai-chi-chuan realizadas pela enfermeira. Também são realizadas visitas domiciliares pela terapeuta ocupacional e pela assistente social, na busca do acompanhamento dos pacientes faltosos.

Ao se considerar a rede de assistência à saúde mental, conforme proposta pelo documento “Orientações para organização da atenção aos portadores de transtornos mentais nos Estados e Municípios”, de acordo com as diretrizes NOAS-SUS 01/2001 (Brasil, 2001c), com o objetivo de reorientar a assistência de saúde mental, ampliando a rede de atenção extra-hospitalar, observa-se que está recomendada a seguinte hierarquização de serviços: 1º - Atenção básica: articulação com o PSF (com previsão de um profissional de nível superior com treinamento em saúde mental para cada 25.000 – 60.000 habitantes); Atendimento de Saúde Mental em UBS, Centro de Saúde e Ambulatório Especializado. 2º - Média complexidade: CAPS simplificado (com abrangência populacional de 25.000 – 60.000 pessoas, constitui-se de unidade extra-hospitalar de responsabilidade do gestor local, responsável pelo atendimento e pela porta de entrada para leito psiquiátrico, funcionando 8 horas por dia; NAPS ou CAPS (unidade extra-hospitalar, para atendimento de, no mínimo 60.000 pessoas, prestando cuidados intensivos por meio de equipe multiprofissional em regime de um ou dois turnos; Oficinas Terapêuticas (funcionando em um ou dois turnos); Serviços Residenciais Terapêuticos (morádias na comunidade para egressos de internação psiquiátrica de longa permanência; Hospital-Dia (recurso intermediário entre a internação psiquiátrica e os serviços extra-hospitalares que têm por objetivo a substituição da internação psiquiátrica, funcionando em dois turnos. 3º - Leitos psiquiátricos: hospital geral; serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral (atendimento 24 horas, com previsão de 1 leito psiquiátrico para cada 200.000 habitantes); leitos psiquiátricos em hospital geral (1 leito psiquiátrico para cada 60.000 habitantes); e, o hospital psiquiátrico (OLIVEIRA, 2003).

C) PROCEDIMENTOS DA COLETA DOS DADOS

Foram convidados a participar da pesquisa todos os portadores de distúrbio mental, bem como seus acompanhantes que compareceram aos três locais de assistência já

mencionados, durante o ano de 2003 sendo 60 dias em cada um dos serviços, perfazendo um período de 6 meses.

Optamos por trabalhar com esta população por ser representativa do contingente de portadores de transtornos mentais, não internados em instituições de assistência, porém necessitando de atenção e/ou acompanhamento psiquiátrico.

Foram entrevistados 750 sujeitos, sendo 375 portadores e 375 acompanhantes.

As entrevistas com os pacientes e com os acompanhantes foram conduzidas individualmente em salas ou consultórios. A duração da aplicação de cada questionário, variou em torno de 50 minutos. A priori, esperava-se que fossem realizadas em apenas de 15 a 20 minutos, mas a necessidade de atenção, afeto e de ter alguém apenas para ouvi-los, eram muitas. Em muitas afirmativas, após responder ao questionário eles faziam comentários e correlacionavam com as suas vidas, sua doença, seu sofrimento. Portanto, como profissional, o pesquisador sentia a necessidade de mesmo tendo terminado a aplicação do questionário, dar atenção/apoio a estas pessoas.

Critérios de exclusão para os portadores: foram excluídos apenas aqueles que faziam uso de álcool ou algum tipo de droga.

Critérios para inclusão dos acompanhantes: ter mais de 15 anos de idade e não apresentar transtorno ou deficiência mental grave que impossibilitam sua comunicação.

Antes de iniciar a coleta dos dados, os três locais de pesquisa foram visitados pelo pesquisador que se identificou junto ao gerente ou responsável daqueles serviços. Foi solicitada a autorização para apresentação da proposta às equipes de profissionais dos respectivos locais. Esse contato preliminar à coleta de dados possibilitou uma reaproximação uma vez que, havia vínculos profissionais anteriores com estas instituições.

Esta aproximação foi muito importante também com relação aos pacientes e familiares, pelo fato de ser um profissional novo para muitos que ali freqüentavam.

Algumas entrevistas não puderam ser realizadas no primeiro momento, principalmente na unidade de emergência, tendo em vista que alguns estavam em surto psicótico. Foram realizadas após ter sido controlada a crise.

Outro fator interessante refere-se a situações raras de recusa de participação. Ocorreram especificamente em situações de estarem com pressa ou terem algum compromisso. Neste contingente, houve apenas 10 sujeitos e mesmo assim 8 agendaram outro dia para participar, por acharem muito importante a sua opinião sobre os serviços, pois alegam que somente assim poderá ocorrer mudanças em seus próprios benefícios.

Vale ainda ressaltar a não inclusão, na presente pesquisa, dos portadores de dependência química nos três locais pesquisados, por considerar que se trata de um problema mais social do que um problema mental e por ter características peculiares que não tinham interesse para este estudo. Estes sujeitos foram eliminados, a priori.

D) ASPECTOS ÉTICOS

O projeto da presente pesquisa foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, com parecer aprovado em 04 de fevereiro de 2002, de acordo com o Processo HCRP nº 7261/2001 (Anexo 3).

A pesquisadora apresentou-se a cada um dos participantes (portadores e familiares). Foi explicada detalhadamente a proposta, os objetivos e procedimentos da pesquisa. Foram esclarecidas as dúvidas que surgiram especialmente sobre sua liberdade de participação e sobre o sigilo de suas informações, conforme “Consentimento Informado” (Anexo 4) assinado formalmente por cada um dos sujeitos.

E) PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Os 750 questionários foram objeto da análise do perfil sócio-demográfico e clínico da população estudada.

A análise estatística dos resultados da opinião dos sujeitos sobre saúde e doença mental e a assistência psiquiátrica apresenta os escores referentes aos Conceitos comparados com os escores de Assistência, através dos coeficientes de correlação de Kendall (TAU). As provas de significância para as correlações, seguiram as indicações de (SIEGEL, 1975).

Foram investigadas as correlações entre Conceitos e Assistência, controlando algumas variáveis intervenientes. Estas correlações foram mensuradas para o total de pacientes, para os diferentes serviços e para grupos de diagnósticos tais como os locais onde foram coletados os dados (UE, NAPS e ARSM).

As análises qualitativas tiveram por base a frequência de respostas dos sujeitos à EMO. O conteúdo temático foi objeto de reflexão com suporte no referencial teórico do movimento da reforma psiquiátrica.

A caracterização do perfil sócio demográfico e clínico dos sujeitos (portadores e familiares) em cada uma das Instituições que oferece serviços em Saúde Mental tem por base os dados obtidos de 750 entrevistados que responderam ao questionário. Os dados foram submetidos à análise e os resultados estão explícitos em quadros, tabelas e gráficos acompanhados de reflexões.

A análise estatística teve por base os dados obtidos das respostas dos sujeitos à EMO – Escala de Medida de Opinião e os Questionários QCP e QCF (Anexos 1 e 2) que permitiram fazer as comparações entre as opiniões dos portadores e seus acompanhantes (familiares ou não), nas três instituições investigadas (UE, NAPS e ARSM). A análise descritiva e dos testes vem acompanhadas das reflexões com suporte na literatura.

A análise qualitativa da opinião dos sujeitos em relação a Conceitos e à Assistência em saúde mental teve por base as respostas emitidas em cada uma das afirmativas comparando-se os portadores e seus acompanhantes.

A PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Realizou-se um total de 750 entrevistas com portadores de doença mental e seus acompanhantes, em três instituições que prestam atendimento em psiquiatria na cidade de Ribeirão Preto sendo 250 na Unidade de Emergência (UE), 250 no Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e 250 no Ambulatório Regional de Saúde Mental (ARSM). Dentre os 250 entrevistados de cada local, 125 eram portadores e 125 familiares/acompanhantes.

a Unidade de Emergência UE: portadores

Dentre os portadores, 50 eram do sexo masculino (40%) e 75 do sexo feminino (60%), não havendo, portanto, grande diferença entre homens e mulheres que vão à procura de atendimento.

Houve maior concentração na faixa etária de 21 a 40 anos de idade (63 sujeitos). A idade mínima dos portadores, era de 15 anos e a máxima de 76 anos. Dos 15 aos 20 anos estão 14,4% e dos 20 aos 29 estão 25,6% dos casos. Este é um indicador da fase em que começam a se manifestar estas patologias, e também a fase quando o sujeito começa a assumir compromissos sociais como trabalho, constituição de família, estudo universitário (RABINOWITZ, 2002).

Neste sentido, vários estudos relatam uma associação entre o início da doença e a idade de início mais precoce com pior evolução. Como os homens têm um início mais precoce, este seria um dos fatores que explicariam a pior evolução neste sexo. No entanto, alguns estudos de prognósticos não conseguiram estabelecer a ligação de início precoce com pior prognóstico (PRUDO E BLUM, 1987; RABINOWITZ, 2002).

Primeiro, existem as dificuldades para diferenciar sintomas prodrômicos dos sintomas do episódio psicótico agudo, pois estes podem aparecer sem nenhum aviso ou após anos de deterioração pessoal. Segundo, alguns estudos, toma-se como referência à idade da

primeira internação psiquiátrica como a idade de início da doença, entretanto, muitos indivíduos podem já estar psicóticos por um longo período, sem assistência médica (BEISER et al., 1993).

Dos 125 portadores, 47% eram solteiros e 41% eram casados ou tinham algum tipo de união (amasiados, amigados), 4% eram viúvos e 8% estavam separados, (desquitados ou divorciados). Dessa forma, verifica-se que a maior parte da amostra era constituída por solteiros ou tendo algum tipo de união. Observa-se que 49% viviam sozinhos o que é freqüente entre pessoas que sofrem problemas mentais pelas dificuldades de assumirem este tipo de compromisso.

Quanto ao local de residência, 62% dos entrevistados residem em Ribeirão Preto, 34% pertencem à DIR-XVIII e 4% residem em outras cidades do Estado. Nota-se confluência de pessoas da própria região, diferente do que encontrou-se em estudo semelhante em Pelotas, onde 20% dos portadores eram de fora da região e alguns inclusive provenientes de países vizinhos (OSINAGA; FUREGATO, *^{*}).

A análise em conjunto desses três aspectos (sexo, estado civil e local de residência do sujeito) possibilita considerar que as mulheres (60%) são as que mais procuram atendimento nesta Unidade de Emergência. Através dos relatos destas portadoras, muitas citavam que a perda de um familiar muito querido como pai, mãe, filho ou marido ou ainda a perda do trabalho provocou uma angústia tão grande fato que as levou a este estado depressivo.

Entre os portadores do sexo masculino, observou-se o preconceito de gênero pois mesmo apresentando estes mesmos sintomas, referem que não poderiam se permitir este tipo de emoção pois sendo homens têm que ser fortes para “segurar o barco”. Mesmo com estes preconceitos, os sujeitos do sexo masculino compõem uma amostra significativa 40%.

* OSINAGA, V. L. M.; FUREGATO, A. R. F. Redução do número de questões de uma Escala. **Rev. Bras. Enfermagem**. 2002. (Em apreciação).

Entretanto, na hora da entrevista, a maioria referia que não vinha à procura do atendimento por livre vontade, sendo sempre obrigados e conduzidos por familiares ou por viatura policial.

Quanto à profissão, a maior concentração ficou na categoria “do lar” (24%), em ocupações manuais (14%) ou em serviços gerais (14%). Nunca trabalharam (13%) ou são aposentados (14%) e os demais distribuíram-se entre doméstica (8%), profissional de nível superior (2%) e comerciante (2%).

Os dados sobre o nível de escolaridade dos portadores evidenciam maior concentração de analfabetos até primário completo com 73% dos sujeitos. Os demais estão distribuídos no nível secundário (20%) e no superior (7%). Estes dados mostram certa diversidade na escolaridade porém com alta densidade de pessoas sem instrução ou com instrução mínima, o que coincide com o fato de nunca terem trabalhado ou de terem profissões que, em geral, não exigem escolaridade.

O total de sujeitos estava acompanhado mesmo porque nesta Unidade, exige-se a presença de um acompanhante durante todo o tempo. Além disso, um dos critérios para inclusão do sujeito na pesquisa era a presença de acompanhante para que se pudesse efetuar as comparações entre as informações dos 2 grupos de sujeitos (portadores e familiares).

Na categoria queixa, encontrou-se um percentual significativo (60,8%) de desinformação ou informação imprecisa, ou seja, 24% não sabem relatar sua queixa, 19,2% referem que estão em crise e 17,6% com nervoso/nervosíssimo. Os demais ficaram assim distribuídos: 12% estão sendo atendidos por tentativa de suicídio, 9,6% por depressão, 5,6% por pânico/ansiedade, 4,8% por alucinação/descontrole, 2,4% por conflitos familiares, 0,8% por outros motivos e 4% para consulta.

Na categoria diagnóstico (informado pelos portadores), novamente observa-se a desinformação, ou seja, 38% deles não sabem seu diagnóstico ou o nome da sua doença. Dentre os que sabiam seu diagnóstico (62%), verifica-se 26% com depressão e 8% com

esquizofrenia. Relataram também transtornos somáticos (6%) [englobando-se aqui todos os distúrbios orgânicos], transtorno bipolar (6%), transtorno de ansiedade (3%), surto psicótico (2%), intoxicação (1%), demência (1%), transtorno de personalidade (2%) e outros (7%). Referiam que este conhecimento era obtido através de informações dos profissionais médicos, enfermeiros, psicólogos ou assistentes sociais ou mesmo por leituras em livros e revistas, feitas à procura de maiores esclarecimentos sobre seus sintomas.

Foi verificado, no prontuário de cada portador, o diagnóstico emitido pelo médico. Os registros indicaram 24% com diagnóstico de depressão, 19% com esquizofrenia, 20% em surto psicótico, 11% transtorno de personalidade, 10% transtorno afetivo bipolar, 4% intoxicação e 4% demência.

Quanto ao diagnóstico do portador, informado pelos familiares, 33% relataram que não sabem informar o que seu familiar tem. Alegam que ninguém nunca falou o que eles têm realmente, apenas sabem que é problema de psiquiatria. Muitos disseram que nunca perguntaram para o profissional qual o diagnóstico e outros relatam que já perguntaram mas não foram esclarecidos pelos profissionais. Dentre os 63% que sabem informar, encontram-se 26% referindo depressão, 11% esquizofrenia, 10% transtornos somáticos, 8% transtorno bipolar e 8% surto psicótico.

Comparando as informações dos portadores, do seu familiar e o registro no prontuário médico, observa-se coincidência a respeito do diagnóstico depressão assim como de distúrbio bipolar, tendo havido maior número de referência a surto psicótico e esquizofrenia, registrado pelos médicos.

Chama a atenção o alto percentual de pessoas que adoeceram nos últimos 4 anos. Pelas informações dos sujeitos desta pesquisa, neste grupo havia muitos deles em primeiro surto ou com manifestação da doença bastante recente. Observa-se que 10,4% têm mais de 20 anos de convivência com a doença.

Em relação aos tratamentos realizados, a grande maioria 81% faz tratamento com drogas psicoativas sendo que 43% fazem uso do tratamento medicamentoso e psicoterápico e 38% somente medicamentoso. Fazem somente tratamento psicoterápico 5% dos portadores, 11% nunca fizeram uso de nenhuma forma de tratamento e 3% não sabem relatar. Essa concentração entre tratamento medicamentoso e medicamentoso/psicoterápico somado à aqueles que nunca trataram se explica pelo fato de ser um local de urgência onde a maioria deles chega em estado grave. Normalmente, verifica-se que são portadores que já faziam tratamento há algum tempo e por isso estão fazendo uso dos dois tipos de tratamentos. Por outro lado, há aqueles sujeitos que, por estarem vivenciando o primeiro surto nunca foram tratados antes ou não foram diagnosticados como portadores de patologia psiquiátrica. Muitas vezes, o portador foi atendido em unidades básicas de saúde onde não têm profissionais qualificados para detectar a gravidade da doença ou não foi diagnosticado adequadamente ainda prevalecendo preconceitos em relação à doença mental.

Os dados anteriores podem ser comparados com o número de internações relatados pois 39% dos sujeitos referem não ter tido nenhuma internação anterior e 48% dos sujeitos com 1 a 5 internações.

Com a reforma psiquiátrica, os profissionais da área da saúde estão cada dia mais inseridos nos avanços que prevêm não apenas o tratamento medicamentoso adequado e necessário mas o projeto terapêutico individual que inclui outras terapias psicossociais, atividades da vida diária, a convivência e participação familiar e a valorização da rede social do indivíduo portador de doença mental. Os serviços estão sendo reorganizados e os profissionais especializados acreditando na melhora da assistência com cuidado ético e respeitoso ao portador de doença mental, visando sua melhora. Estas pessoas não afastadas ou ressocializadas, convivem em seu meio, tendo o direito e o respeito que a eles eram negados.

Em outros atendimentos sem internação encontram-se sujeitos que tiveram alguma assistência ou consultas.

Com relação à expectativa sobre sua doença 38% dos sujeitos esperam ser curados, 39% esperam ficar bons, 38% querem melhora, 13% esperam ajuda e 10% não sabem opinar.

Para Sánchez (1999), atualmente e graças a investigações científicas no campo da psiquiatria dispomos de terapêuticas que podem aliviar muitos dos sintomas da doença mental. Entretanto, nenhum tratamento cura definitivamente. A descoberta de melhores terapêuticas depende em grande parte de conhecer com detalhes os mecanismos refinados que intervem na etiologia destas doenças.

Seguindo os preceitos do modelo médico, as propostas terapêuticas para os transtornos mentais buscam a cura para a enfermidade.

Sabe-se que a “cura” ou “incurabilidade” de uma enfermidade mental depende do tipo de transtorno, do tipo de tratamento, depende do tipo de profissional que presta atendimento, da rapidez com que se pede ajuda, do enfoque do tratamento e das variáveis pessoais, familiares, institucionais, sociais que determinam a evolução da cura ou da cronicidade (AMELING, 2000; LAING, 2002)

b Unidade de Emergência: acompanhantes

Realizou-se a pesquisa com os acompanhantes concomitantemente aquela realizada com os portadores. Primeiramente entrevistava-se o portador e a seguir o familiar. Com raras exceções, quando o portador estava em consulta foi entrevistado primeiro o familiar que estava aguardando. No setor de internação da Unidade de Emergência, o pesquisador se apresentava ao portador e seu familiar esclarecendo o que seria feito e, a seguir, realizava-se a entrevista.

Na Unidade de Emergência, como nos outros 2 serviços, aplicou-se o instrumento de pesquisa a 125 pessoas que acompanhavam os 125 portadores de doença mental em atendimento neste serviço. Dos 125 acompanhantes entrevistados, 63% eram do sexo feminino e 37% do sexo masculino. Há um certo equilíbrio de sexo dos portadores entrevistados assim como de seus familiares. Entretanto, o fato de haver 63% de mulheres que acompanham o doente em atendimento, reforça outros dados da literatura que indicam a presença de número de mulheres cuidadoras, em diferentes patologias (ANDRADE, 1996; VEGA et al, 2002).

A Idade desses familiares ficou distribuída na faixa dos 21 aos 90 anos de idade, estando o pico de concentração na faixa etária dos 41 aos 50 anos (27%) sendo que os demais estão assim distribuídos: dos 21 aos 30 anos (21%), dos 31 aos 40 anos (20%), dos 51 a 60 anos (17%), dos 61 a 70 anos (6%), dos 71 a 80 anos (2%) e de 81 a 90 anos (1%).

Mais da metade dos acompanhantes (59%) tinha algum tipo de união (casados, amasiados, amigados), 26% eram solteiros, 11% viúvos e 6% separados/desquitados/divorciados. Estes acompanhantes, na sua maioria (96%), eram familiares (mães, esposas, irmãos, filhos e outros parentes), estando 50% deles entre mães e esposas.

Residem em Ribeirão Preto (62%) ou nas cidades vizinhas que fazem parte da DIR-XVIII (34%), apenas 3% moram em outras cidades do Estado e 1% fora do Estado. Vale destacar que este único caso de fora do Estado se refere a um familiar que estava à passeio e seu parente/doente entrou em surto, após um conflito familiar. A maioria dos acompanhantes (77%) reside com o portador.

Na categoria profissão, a grande maioria desses familiares referia atividades simples como “do lar” (29%), serviços gerais (19%), ocupações manuais (17%), e doméstica (4%). Havia também 6% de aposentados, 2% que nunca trabalhou, 6% de comerciantes, 5%

profissionais de nível superior (professores, advogados, arquitetos) e na categoria outros havia 12%.

O motivo da procura pelo atendimento relatado pelo acompanhante, indicava que o portador estava em crise (32%), apresentava nervoso ou agressão (21%), tristeza ou depressão (12%) e tentativa de suicídio (6%). Não souberam informar (9%), estavam em visita (6%) ou para consulta (2%), com conflitos familiares (1%) e com problemas na cabeça (7%); na qualidade “outros” (5%) fora referidos pressão alta, dor nas pernas, cabeça cansada, gente doída, foco na cabeça, bichos na cabeça.

Verifica-se que a maioria dos entrevistados nega qualquer caracterização de “louco” ao parente em tratamento, dizendo que este tem um problema menos grave, designa em geral situações mais compreensíveis e aceitáveis, assimiladas como passíveis de ocorrer a qualquer pessoa.

Os acompanhantes, informaram que dos seus familiares em atendimentos 64 (51,2%) estavam em primeiro surto. Esta informação representa uma diferença em relação ao informado pelo próprio portador cuja informação fica em 66,4%. Para os familiares, o tempo de início da doença está mais distante do que o informado pelo sujeito e em quase todos os períodos de tal forma que com mais de 10 anos de doença eles referiram 35,2% e os sujeitos informaram 20,8%.

Sabe-se que esta informação pode ser bastante imprecisa tanto pelo aspecto da distância do fato, como pela própria negação da doença e do sofrimento. Além disso, sabe-se que há um período bastante variável entre o aparecimento dos primeiros sintomas e o reconhecimento de que estas manifestações sejam parte da doença.

Segundo informação dos familiares, 55% dos tratamentos realizados pelo portador era medicamentoso/psicoterápico, 41% somente medicamentoso, 3% somente psicoterápico, 7% refere que nunca tratou antes e 5% não sabe informar.

Segundo informações do familiar 36% não tiveram nenhuma internação, 49% tiveram de 1 a 5 internações, 7% de 5 a 10, 6% de 11 a 20 internações e 2% mais de 20 internações.

Quanto à expectativa sobre o futuro da doença, também entre os familiares o pico ficou com 61% no desejo de melhora para seu parente/doente, 18% querem a cura, 17% esperam ajuda para o portador e 4% não informam qual a sua expectativa.

c Núcleo de Atenção psicossocial – NAPS: portadores

Dentre os 250 entrevistados nesta instituição, 125 eram portadores e 125 acompanhantes.

Dentre os portadores, 46 eram do sexo masculino e 79 eram do sexo feminino. Neste tipo de assistência, quem mais vai à procura de ajuda são as mulheres com um percentual significativo (63%). Mesmo aquelas mulheres que trabalham referem que procuram não faltar nas consultas e retornos.

A idade desses portadores variou de 17 a 90 anos distribuídos nas faixas dos 10 aos 19 anos com 2,4%, dos 20 aos 29 com 24%, dos 30 aos 39 anos houve uma queda para 9,6% chegando novamente aos 24,8% entre 40 a 49 anos. Os demais ficaram assim distribuídos: 18,4% dos 50 aos 59, 9,6% dos 60 a 69 e 11,2% com mais de 70 anos.

O estado civil desses portadores indica que 45% eram solteiros, 35% com algum tipo de união, 12% desquitados/separados ou divorciados e 8% viúvos.

Quanto ao local onde vivem observa-se que 91% residem em Ribeirão Preto, 7% pertencem à DIR-XVIII e 1% reside em outra cidade. Houve 1 caso de fora do Estado, cujo sujeito alegou que estava em processo de mudança para o município de Ribeirão Preto.

Referente à profissão desses sujeitos, verifica-se que muitos deles (28%) trabalham em sua casa ou em atividades domésticas (2%), tal como foi constatado também na Unidade de Emergência. Além disso, 18% estão na categoria de serviços gerais e 9% em ocupações

manuais. Observa-se também que 4% eram profissionais de nível superior, 2% comerciantes, 15% nunca trabalharam, 12% eram aposentados e 12% estavam na categoria outros (estudante, professor, sem ofício).

Metade dos sujeitos tinha 1º grau incompleto além de haver 9% analfabetos e 6% com apenas 1º grau completo perfazendo 65% com baixo nível de escolaridade. Além disso, observa-se 4% com secundário incompleto, 19% com secundário completo, 5% com superior incompleto e 7% superior completo.

Em relação à queixa relatada por eles, a maioria (68,8%) referia que estava no local para consulta e retorno médico. Dos 8% classificados como outros, um apenas relatou que estava passando na rua e sentiu vontade de falar com a médica, um que está muito bem, outro que veio ao serviço para pegar receita ou medicamento na farmácia, para participar dos grupos terapêuticos; 4,8% não sabem definir a sua queixa. Apenas 20% deles relatavam problemas psiquiátricos como crise psicótica (4,8%), depressão (4,8%), nervoso/nervosismo (4%), alucinação/descontrole (1,6%), pânico/ansiedade (1,6%), conflitos familiares (0,8%) e tentativa de suicídio (0,8%).

No diagnóstico informado pelo portador destaca-se que 22% não sabiam informar qual a sua doença e 15% ficaram na categoria “outros” (problemas na cabeça, louco, doido, maluquice e desnorteado). Dos 63% que sabiam seu diagnóstico 24% relataram depressão, 10% esquizofrenia, 10% transtorno de ansiedade, 6% transtorno afetivo bipolar, 6% transtorno somático, 3% demência, 2% transtorno de personalidade e 2% surto psicótico.

Do diagnóstico médico, registrado na pasta de cada sujeito, encontrou-se 26% com depressão, 25% com esquizofrenia, 12% com transtorno de ansiedade, 10% com demência, 11% com transtorno de personalidade, 11% com transtorno bipolar, 3% com transtornos somáticos e 1% com surto psicótico. Observa-se que a maioria das depressões ocorreram entre as mulheres na faixa dos 20 aos 29 anos e a maioria das esquizofrenias entre os homens.

O início da doença relatado pelos sujeitos ficou assim distribuído: 47,2% de 0 a 4 anos, 14,4% de 5 a 9, 18,4% dos 10 aos 19, 11,2% dos 20 aos 29 e 8,8% com mais de 30 anos de doença.

Na categoria tratamentos observa-se que a maioria (61%) faz uso de dois tipos de tratamentos (medicamentoso e psicoterápico), porque no NAPS são oferecidas as 2 modalidades terapêuticas. Verifica-se que 33% referiu que faz somente tratamento medicamentoso; 3% refere que nunca fez nenhum tipo de tratamento, por que estavam neste serviço para suas primeiras consultas.

Quanto ao número de internações, 54% refere que nunca esteve internado, 39% teve de 1 a 5 internações, 3% de 5 a 10 internações, 2% de 11 a 20 e 29% teve mais de 20 internações.

Nos outros atendimentos relatados tais como em pronto socorro, unidades básicas de saúde, consultórios ou Ambulatórios sem internação, constatamos 37% com mais de 20 atendimentos.

Quanto às expectativas futuras a melhora foi o fator mais importante (38%), seguido pela cura (33%); 21% esperavam ajuda dos profissionais e 8% não souberam opinar.

d Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS: acompanhantes

Estas pessoas vinham ao serviço para acompanhar o portador que participava do programa de semi-internação, para pegar receita, para participarem do grupo de família ou do grupo de apoio ao familiar.

Nos dados registrados nas 125 entrevistas encontrou-se 67% do sexo feminino e 33% do sexo masculino. A idade desses acompanhantes com maior percentual (25,6%) está entre 40 e 49 anos e entre 50 a 59 anos (20%). Chama a atenção que 25,6% desses familiares estão com idade acima de 60 anos. Os demais estão distribuídos entre 15 a 19 anos (5,6%), de 20 a 29 (7,2%), de 30 a 39 (15,2%).

No estado civil, referido pelos acompanhantes, encontram-se 59% com algum tipo de união, 22% solteiros, 12% separados/desquitados ou divorciados e 7% viúvos. Residem 91% em Ribeirão Preto, 7% na região da DIR-XVIII e 2% moram fora do Estado.

A profissão dessas pessoas também se concentra em atividades simples tendo apenas 6% entre profissionais de nível superior e 2% comerciantes. Dentre os 92% ou são aposentados (18%) ou estão assim distribuídos: 32% exerciam atividades do lar, 17% serviços gerais, 8% ocupações manuais, 2% doméstica. Havia 15% na categoria “outros” (desempregado, estudante, professor) e 2% nunca trabalharam.

O grau de parentesco de 91% dos acompanhantes dos doentes mentais em atendimento no NAPS era: 25% esposos, 19% mãe, 16% filhos, 15% irmãos e 10% outros parentes (primo, tio, sobrinha). Apenas 9% não tinham parentesco (patrão, vizinho, namorada). Residem com o portador 75% desses sujeitos.

O que motivou sua vinda à este serviço foi de acompanhar o doente na consulta (47%) e 39% veio para pegar medicamento na farmácia, receita, para visita ou grupo terapêutico, para participar da pesquisa ou acompanhar o seu familiar em semi-internação; 8% não sabem informar. Vieram acompanhar especificando sintomas do portador 4% por nervoso ou agressividade, 2% com tristeza ou depressão, 2% com problema na cabeça, 2% em crise e 2% por tentativa de suicídio.

No diagnóstico informado pelos acompanhantes verificam-se 22% com depressão, 16% com esquizofrenia, 8% com transtorno afetivo bipolar, 6% com transtorno de ansiedade, 6% demência, 5% transtornos somáticos, 3% transtornos de personalidade e 2% em surto psicótico.

O início da doença, situa-se nos últimos 4 anos, segundo 40,8% dos acompanhantes. Os demais estão assim distribuídos: 15,2% de 5 a 9, 16,8% de 10 a 19, 13,6% de 20 a 29 e

13,6% há mais de 30 anos. Esses dados diferem muito pouco da informação fornecida pelo próprio portador.

No que se refere aos tratamentos 63% refere-se a terapia medicamentosa ou psicoterápica, 31% apenas medicamentosa, 2% somente psicoterápica; 3% refere que o portador nunca tratou antes e 1% não soube informar.

O número de internações informado pelos familiares, se concentra em 51% sem nenhuma internação, além de 39% de 1 a 5, 6% de 5 a 10, 2% de 11 a 20 e com mais de 20 internações 2%, dados quase idênticos aos informados pelo portador.

Quanto à expectativa futura, 49% esperam que seu familiar possa ter alguma melhora nos tratamentos e na vida, 25% esperam a cura, 24% esperam ajuda e 2% não informaram.

e Ambulatório Regional de Saúde Mental: portadores

Também neste local foram entrevistados 125 portadores de transtornos mentais que procuram ajuda/assistência, sendo em sua maioria (66%) do sexo feminino.

Na categoria idade, a maior concentração ficou entre 30 e 39 anos (24%), seguido de 19,2% entre 21 e 30, 18% de 40 a 49, 18,4% de 50 a 59 anos, 9,6% de 60 a 69 e 7,2% com mais de 70 anos. A idade mínima foi 15 anos com apenas 1 portador e a idade máxima foi de 81 anos com 2 portadores.

No estado civil encontrou-se 44% de solteiros e 35% com algum tipo de união, 13% separados/desquitados/divorciados e 8% viúvos.

Residem em Ribeirão Preto 91% dos portadores de transtornos mentais e os outros 9% pertencem a DIR-XVIII.

A profissão informada ficou concentrada em atividades simples como do lar (36%), serviços gerais (20%), ocupações manuais 5%, domésticas 2%, e 9% na categoria outros

(estudantes, professora, desempregado). Havia também 8% de aposentados e 18% que nunca trabalhou.

A escolaridade com maior índice foi primário incompleto (66%); os demais eram analfabetos (13%) ou tinham secundário completo (12%) ou incompleto (4%), primário completo (2%), superior completo (2%) e incompleto (1%).

Quanto à queixa, a maioria (70,4%) relatou que veio para consultar ou para retorno médico; 14% encontra-se na categoria outros, tais como falar com a médica, pegar receita, participar de oficina terapêutica; 4,8% queixavam-se de estar em crise, 2,4% em depressão, 0,8% nervoso/alucinação/descontrole, 1,6% pânico/ansiedade e 4% não sabiam informar.

Quanto ao diagnóstico informado pelos portadores 34% deles referiram estar em depressão, 11% com esquizofrenia e 19% outros; 32% não soube informar.

O diagnóstico médico, registrado no prontuário do paciente, considera que 40% tem esquizofrenia, 28,8% depressão, 8,8% transtorno de personalidade, 7,2% transtorno afetivo bipolar, 6,4% demência, 3,2% transtorno de ansiedade, 3,2% surto psicótico e 1,6% transtorno somático.

A informação sobre o início da doença mostra que mais da metade adoeceu nos últimos anos, ou seja, (54%) de 0 a 4 anos. Os demais estão 17% entre de 5 e 9, 24% entre 10 e 19 e 19,2% com mais de 20 anos convivendo com a doença mental.

Dos tratamentos realizados 76% fez somente o medicamentoso, 28% medicamentoso e psicoterápico e 1% somente psicoterápico.

Sobre o número de internações 40% nunca internaram, 46% tiveram de uma a 5 internações, 6% de 5 a 10, 4% de 11 a 20 e 4% mais de 20. No que se refere ao atendimento sem internação, observa-se que 40% teve mais de 20 atendimentos.

A expectativa futura do portador de transtorno mental que frequenta o Ambulatório, mostra que 68% querem melhorar, 22% acreditam na cura, 8% esperam ajuda e 2% não informaram.

f Ambulatório Regional de Saúde Mental: acompanhantes

Dos 125 acompanhantes que participaram da presente pesquisa, 32% eram do sexo masculino e 68% do sexo feminino.

A faixa etária desses acompanhantes ficou concentrada entre 30 e 59 anos de idade, com 57,6%. Dos 30 aos 39 anos e dos 50 aos 59 havia 20% em cada. As outras ficaram dos 10 aos 20 com 7,2%, dos 20 aos 29 com 13,6%, dos 40 aos 49 com 16,8%, dos 60 aos 69 com 14% e com mais de 70 havia 7,4%. Dos 9 com mais de 70 anos, 8 eram mulheres.

Quanto ao estado civil, 58% tinham algum tipo de união, 28% eram solteiros, 8% viúvos e 6% separados/ divorciados/ desquitados.

Estas famílias moram em Ribeirão Preto (89%) ou fazem parte da DIR-XVIII (10%). Havia somente um acompanhante de fora do Estado.

No item profissão encontra-se também a maioria exercendo atividades simples, sem exigência de escolaridade, 36% eram do lar e 27% trabalham em serviços gerais e 8% em ocupações manuais ou domésticas (5%); 12% estavam na categoria outros (estudante, desempregado, pecuarista). Havia 2% de profissionais de nível superior e 9% aposentados.

O grau de parentesco referido foi de esposas (26%), filhos (25%) e mães (25%), irmãos (12%) e pais 4%. Havia outros parentes (6%); apenas 2% não tinham parentesco com o doente do qual era acompanhante apenas. Residem com o portador, 79% dessas pessoas.

Procuraram pelo atendimento para fins de consulta ou retorno médico já agendado 72%; 11% não sabem informar e 6% referem que vieram só acompanhar e não sabem nada a

respeito do caso. Chama a atenção que esses 18 acompanhantes são alheios e pouco podem contribuir com o tratamento do portador.

No diagnóstico do portador, informado pelo acompanhante, 30% refere depressão, 21% esquizofrenia, 5% transtorno afetivo bipolar e 40% não sabem e 4% referem outros motivos.

Quanto aos tratamentos, 73% referem somente medicamentoso, 23% os dois, 2% psicoterápico e 1% nunca tratou. Nunca foram internados (40%), ou tiveram até 5 internações (43%), de 5 a 10 (8%), de 11 a 20 (4%) e mais de 20 (5%).

Outros tipos de atendimento sem necessidade de internação, encontram-se com mais de 20 atendimentos (46%), de 11 a 20 (30%), de 5 a 10 (10%) e 14% sem nenhum atendimento. Apesar do Ambulatório ser um serviço alternativo à internação, observa-se alto índice de medicalização e pouco uso de outros recursos.

A expectativa dos 125 acompanhantes concentrou-se na melhora em 63% sendo que 19% esperava ajuda das equipes que lhes dão assistência; 16% espera a cura e 2% não se posicionaram.

g Comparações do perfil sociodemográfico e clínico dos portadores e seus acompanhantes nos três serviços investigados

O fator sexo dos portadores de transtorno mental que freqüentam os três serviços investigados (UE, NAPS, ARSM) mostra maior concentração de mulheres com índice de 60%, 63% e 66% respectivamente. Entre os acompanhantes evidencia-se a mesma tendência, ou seja, há mais mulheres no papel de cuidadoras com 63%, 67% e 68%.

Comparando-se a idade do portador nos três serviços, observa-se a população mais jovem na Unidade de Emergência com 13,6% abaixo de 19 anos e 40% até 29 anos de idade. No Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS, a concentração maior está na faixa dos 40 aos 59

anos com 43,2% dos freqüentadores no período em que se realizou esta pesquisa. No Ambulatório, a maior concentração fica na faixa dos 30 aos 59 anos com 55%.

Este resultado é compreensível visto que a Unidade de Emergência acaba sendo a “porta de entrada” para muitos casos psiquiátricos. O período de apresentação dos primeiros surtos e de reconhecimento, pelo portador e sua família, de que se trata de doença mental aquele conjunto de atitudes e comportamentos que estão perturbando a pessoa e seu grupo próximo, pode ser longo e acompanhado de muito sofrimento. Muitas vezes, essas pessoas acabam chamando a polícia ou ajuda religiosa antes de ter ido procurar um profissional da área psiquiátrica.

Em alguns momentos da vida de quase todos os seres humanos, apresentam-se uma série de eventos que podem levar a estados de crise emocional, os quais, podem resultar em risco de graves problemas psicológicos se não for encaminhado adequadamente.

Addington et al (2003) analisaram a extensão e a correlação de tristeza e o impacto sobre os cuidados das famílias de pacientes com primeiro episódio psicótico, que vivenciaram quando da primeira vinda para o tratamento. Constataram que, de fato, familiares destes pacientes experimentaram tristezas e dificuldades. Na avaliação dos familiares o impacto e a doença foram associados com seu bem estar psicológico. Estes pesquisadores colocam uma questão extremamente pertinente, ou seja, o que é um primeiro episódio ou crise em saúde mental?

Em nossas reflexões e dúvidas questionávamos se uma crise de saúde mental pode ser o começo de uma doença mental? Sabe-se que uma crise ocorre quando os sintomas da enfermidade mental são tão severos que o indivíduo seja incapaz de efetuar ações básicas de auto-cuidado (comer, banhar-se ou vestir-se) ou está assustado, ou violento. Nestes sintomas podem estar incluídas falas sobre suicídio ou planos para suicidar-se, consumo de álcool e

drogas, mudanças dramáticas de humor, isolamento total, comportamento estranho, ira incontrolável e alucinações.

Para Goodwin et al (2001), as psicoses referem-se a aqueles transtornos da mente caracterizados por algum tipo de perda de contacto com a realidade. Quando uma pessoa sofre deste tipo de transtorno se diz que teve um “episódio psicótico”.

As psicoses afetam principalmente os jovens adultos. Aproximadamente 3 de cada 100 jovens poderão sofrer de um episódio psicótico. A maioria consegue uma plena recuperação do transtorno. As psicoses podem afetar a qualquer pessoa e, como toda enfermidade, são susceptíveis de tratamento.

Observamos na prática, corroboradas pela literatura, que as psicoses podem provocar mudanças no estado de ânimo e na forma de pensar das pessoas afetadas. Os pensamentos mais comuns se tornam confusos ou deixam de manter uma relação adequada entre si. A expressão oral se torna difícil de entender ou não tem sentido. Em alguns casos, a pessoa não consegue concentrar-se ou seguir o elo da conversação. A pessoa pode apresentar alucinações nas quais vê, ouve, sente, cheira ou percebe com o sentido gustativo as coisas que na realidade não estão presentes.

São frequentes as mudanças bruscas no estado de ânimo e a pessoa sente-se extremamente excitada ou deprimida. Os sintomas variam de uma pessoa a outra. Segundo Goodwin et al (2001), as pessoas se recuperam de um primeiro episódio de psicose e muitos dos casos nunca voltam a sofrer outro episódio.

Esses comportamentos assustam e desestabilizam as relações familiares e demais pessoas que, por falta de preparo e informações, muitas vezes revidam a agressão, ameaçam, exigem mudanças de comportamentos que o sujeito é incapaz de realizar. Mesmo entre famílias acolhedoras, amorosas, equilibradas e esclarecidas esta fase é difícil e repleta de percalços.

A Unidade de Emergência é local para onde confluem a maioria desses casos que envolvem algum tipo de agressão, de descontrole e de estranheza.

Os acompanhantes na Unidade de Emergência tiveram maior concentração na faixa dos 30 aos 49 anos com 49,6%; no Núcleo de Atenção Psicossocial, esta concentração ficou na faixa dos 40 aos 59 anos (45,6%) e no Ambulatório a distribuição ficou maior entre aos 30 e 59 anos, com 57,6%. Chamou a atenção que no Núcleo de Atenção Psicossocial, havia 11,2% de acompanhantes com mais de 70 anos de idade, predominantemente do sexo feminino. No Ambulatório, houve 21,6% de acompanhantes com mais de 60 anos tendo 6,4% de homens nessa condição.

Segundo Addington (2003), várias escalas foram designadas para avaliar a responsabilidade dos membros da família de indivíduos com doença mental. Foi sugerido que o termo responsabilidade tem efeito negativo sem nenhuma correlação positiva em relação aos cuidados tomados pelos membros da família do doente. O termo mais apropriado a partir de toda experiência vivenciada com pessoas que cuidam de doentes mentais foi de “cuidador”. Entretanto, como pudemos constatar, nem sempre o responsável pelo indivíduo doente é o cuidador.

Observa-se na literatura a importância do papel do cuidador entre doenças psiquiátricas e não psiquiátricas.

Em um estudo com pacientes e cuidadores que sofrem de patologias graves foi aplicada uma escala de ansiedade e depressão e perceberam que tanto no grupo de pacientes como no grupo de cuidadores, eles relatam que não têm dúvidas que estão identificando 2 tipos de populações diferentes (VEGA et al, 2002). Com isso eles obtiveram que a correlação entre as pontuações das respostas dos pacientes e cuidadores também mantém a idéia clínica de que a doença não é somente um processo individual. Assim, quando o paciente apresenta sintomas profundos de ansiedade ou depressão, existe alta probabilidade do cuidador também

sofrer. Portanto, reforça a idéia da necessidade de um exame psiquiátrico mais profundo, para poder aplicar intervenções terapêuticas, mais adequadas, nesta população.

No que se refere ao trabalho da enfermeira psiquiátrica, ela deve estar ciente do mundo mais amplo em que o portador vive. Para Stuart; Larraia (2202), a enfermeira deve imaginar que a percepção de saúde e doença do portador, o comportamento de busca de ajuda e a adesão ao tratamento depende das crenças, das normas sociais e dos valores culturais do indivíduo e de seu grupo familiar.

Para o estado civil, o resultado foi bastante condizente com a realidade da situação, ou seja, a quantidade de solteiros entre os portadores está próxima da metade (47%, 45% e 44% nas três unidades - UE, NAPS e Ambulatório). Entre os acompanhantes, o índice de pessoas com algum tipo de união está acima da metade (57%, 59% e 58%, respectivamente nos três serviços).

Este dado é coerente com o tipo de população estudada sendo que entre os portadores mais jovens, muitos estavam em primeiro episódio da doença, não tendo tido oportunidade de estabelecer algum tipo de união conjugal.

Além disso, muitos dos que se declararam com algum tipo de união, referiram que estavam juntos, mostrando certa inconsistência nos seus relacionamentos, o que também é de se esperar entre pessoas com comportamento instável ou confusos. Entre os acompanhantes, as relações mais estáveis condizem com sua situação civil.

Nesta mesma linha de raciocínio está a informação sobre escolaridade da população estudada. A grande maioria está concentrada em portadores de doença mental com baixo nível de escolaridade, ou seja, analfabetos na faixa dos 10%, somados aqueles com apenas o curso primário, ou seja, 73%, 65% e 71%, respectivamente, na UE, NAPS e ARSM.

O índice de analfabetismo ou instrução primária é condizente com a quantidade de pessoas sem profissão ou com profissões que não exigem conhecimento técnico ou científico.

Entre os portadores, o índice de pessoas sem profissão variou de 13%, 15% e 18%, respectivamente nos três serviços (UE, NAPS e ARSM). Entre as profissões mais simples estão o trabalho doméstico (remunerado ou não), os serviços gerais e as ocupações manuais. Se englobarmos ainda as outras ocupações não definidas que foram relatadas, encontramos 77%, 69% e 72% dos portadores nesta categoria de atividade. Além disso, há entre 6 e 12% desses indivíduos aposentados.

Esta população, com baixo índice de escolaridade, sem profissão ou com profissões sem qualificação acrescentando-se o fator doença mental se constitui num grupo que pouco contribui em termos econômicos, por um lado, e por outro, são consumidores de medicamentos e serviços de saúde de alto custo.

Vale ressaltar que o fato de serem doentes ou por se tratarem com medicamentos psicoativos não é impeditivo mas dificulta sua permanência na escola, no trabalho, sua constituição de núcleos familiares e de participação em outras atividades sociais como os demais indivíduos.

Os acompanhantes que participaram deste estudo não diferem muito na questão da profissão que exercem em relação aos portadores, ficando a maior concentração nas profissões sem qualificação (80%, 61% e 77% respectivamente). Destacam-se algumas pessoas com profissões de nível superior, 5% na Unidade de Emergência e 6% no Núcleo de Atenção Psicossocial.

O grau de parentesco dos acompanhantes é ocupado principalmente por esposas e mães, seguido de irmãos, pais e outros parentes ficando no total com 96%, 91% e 98% de familiares entre os acompanhantes da Unidade de Emergência (UE), Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e do Ambulatório Regional de Saúde Mental (ARSM).

Este dado verificado nesta pesquisa, mostra presença de mulheres, mães, esposas e filhas mais constantemente como cuidadoras; os familiares homens foram, na sua maioria, os

pais. As mulheres, mesmo tendo maior carga de responsabilidades (trabalho, casa, filhos) foram as mais participantes neste processo de cuidadoras.

Chama a atenção o índice ligeiramente mais baixo no NAPS que se trata de um serviço onde o portador comparece com maior frequência, diferentemente da UE que pela característica do fator incidental e agudo, a participação familiar é mais contingente; no Ambulatório, por ser programado o acompanhamento periódico talvez explique a maior participação do familiar.

Dentre as características clínicas procurou-se saber do portador e de seu acompanhante qual seria a queixa ou outro fator que motivou a procura pelo serviço. Os dados estão reunidos no Gráfico 1.

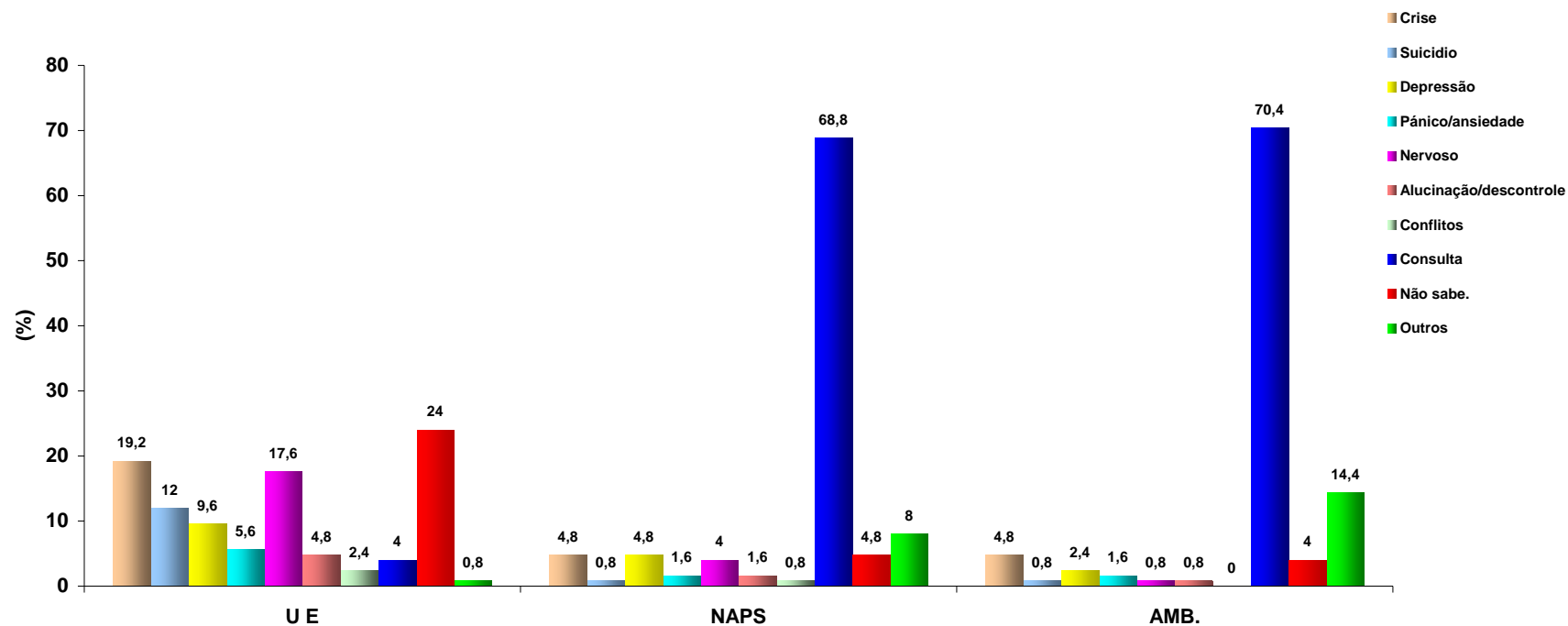


Gráfico 1 - Distribuição das queixas que motivaram a procura pelos 3 serviços (Unidade de Emergência, Núcleo de Atenção Psicossocial e Ambulatório Regional de Saúde Mental), relatadas pelo portador de doença mental

No NAPS e no Ambulatório era de se esperar que fosse alto o índice de indicações de retorno, consulta, participação em grupos pelas próprias características deste serviço; 47% dos acompanhantes do NAPS estavam apenas acompanhando o doente e 39% vieram pegar medicamento, receita ou participar de alguma atividade.

O próprio portador em 68% referiu que estava no NAPS naquele dia, para consulta/retorno médico e 7% para outras atividades. Apenas 20% relataram que estavam no serviço por apresentarem problemas psiquiátricos. No Ambulatório, os portadores em 84% referem consulta ou outra atividade e seu acompanhante refere que 72% vieram para consulta/retorno.

Na Unidade de Emergência, o motivo é bem diferente, ou seja, 4% dos portadores e 2% dos acompanhantes referem que vieram para consulta (pegar resultados de exames e adequar medicamento receitado). A grande maioria, relata algum tipo de transtorno ou comportamento que motivou a busca pelo atendimento (crise, suicídio, nervoso, tristeza/depressão, agressão, ansiedade/pânico, descontrole/alucinação ou conflitos familiares). Poucos familiares não sabem informar o motivo de estarem ali (12%) mas entre os pacientes (24%) também alegaram não saber porque estavam ali (Gráfico 1).

Vezzoli et al (2002) referem que a estigmatização do paciente psiquiátrico é uma forte barreira para o processo de integração destes sujeitos em nossa sociedade. Portanto, é necessário identificar que tipos de prejuízos existem e os tipos de variáveis com que se associam, para planejar estratégias visando reduzi-los. Em estudo exploratório, realizaram-se entrevistas semi-estruturadas a 303 sujeitos para examinar as relações entre as atitudes sociais para os transtornos mentais e algumas variáveis demográficas sociais, a informação sobre os transtornos mentais e os "contatos" prévios com os pacientes psiquiátricos. A análise dos dados mostrou que existe relação entre o conhecimento dos pacientes psiquiátricos e uma atitude mais positiva para eles (em outras palavras, menos temor, mais integração e

oportunidades laborais). Este estudo, é considerado preliminar no que se refere as atitudes das pessoas em direção aos pacientes psiquiátricos. Entretanto, os resultados animam o planejamento posto em prática de programas para sensibilizar e informar com relação aos transtornos mentais. Consideram que aumentando o conhecimento das pessoas sobre os transtornos mentais poderia levar a resultados significativos na importante luta contra o estigma que rodeia aos pacientes psiquiátricos.

No estudo alemão de Angermeyer e Matschinger (2003) foi examinado o impacto de atitudes públicas na rotulação de pessoas portadoras de esquizofrenia e de depressão maior. Nesta amostra de 5025 pessoas adultas, de nacionalidade alemã, verificou-se que o impacto sobre as atitudes do público frente aos indivíduos com esquizofrenia foi evidenciado pelos efeitos negativos em relação ao doente. Endossam o estereótipo de periculosidade com o efeito negativo nas pessoas reagindo emocionalmente frente a uma pessoa esquizofrênica o que contribui para o afastamento (exclusão social). Entretanto, nas atitudes da população, frente à depressão maior praticamente não se observou esta estigmatização. Nas conclusões, os autores reafirmam a necessidade de diferenciação, entre os componentes do estigma assim como entre as várias desordens mentais.

Corrigan e Watson (2002) relatam três diferentes componentes do estigma: os estereótipos, os preconceitos e a discriminação. As pessoas que são preconceituosas endossam este negativismo, gerando reações emocionais negativas frente ao doente.

Schulze et al (2003), trabalhando com um projeto de encontros nas escolas entre estudantes de nível secundário e pessoas portadoras de esquizofrenia, puderam constatar efeitos bastante satisfatórios, ou seja, a redução do preconceito e da discriminação da pessoa portadora de um distúrbio mental.

Ainda, para a caracterização clínica dos sujeitos obteve-se informação do próprio portador, do seu acompanhante e dos registros nos prontuários a respeito do diagnóstico de sua doença.

Nos três serviços (UE, NAPS e ARSM) foi alto o índice de desconhecimento sobre o diagnóstico tanto pelo portador (37,6%, 22,4% e 25,6%) como por seu acompanhante (33%, 22% e 40%).

Além disso, observa-se pela Tabela 7, que houve divergência entre a informação do médico registrada no prontuário do paciente e as informações dos sujeitos (portadores e acompanhantes).

Na comparação de caso a caso percebe-se maior coerência entre as informações do portador e seu acompanhante do que entre estes e a informação do prontuário. Observa-se no quadro esquizofrenia que enquanto o médico registra 40% dos casos desta doença, o portador reconhece 11,2% e seu familiar 21%. O maior equilíbrio e consenso está no diagnóstico de depressão nos três serviços e pelas três fontes de informação, conforme se observa na Tabela7.

Cruzando os dados de diagnóstico com faixa etária destaca-se a esquizofrenia registrada pelo médico, na faixa de 40 a 49 anos e depressão na faixa dos 20 aos 29 anos (31,3%) no NAPS; maior índice de surto psicótico (72%), transtorno de personalidade (80%) e depressão (56,7%) até os 40 anos, na Unidade de Emergência. No Ambulatório há maior índice de depressão concentrada na faixa dos 40 aos 59 anos (44,5%), de esquizofrenia entre os 20 e 39 anos (50%) e transtornos de personalidade freqüente em todas as idades.

Os transtornos mentais, teoricamente, instalam-se em qualquer idade, e em menor grau talvez na primeira infância. A maior parte tende a iniciar-se na adolescência, na vida adulta ou na velhice.

Alguns desses transtornos são aparentemente irreversíveis e progressivos; outros são transitórios ou respondem aos tratamentos disponíveis (CID – 10).

As patologias que mais se sobressaíram na pesquisa foram a esquizofrenia, a depressão e os transtornos de personalidade.

Segundo Jeste et al. (2003), a esquizofrenia raramente ocorre antes da puberdade e acima de 50 anos. Quando o começo é insidioso há dificuldade de se estabelecer com precisão o início da doença em seu prognóstico tende a ser negativo.

Tabela 7 Distribuição percentual dos diagnósticos informados pelos portadores de doença mental, pelos seus acompanhantes e os registrados pelo médico no prontuário, nos três serviços investigados (Unidade de Emergência, Núcleo de Atenção Psicossocial e Ambulatório)

Diagnostico	Depressão			Transtorno Bipolar			Esquizofrenia			Transtorno Ansiedade			Transtorno Somático			Transtorno Personalidade			Surto Psicótico			Demência			Outros			Não sabe			Total		
	P	A	M	P	A	M	P	A	M	P	A	M	P	A	M	P	A	M	P	A	M	P	A	M	P	A	M	P	A	M	P	A	M
Unidade de Emergência	26,4	26	24	5,6	8	9,6	8	11	19,2	3,2	1	-	6,4	10	3,2	1,6	1	16	2,4	8	20	0,8	2	4	7,2	-	-	37,6	93	-	100	100	100
Núcleo de Atenção Psicossocial	23,2	22	25,6	6,4	8	11,2	10,4	16	25,6	10,4	6	12	5,6	5	3,2	1,6	3	11,2	1,6	2	0,8	3,2	6	9,6	15,2	-	0,8	22,4	32	-	100	100	100
Ambulatório de Saúde Mental	34,4	30	28,8	3,2	5	7,2	11,2	21	40	3,2	2	3,2	1,6	-	1,6	-	-	8,8	0,8	-	3,2	0,8	2	6,4	19,2	-	0,8	25,6	40	-	100	100	100

* P - Diagnóstico informado pelo portador

* A - Diagnóstico informado pelo acompanhante

* M - Diagnóstico médico, registrado no prontuário

As psicoses e as esquizofrenias são problemas de saúde pública, pois são transtornos muito freqüentes. Sete de cada mil pessoas estarão afetadas por alguma psicose ou esquizofrenia em algum momento na vida. São transtornos que em 90% dos casos, se iniciam antes dos 25 anos de idade, rompendo o projeto vital de muitos jovens. Segundo a Organização Mundial a Saúde, cerca de 30 por cento dos afetados por estas enfermidades não recebem tratamento adequado (JESTE et al 2003).

Observa-se nos últimos anos maior preocupação investigadora e assistencial especialmente nas fases iniciais das enfermidades mentais com duplo objetivo: o primeiro está dirigido para garantir a identificação precoce e o tratamento destas patologias melhorando seu prognóstico e o curso evolutivo; o segundo busca aprofundar, desde suas primeiras manifestações, o conhecimento dos processos que poderiam estar implicados na origem e curso evolutivo destas enfermidades.

Em seu estudo, Cooper et al (1987) encontraram que a incidência da esquizofrenia é mais acentuada na faixa dos 20 aos 29 anos de idade tanto para homens quanto para mulheres. Estes autores observaram um perfil que se repetiu em 10 dos 12 centros participantes, isto é, uma incidência discretamente maior nos jovens do sexo masculino, para uma posterior inversão em favor das mulheres na faixa etária de 40 aos 49 anos.

Este trabalho vem ao encontro dos achados da presente pesquisa pois encontramos nos três locais investigados a mesma população de portadores de transtornos mentais, em época diferente em país diferente, o mesmo percentual entre faixa etária para estas patologias (esquizofrenia e depressão).

Para Stordal et al (2003), os transtornos depressivos são problemas de saúde dos mais significativos nas sociedades desenvolvidas. Mais de 120 milhões encontram-se afetadas de depressão. Isso significa que entre 10 a 20 milhões de pessoas tiveram pelo menos um episódio depressivo em suas vidas. No entanto, somente um pequeno número de pessoas

afetadas recebem tratamento psiquiátrico. Muitos não são diagnosticados e os sintomas ficam camuflados por patologias orgânicas.

A depressão acomete principalmente adultos jovens entre 20 e 30 anos de idade, atingindo duas vezes mais mulheres que homens. A depressão é uma mudança brusca no humor. Os estados de ânimo devem ser considerados com atenção. Em particular, o estado de ânimo triste é um dos mal-estares psicológicos mais frequentes. Entretanto, sentir-se triste ou deprimido não é suficiente para afirmar que se padece de depressão. Este termo tem múltiplos significados. Pode indicar um sinal, um sintoma, uma síndrome, um estado emocional, uma reação, uma enfermidade ou uma entidade clínica bem definida (OPAS, 1999; HILDEBRAND et al, 2003).

Os estudos de Krueger e Tackett (2003) analisam as *características de personalidade* que predis põem a sofrer uma enfermidade depressiva visto que são objeto de interesse e controvérsia. Foram propostas ao menos cinco hipóteses explicativas da inter-relação entre estas características da personalidade e a enfermidade depressiva.

Nesta mesma direção, Clark et al (2003) referem que há uma série de *fatores de vulnerabilidade* aos transtornos mentais tais como o neuroticismo ou alta vulnerabilidade das situações de estresse, a instabilidade emocional, a hipersensibilidade ou a dependência pessoal, as dificuldades nas relações interpessoais, maior tendência à introversão ou insegurança, pessimismo e certos traços de personalidade.

Quanto aos fatores ambientais, Kasper et al (2003) afirmam que há maior probabilidade de ocorrer transtorno depressivo quando se apresentam fatores externos adversos como história de eventos traumáticos, acontecimentos estressantes recentes, morte prematura de um familiar, inadequada educação por parte dos pais, pobreza, má nutrição, enfermidades médicas, história familiar ou pessoal de episódios afetivos e insuficiente suporte social.

Se uma pessoa apresenta estas sensações durante duas semanas ou mais, é possível que esteja com depressão e necessitando de tratamento. Não tratada a depressão pode durar mais tempo ou agravar-se consideravelmente. Estas pessoas deprimidas, se consideram frustradas, humilhadas ou castigadas. Olham o futuro sem esperança.

Para Sims (2001), os transtornos de personalidade também observados nesta pesquisa com um significativo percentual, são cada vez mais frequentes. Estão chegando nos consultórios de psiquiatras, psicólogos e enfermeiros e nas urgências dos hospitais, casos de pessoas, em sua maioria jovens, que sofrem de uma espécie de caos pessoal, que a vezes os leva a por em perigo sua própria vida.

Segundo Stuart (2002), a capacidade para os relacionamentos interpessoais desenvolve-se durante todo o ciclo da vida. Com frequência, os distúrbios da personalidade são reconhecíveis na adolescência ou em um período mais precoce, e continuam durante a maior parte da fase adulta. Eles constituem padrões de resposta resistentes, inflexíveis e de má-adaptação, os quais são suficientemente graves para provocar o comportamento disfuncional ou o sofrimento profundo. Os distúrbios da personalidade são relativamente comuns nos EUA. Estima-se que 6 a 13% da população geral apresenta essas doenças. Entretanto, apenas um quinto dessas pessoas está recebendo tratamento.

Estas pessoas sentem-se em um permanente estado de confusão, como se não tivessem uma identidade própria, suficientemente constituída que lhes sustente na vida. Têm verdadeiras dificuldades para regular suas necessidades e se encontram à mercê de seus próprios impulsos, aos que não sabem impor limites. Vivem numa permanente instabilidade emocional, como uma espécie de "montanha russa". Vivem constantemente nos extremos, passando da euforia à depressão, da ingênua credulidade à desconfiança paranóide, do amor ao ódio.

As famílias destas pessoas, sentem-se impotentes e confusas. Não entendem o que ocorre, nem o que estão fazendo de errado, ou que poderiam mudar para melhorar a situação. Procuram um especialista em busca de conselho e orientação, porém a própria urgência e a angústia do problema, assim como, a ausência de centros específicos para abordar estas enfermidades na sua globalidade dificultam as soluções mais saudáveis.

Reunindo as informações das três unidades sobre o diagnóstico médico registrado nos prontuários observa-se uma tendência de concentração em três diagnósticos (esquizofrenia – 28,3%, depressão – 26,2% e transtorno de personalidade – 12%). Cruzando os dados dos diagnósticos registrados nos 3 serviços com as faixas etárias observa-se maior concentração de depressão na adolescência e início da vida adulta na UE e no NAPS (30%) enquanto que a maior concentração de depressão no Ambulatório ficou na faixa dos 40 aos 60 anos (44,5%). A esquizofrenia destaca-se com uma concentração de 44% na faixa dos 40 aos 49 anos no NAPS tendo uma distribuição mais equilibrada na UE e no Ambulatório. Quanto ao distúrbio afetivo bipolar, verifica-se maior frequência na faixa dos 30 aos 39 anos na UE, na faixa dos 50 aos 59 anos no NAPS, e nenhum na faixa dos 30 aos 39 anos no Ambulatório (Tabela 8).

Tabela 8 Distribuição dos diagnósticos registrados no prontuário, segundo o grupo etário dos portadores, em cada unidade (Unidade de Emergência, Núcleo de Atenção Psicossocial e Ambulatório de Saúde Mental)

Diagnóstico	Depressão			Transtorno Bipolar			Esquizofrenia			Transtorno Ansiedade			Transtorno Somático			Transtorno Personalidade			Surto Psicótico			Demência			Intoxicação			outros			Total		
	UE	NA	AM	UE	NA	AM	UE	NA	AM	UE	NA	AM	UE	NA	AM	UE	NA	AM	UE	NA	AM	UE	NA	AM	UE	NA	AM	UE	NA	AM	UE	NA	AM
15 a 19	16,6	3,2	2,7				11,1	12,5		6,0	-	6,6				15,0	7,1		24,0												13,6	2,4	4,8
20 a 29	13,3	31,2	13,8	33,3	7,1	33,3	20,8	21,8	22,0	-	26,6		50,0		50,0	45,0	21,4	18,1	20,0		25,0	40,0	41,6	12,5	40,0	-	-	-		26,4	24,0	19,2	
30 a 39	26,6	3,1	16,6	41,6	7,1		25,0	12,5	28,0	-	6,6	25,0		50,0	50,0	20,0		9,0	28,0		50,0		16,6	50,0	20,0	-	-	-	100	100	24,8	9,6	24,0
40 a 49	23,3	21,8	16,6	8,3	28,5	33,3	16,6	43,5	12,0	-	6,6	75,0	25,0			5,0	21,4	27,2	20,0	100		20,0	8,3		20,0	-	-	-		16,8	24,8	16,8	
50 a 59	6,6	12,5	27,7		42,8	11,1	16,6	12,5	14,0	-	13,3		25,0	25,0			21,4	27,2			25,0	20,0	25,0	12,5	20,0	-	-	-		7,2	18,4	18,4	
60 a 69	6,6	9,3	8,3		7,1	11,1	8,3	6,2	10,0	-	13,3					15,0	21,4	18,1	8,0			20,0	8,33	12,5		-	-	-		8,0	9,6	9,6	
70 e +	6,6	18,7	13,8	16,6	7,1			3,1	8,0	-	26,6		25,0				7,4									-	-	-		3,2	11,2	7,2	

Comparando-se os dados dos portadores (62,4%) que sabem informar sobre seus diagnósticos, nas diferentes faixas etárias, observa-se que entre 20 e 49 anos está a maior concentração de depressão na Unidade de Emergência. No NAPS e no Ambulatório estão distribuídos por todas as faixas etárias, sendo a depressão, o diagnóstico mais freqüente em todos os três locais. A esquizofrenia representa 8% dos diagnósticos na UE, 10,4% no NAPS e 11,2% no Ambulatório distribuídos até a faixa etária dos 50 anos. Índice semelhante foi encontrado nas informações dos portadores para o diagnóstico de transtorno de ansiedade com 10,4%, no NAPS. O transtorno bipolar aparece com maior freqüência (5,6%) na UE e (6,4%) no NAPS, em relação ao Ambulatório (3,2%).

Cruzando as informações do portador com a do seu acompanhante, verifica-se a maior convergência em relação à depressão (67%), esquizofrenia (32%) e em relação a “não sabe informar” (17%).

Tabela 9 Distribuição das concordâncias entre os diagnósticos (P = informado pelo portador, A = informado pelo acompanhante e M = registrado no prontuário médico), nos 3 locais de pesquisa (Unidade de Emergência, Núcleo de Atenção Psicossocial e Ambulatório Regional de Saúde Mental)

Concordância dos diagnósticos	Local da pesquisa			Total	
	Unidade de Emergência	Núcleo de Atenção Psicossocial	Ambulatório.		
CONCORDÂNCIA	P = A = M	28	33	31	92
		22,40	26,40	24,80	24,53
DIVERGÊNCIAS	M = P	10	12	7	29
		8,00	9,60	5,60	7,73
DIVERGÊNCIAS	M = A	9	20	19	48
		7,20	16,00	15,20	12,80
DIVERGÊNCIAS	P = A	19	18	35	72
		15,20	14,40	28,00	19,20
DIVERGÊNCIAS	P - A - M	59	42	33	134
		47,20	33,60	26,40	35,73
Total		125	125	125	375
		100,00	100,00	100,00	100,00

P = diagnóstico informado pelo Portador
A = diagnóstico informado pelo Acompanhante
M = diagnóstico médico registrado no prontuário

Na Tabela 9 observa-se que a maior frequência corresponde à discordância entre as fontes de informação, especialmente na UE (35,7%). A segunda percentagem é referente à concordância entre os três informantes, no todo (24,5%) e especialmente no NAPS (26,4%). A menor concordância observada situa-se na comparação das informações entre o médico e os portadores, sendo especialmente baixo no Ambulatório (5,6%). Por outro lado, no Ambulatório é onde se encontra a maior concordância entre portador e acompanhante (28%).

Analisando as concordâncias e divergências com relação ao diagnóstico, observou-se que dos 98 registros no prontuário sobre depressão, houve coincidência na informação do portador em 63,3% (ou seja 62), com 34,3 de concordância em relação ao diagnóstico de transtorno bipolar e 25,5% em relação à esquizofrenia. Desses 98 registros de depressão no prontuário, 56 acompanhantes concordam, o que significa concordância de 57,1%. Em seguida vem a concordância em 45,7% com relação ao transtorno bipolar e em 43,4% da esquizofrenia.

Cruzando os diagnósticos informados pelo portador e pelo acompanhante, verifica-se que houve uma concordância de 63,8% desses sujeitos em relação à depressão, 86,4% em relação à esquizofrenia, 73,7% em relação ao transtorno bipolar

Sobre o início da doença, no conjunto dos dados observa-se que pela informação do portador, 65,9% adoeceram nos últimos 10 anos e segundo o acompanhante, 56,5% adoeceram nos últimos 10 anos. Apesar de não ser grande, esta diferença de quase 10% significa que o familiar reconhece o início da doença antes que o próprio portador o faça, ou seja, aparece aqui a dificuldade do portador reconhecer este fato em sua vida.

Para Lang et al (2002), o termo percepção é utilizado de forma descritiva para denotar o fenômeno pelo qual os pacientes psiquiátricos são capazes de reconhecer que estão enfermos, que têm conhecimento da sua doença ou que são capazes de descrever os sintomas que constituem seu diagnóstico e/ou se teriam expectativas de tratamento. Os fatores

associados com a percepção da enfermidade mental se identificariam através da seleção de uma amostra de pacientes internos e de pacientes externos. Este estudo indica que um pequeno número de pacientes não psicóticos e também alguns pacientes com transtornos orgânicos carecem de percepção. No entanto, uma certa percepção estava positivamente associada com enfermidade grave e ingresso hospitalar, durante o período do estudo. Concluem que a percepção da enfermidade mental e a motivação para o tratamento estão associadas. Os pacientes com dependências (física, mental) precisam ser conscientizados de sua doença pois de modo contrário, o tratamento não poderia ter êxito além de que os pacientes não estariam dispostos sequer de começar o tratamento. Estes resultados podem abrir novos horizontes para melhorar a vida dos portadores de distúrbios mentais.

Ficou evidente e coincidem as informações sobre o primeiro surto sendo que na UE houve maior índice de casos agudos e que o primeiro surto ocorreu nos últimos 4 anos. Assim, este serviço difere dos outros dois que têm objetivos de acompanhamento e de terapia Ambulatorial enquanto que a Unidade de Emergência tem objetivo de atender aos casos agudos, com internação curta seguida de encaminhamento para os demais serviços.

Na informação do familiar, a diferença não aparece tão nítida embora se perceba que o início da doença, nos últimos 4 anos segundo os portadores que freqüentam a UE seja mais precoce do que os do NAPS e do Ambulatório (64%, 51% e 44% sujeitos, respectivamente).

Analisando-se a convergência de informações entre portadores e seus acompanhantes sobre o tempo de início da doença observa-se concordância geral em 71,5% com variação de 64,7% a 80% de concordância por faixas de tempo.

As respostas sobre os tratamentos realizados evidenciaram uma concentração de terapia medicamentosa em detrimento de psicoterapias e outras alternativas, conforme apresentado na Tabela 10.

Comparando-se os três serviços chama a atenção o Ambulatório que embora a proposta inclua outras atividades terapêuticas, há na verdade o maior índice de terapias medicamentosas (76%) e associadas com psicoterapias (28%), segundo os portadores, e (73%) de medicamentosos com (23%) associados, segundo os familiares. O NAPS (através das informações dos sujeitos) mostra maior valorização da associação das terapias medicamentosas e psicoterápicas com 61% e 63% respectivamente, segundo portadores e familiares. Na UE, cujo período de frequência ao serviço é sempre reduzido e tem objetivo de tirar o paciente do surto, a informação sobre terapêutica está relacionada não ao próprio serviço mas a seqüência de acompanhamentos aos quais estes pacientes estão vinculados.

Tabela 10 Distribuição percentual dos tratamentos realizados, segundo informação dos sujeitos (portadores e acompanhantes), nos 3 serviços investigados (Unidade de Emergência, Núcleo de Atenção Psicossocial e Ambulatório Regional de Saúde Mental)

Tratamentos	Medicamentoso		Psicoterápico		Medicamentoso + Psicoterápico		Nunca tratou		Não sabe		Total	
	Port	Acom	Port	Acom	Port	Acom	Port	Acom	Port	Acom	Port	Acom
Unidade de Emergência	38	41	5	3	43	44	11	7	3	5	100	100
Núcleo de Atenção Psicossocial	33	31	2	2	61	63	3	3	1	1	100	100
Ambulatório	76	73	1	2	22	23	1	2	-	-	100	100

Port = Portadores Acom = Acompanhantes

Motta (1997) reúne as opiniões de vários estudiosos sobre o assunto que polemizam a questão. Um fala do perigo de se tirar uma pessoa de um surto psicótico somente por meios farmacológicos, alegando uma tendência em reprimir a experiência com o inconsciente coletivo, gerando pontos negros, complexos, nos quais a pessoa se recusaria a repensar no pós-crise. Por outro lado, argumenta que não há o perigo do ponto de vista ideal daquela personalidade, pois a medicação entra como um aliado para o ego fraco que, dentro de uma

visão realista, não tem condições de integrar o material que vem de forma tão avassaladora. Outro ressalta o uso defensivo da tecnologia farmacológica. Alguns entendem que é necessário o tratamento analítico para trabalhar o conflito ao qual a medicação não tem acesso. Consideram que o remédio faz remitir só o delírio maior, ou mais intenso. O delírio residual, interpretativo, dura a vida toda e o paciente necessitará de outro tipo de abordagem.

O tratamento medicamentoso e o psicoterápico são complementares, não antagônicos e tampouco competitivos. Os dois são necessários para se alcançar resultados mais favoráveis. Motta (1997) diz que vem diminuindo a distância entre o orgânico e o psicológico e neste somatório das múltiplas abordagens quem ganha é o paciente, necessitado de todos os recursos disponíveis para o confronto com forças tão poderosas como as do inconsciente, para as quais a ingenuidade não é atenuante.

Segundo informações bastante convergentes dos sujeitos (portadores e familiares) é significativamente alto o índice de nenhuma internação (39%/36% - 54%/51% - 40%/40%) ou de até 5 internações (48%/49% - 39%/39% - 46%/43%) pelas quais o sujeito já passou, conforme observa-se na Tabela 11. Significa que a maioria dos sujeitos internou-se poucas vezes. Apenas 2% dos sujeitos passaram por mais de 20 internações e 6% entre 10 e 20 internações.

Tabela 11 Distribuição percentual do número de internações do portador de doença mental, segundo informações dos sujeitos, nos 3 serviços investigados (Unidade de Emergência, Núcleo de Atenção Psicossocial e Ambulatório Regional de Saúde Mental)

Internações	0		1 a 5		5 a 10		11 a 20		+ de 20		Total	
	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A
Unidade de Emergência	39	36	48	49	5	7	6	6	2	2	100	100
Núcleo de Atenção Psicossocial	54	51	39	39	3	6	2	2	2	2	100	100
Ambulatório	40	40	46	43	6	8	4	4	4	5	100	100

P = Portadores A = Acompanhantes

A partir dos resultados encontrados e observados na Tabela 11 é interessante fazer alguns comentários sobre os benefícios deste novo olhar para a doença mental e para o portador como um ser biopsicossocial.

Fazem mais de 40 anos que se iniciaram os processos da reforma psiquiátrica em todo o mundo, com objetivo de desinstitucionalização e da criação de serviços e de redes de saúde mental comunitária.

Ao abordar a reforma psiquiátrica brasileira destaca-se a necessidade de compreender este processo histórico de organização da assistência psiquiátrica, que teve seu início em fins da década de 70.

No cenário social brasileiro, marcado pelo final da ditadura e da censura, pelo fim do período do “milagre econômico”, pela reorganização da sociedade através do surgimento dos sindicatos e partidos políticos, as idéias de Foucault, Goffman, Castel, Szaz, Basaglia e outros tiveram forte influência (OLIVEIRA, 2003).

Esse período, considerado por Amarante (1995) como o primeiro momento da reforma psiquiátrica brasileira, estimulou a construção de um novo projeto de saúde mental. Afirma que apesar de todas as contradições e paradoxos existentes no movimento da reforma

psiquiátrica, ele se manteve sempre com enfoque desinstitucionalizante, mantendo assim a discussão sobre a institucionalização da doença e do sujeito doente.

Segundo Cavalheri (2002), a lei da reforma psiquiátrica no Brasil, em vigência desde abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de atenção na saúde mental do país. Foi constituída a partir de um novo paradigma que visa a reabilitação e a reintegração psicossocial do indivíduo portador de um distúrbio mental.

Dentre as transformações, na atenção ao portador de doença mental a mudança de objetivo corresponde a novos instrumentos como estratégia de intervenção e projetos terapêuticos. O trabalho em equipe adquire importância fundamental.

Costa-Rosa (2000), que aborda o modelo psicossocial como um paradigma das práticas substitutivas ao modelo asilar, afirma que para que possam ser considerados paradigmas distintos, esse “modos” asilar e psicossocial necessitam ser contraditórios e não somente diferentes. Ele considera que, para que possa se constituir como alternativo ou substitutivo do modo asilar, o paradigma psicossocial tem que ser radicalmente diferente, possuir bases diferentes e constituir ações que caminhem em sentidos opostos. Ressalta que o sujeito doente é o participante principal de todo o processo de tratamento, pertence a um grupo familiar e social e, nessa relação, é considerado (indivíduo, família e sociedade).

Um exemplo de serviço substitutivo é o CAPS de São Paulo. Segundo relatado por Motta (1997), tudo começou com o primeiro serviço instituído na rede pública de São Paulo para prestar atendimento exclusivo a pacientes portadores de intenso sofrimento psíquico, fora do âmbito hospitalar. Fundado em 1987, o primeiro CAPS – Centro de Atenção Psicossocial “Luis da Rocha Cerqueira” surgiu no final de uma administração estadual que imprimiu profundas transformações no atendimento à Saúde Mental (1965). Houve instalação de novos serviços e de novas equipes, o que favoreceu um grande movimento de pessoas e

idéias dentro da área de Saúde Mental. Naquele CAPS, formularam-se estratégias para a transformação de um modelo hospitalocêntrico em um modelo comunitário de assistência ao doente mental com criatividade e diversidade. Segundo relatos de vivência dos que vivenciaram a instalação deste CAPS, mais importante que um conjunto de teorias e de técnicas são as pessoas e a qualidade das relações que elas estabelecem. A prática clínica mostrou que as construções teóricas e o arsenal de condutas terapêuticas são as vezes insuficientes, e que era preciso partir das necessidades que os pacientes traziam com seu sofrimento.

Em contrapartida ao baixo número de internações por indivíduo, observou-se nos dados do presente estudo que houve significativa procura por outros atendimentos em serviços de pronto socorro, unidades básicas de saúde, consultórios ou ambulatórios. Observou-se que 18% dos portadores em atendimento na Unidade de Emergência, 37% do NAPS e 40% do Ambulatório tiveram mais de 20 outros atendimentos sem internação. Esta informação dos portadores é muito semelhante a do seu acompanhante, em todas as opções em número de outros atendimentos.

Finalizando a caracterização clínica dos sujeitos desta pesquisa, foram agrupados os dados das suas expectativas com relação à doença e seus tratamentos. Conforme observa-se na Tabela 12, a percentagem de expectativas de “melhora” é mais alta nos portadores do Ambulatório concordando com as expectativas do seu familiar. Na UE, a expectativa de “melhora” por parte do acompanhante (61%) não corresponde à expectativa do próprio doente (38%). Neste serviço, o doente, muitas vezes com pouca experiência de convivência com esta doença tem mais expectativa de “cura” (39%). Por outro lado, o familiar do portador que frequenta o NAPS tem muito baixa expectativa de “melhora” (4%), com maior expectativa de “ajuda” (24%) e de “cura” (25%). O portador que frequenta o Ambulatório, tem baixa expectativa de ajuda neste serviço (Tabela 12).

Tabela 12 Distribuição percentual das expectativas dos sujeitos (portadores e acompanhantes) nos 3 serviços investigados (Unidade de Emergência, Núcleo de Atenção Psicossocial e Ambulatório Regional de Saúde Mental)

Expectativa Instituição	Melhora		Ajuda		Cura		Não sabe		Total	
	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A
Unidade de Emergência	38	61	13	17	39	18	10	5	100	100
Núcleo de Atenção Psicossocial	50	4	21	24	33	25	8	2	100	100
Ambulatório	68	63	8	19	22	16	8	2	100	100

P = Portadores A.= Acompanhantes

Quanto às expectativas de melhora e tratamentos, cabe destacar a importância de se trabalhar com a comunidade e com os próprios doentes como sujeitos participantes, para que possam adquirir maior compreensão de suas necessidades, de forma que seja possível desenvolver estratégias e fortalecimento para fazer frente às situações estressantes e conseguir mais autonomia e oportunidades de acesso aos recursos básicos, que favoreçam o sentimento de pertencer a comunidade e a sensação de apoio tanto dos pacientes como dos seus familiares, como forma de diminuir a estigmatização e facilitar a sua participação na comunidade (MUESER et al., 2002).

B ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS RESULTADOS DA ESCALA DE MEDIDA DE OPINIÃO - EMO

A amostra do estudo foi constituída por 750 pessoas que freqüentavam os três serviços de atenção psiquiátrica selecionados (Unidade de Emergência, Núcleo de Atenção Psicossocial e Ambulatório Regional de Saúde Mental), sendo 125 portadores e 125 acompanhantes, em cada um dos serviços.

Como já referido, foram selecionados estes três locais por terem um fluxo que permitiria a coleta num tempo não muito longo, dentro dos critérios estabelecidos para este estudo, sendo um deles a presença do acompanhante com vistas a comparações entre os dados do portador de doença mental e seu respectivo acompanhante.

No atual momento da assistência em saúde mental no Brasil nos deparamos com a implantação de novos modelos de atenção os quais objetivam desenvolver uma prática diferenciada e ética. Nas últimas décadas, esta abordagem tem sido embasada nas discussões entre os especialistas sobre o papel da saúde mental junto ao sujeito com sofrimento psíquico.

Ao falar deste processo de reestruturação torna-se fundamental pontuar que estamos discutindo a partir da compreensão de uma saúde mental que encara o usuário/portador de sofrimento psíquico enquanto uma subjetividade singular que se encontra em conflito pessoal, e que também é parte de uma rede social.

Assim, a construção de práticas terapêuticas que contemplam este olhar diferenciado deve abarcar uma estrutura de serviços que não esteja centrado em uma única categoria profissional, mas que seja constituída por profissionais engajados em exercer a difícil tarefa de repensar suas próprias ações.

O Ambulatório de Saúde Mental e o Núcleo de Atenção Psicossocial têm como eixo a atenção em saúde mental produzindo um novo projeto que não segrega e não exclui.

A Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto segue o modelo médico de assistência, integrado aos demais serviços de assistência local. Através dos recursos terapêuticos medicamentosos e outras atividades programadas pela equipe visa a reversão do quadro agudo. Por ser um hospital-escola, além da equipe fixa, conta com alta rotatividade de profissionais e alunos de várias especialidades.

A aplicação da EMO – Escala de Medida de Opinião, com 34 afirmativas, sobre conceitos e assistência na saúde mental busca conhecer a opinião do usuário. Esta opinião

pode mostrar aspectos importantes tanto para aqueles que trabalham nestes serviços, para os que definem as políticas de atenção à saúde mental como também para aqueles que preparam os novos profissionais e para os pesquisadores nesta especialidade.

Assim, as 34 afirmativas colocadas para a investigação procuram abranger os principais pontos referentes à assistência em saúde mental tanto no seu aspecto conceitual como da percepção dos sujeitos sobre esta assistência.

Os dados foram registrados em planilha Excel, pareando os portadores com os seus acompanhantes, apresentando na seqüência, por ordem de datas de entrevistas, (Unidade de Emergência - UE, Núcleo de Atenção Psicossocial - NAPS e Ambulatório Regional de Saúde Mental - ARSM).

Transportados para o STATA, os dados permitiram a apuração dos resultados das variáveis opinião sobre conceitos e sobre assistência (variando de 1 a 5 em cada afirmativa) e das demais variáveis referentes ao perfil sociodemográfico e clínico desta população.

Especificamente sobre os dados da EMO foram calculados os escores médios de portadores e acompanhantes, nos domínios de Conceito e de Assistência, segundo o local da pesquisa (UE, NAPS e ARSM).

Conforme se observa-se na Tabela 13, houve diferença entre os domínios (conceito e assistência) nos três locais. Comparando os três locais, verifica-se menor escore médio para os portadores do NAPS (2,36) e dos seus acompanhantes (2,20).

Tabela 13 Escores médios da opinião dos portadores e acompanhantes nos domínios de conceitos e assistência, segundo o local da pesquisa

Local	Portadores		Acompanhantes	
	Conceitos	Assistência	Conceitos	Assistência
UE	2,54	1,94	2,43	1,80
NAPS	2,36	1,88	2,20	1,81
Ambulatório	2,54	1,88	2,39	1,81
Total	2,48	1,90	2,34	1,81

Testes estatísticos

Para avaliar a significância das diferenças apontadas acima, foram realizadas as comparações estatísticas com provas do tipo bi-caudal, com probabilidade de erro de primeira espécie fixado em 5%.

a Comparação dos três locais de pesquisa

As comparações foram realizadas pela prova de Kruskal Wallis, através da aproximação pela distribuição de Qui-quadrado com dois graus de liberdade (Hollander; Wolfe, 1999. pg. 190).

Os resultados mostram que no domínio Assistência não se observam diferenças entre os três locais de pesquisa.

No domínio Conceito observam-se diferenças significativas, ou seja, entre os três locais há diferenças em relação a opinião dos sujeitos nos conceitos. O valor da probabilidade é menor do que 0,05, conforme Tabela 14.

Tabela 14 Resultados dos testes de Kruskal – Wallis para a comparação entre as opiniões dos sujeitos nos 3 locais de pesquisa

Resultados	Portadores		Acompanhantes	
	Conceitos	Assistência	Conceitos	Assistência
Qui quadrado observado	6,97	1,38	13,60	0,14
Valor da probabilidade P	0,031	0,503	0,001	0,933
Significância	Sim	Não	Sim	Não

b Comparação entre os escores do domínio dos conceitos com os escores do domínio da assistência, em cada local da pesquisa.

Esta comparação foi realizada separadamente para cada local da pesquisa, uma vez que o teste anterior demonstrou haver diferenças significativas entre eles. Foi realizada pela prova de Wilcoxon, através da aproximação Normal (Hollander e Wolfe, 1999. pg. 36).

Os resultados mostram que há diferença significativa entre a população dos sujeitos nos três locais de pesquisa, conforme Tabela 15. Os valores de concordância do domínio Conceitos são maiores do que os de Assistência, em todos os locais, tanto para os Portadores como para os Acompanhantes.

Tabela 15 Resultados dos testes de Wilcoxon para a comparação da opinião de portadores e acompanhantes para Conceitos e Assistência, nos 3 locais estudados

Local	Portadores			Acompanhantes		
	Estatística Z observada	Probabilidade P	Significância	Estatística Z observada	Probabilidade P	Significância
UE	7,80	< 0,000	Sim	8,74	< 0,000	Sim
NAPS	7,40	< 0,000	Sim	6,41	< 0,000	Sim
Ambulatório	8,31	< 0,000	Sim	7,71	< 0,000	Sim

C Comparações entre portadores e acompanhantes

Os testes comparando a opinião dos portadores e seu acompanhante foram realizados pela prova de Wilcoxon, através da aproximação Normal (Hollander; Wolfe, 1999. pg. 36). Não foi empregada a prova U de Mann-Whitney como poderia ser cogitado porque há um pareamento de fato entre o portador e seu acompanhante. Na maioria das vezes são parentes próximos, freqüentemente residindo juntos e podem partilhar dos mesmos condicionantes com relação aos domínios dos Conceitos e da Assistência. Esta possibilidade é corroborada pelo Coeficiente de Correlação de Spearman, que mostra valores baixos, mas significantes para Conceitos (coeficiente de 0,26 – $P < 0,000$) e para Assistência (coeficiente de 0,35 – $P < 0,000$).

Com relação à assistência, observa-se diferença significativa nos três locais. Para o domínio dos conceitos a prova foi realizada separadamente em cada local, uma vez que há diferenças significativas entre eles.

Observa-se que as opiniões dos portadores são semelhantes às dos acompanhantes na Unidade de Emergência. No Núcleo de Atenção Psicossocial e no Ambulatório Regional de Saúde Mental, as opiniões são diferentes, conforme se observa na Tabela 16.

Tabela 16 Resultados dos testes de Wilcoxon para a comparação entre Portadores e Acompanhantes

Resultados	Assistência		Conceito	
	Todos os locais	EU	NAPS	Ambulatório
Estatística Z observada	4,31	1,919	2,666	2,733
Probabilidade P	< 0,000	0,055	0,008	0,006
Significância	Sim	Não	Sim	Sim

Em vista de terem sido detectadas diferenças entre os escores do portador e de seu acompanhante, procedemos à ordenação das 34 afirmativas, segundo as diferenças nos

Conceitos em seu conjunto e em cada local (Tabela 17) assim como as relativas ao domínio Assistência (Tabela 18).

Tabela 17 Ordenação das questões segundo as diferenças no domínio dos conceitos em cada local de pesquisa

Todos os locais		UE		NAPS		Ambulatório	
Número	Diferenças	Número	Diferenças	Número	Diferenças	Número	Diferenças
6	-0,42	5	0,34	6	-0,63	26	-0,23
26	-0,09	26	0,35	20	-0,10	6	-0,18
20	0,02	10	0,57	26	0,08	5	-0,07
2	0,06	12	0,61	4	0,10	4	-0,06
5	0,06	22	0,61	13	0,11	20	-0,05
15	0,10	3	0,77	10	0,12	1	0,00
10	0,12	29	0,85	2	0,13	27	0,00
29	0,12	4	0,88	12	0,18	10	0,04
12	0,15	24	0,94	29	0,19	15	0,10
27	0,15	27	0,94	15	0,25	13	0,17
4	0,19	1	0,99	5	0,26	2	0,19
13	0,24	8	1,12	8	0,30	22	0,22
22	0,29	2	1,13	3	0,31	12	0,31
8	0,33	15	1,22	24	0,31	29	0,35
24	0,34	13	1,40	27	0,32	8	0,46
1	0,35	6	2,27	22	0,36	3	0,65
3	0,40	20	3,08	1	0,42	24	0,66

Tabela 18 Ordenação das questões segundo as diferenças no domínio da assistência em cada local de pesquisa

Todos os locais		UE		NAPS		Ambulatório	
Número	Diferenças	Número	Diferenças	Número	Diferenças	Número	Diferenças
23	-0,20	23	-0,20	23	-0,54	23	-0,21
32	-0,27	32	-0,27	32	-0,54	31	-0,20
9	-0,01	9	-0,01	9	-0,01	32	-0,26
25	0,01	25	0,01	18	0,01	11	-0,02
11	0,05	11	0,05	31	-0,01	7	0,03
21	0,05	21	0,05	21	0,09	17	0,04
30	0,07	30	0,07	30	0,10	28	0,05
31	0,07	31	0,07	28	0,11	25	-0,11
7	0,08	7	0,08	25	0,00	33	0,13
28	0,10	28	0,10	11	0,14	34	0,14
34	0,11	34	0,11	34	0,14	19	0,15
18	0,13	18	0,13	33	0,17	30	0,17
33	0,15	33	0,15	7	0,18	18	0,18
17	0,22	17	0,22	14	0,30	9	0,19
19	0,30	19	0,30	19	0,31	16	0,22
14	0,35	14	0,35	16	0,34	21	0,22
16	0,37	16	0,37	17	0,38	14	0,50

Nos resultados de ordenação das questões onde são detectadas as diferenças de opiniões entre portadores e familiares (Tabelas 17 e 18) verifica-se que alguns conceitos que apresentaram diferença entre freqüentadores da Unidade de Emergência não tiveram o mesmo resultado entre os freqüentadores dos outros serviços.

Nas questões que mostram as diferenças de opiniões entre os sujeitos, no domínio Conceito, nos três locais em conjunto, a questão nº 6 (O doente mental é agressivo) foi a que mostrou menor diferença, seguida pelas afirmativas nº 26 (A convivência com o doente mental provoca tensão e conflitos que geram doenças e desequilíbrios na família) e a nº 20 (Se uma pessoa usa álcool ou droga acaba ficando doente mental).

Ainda no conjunto dos três locais, as afirmativas que apresentam maior diferença entre o que pensa o portador e o familiar foram as questões nº 3 (Nervosismo é sinal de loucura), e a nº 1 (Qualquer pessoa pode trabalhar na enfermagem do hospital psiquiátrico, basta ter jeito).

As questões com diferenças negativas no escore significam que está invertida a relação dessa diferença. Na grande maioria, o escore do portador é superior ao do acompanhante nestas questões negativas.

Na Tabela 17 é possível verificar que a questão nº 6 do conceito de agressividade aponta diferença negativa entre o que pensa o portador e o familiar no NAPS (-0,63) e no Ambulatório (-0,23). Entretanto, na UE esta diferença está entre as maiores (2,27). A questão nº 20 sobre a relação do álcool/drogas com doença mental aponta diferença negativa no NAPS (-0,10) e no Ambulatório (-0,05) sendo a de maior concentração de divergência entre os sujeitos na UE (3,08).

Dentre as afirmativas de maior concordância no todo, a nº 3 tem baixa concordância (0,40); entretanto, na UE tem a maior diferença (0,77) e no NAPS (0,31) no Ambulatório (0,65), embora na ordenação ela seja mais importante do que nestes dois locais.

Nas afirmativas da EMO ordenadas, mostrando as diferenças de opinião dos portadores e acompanhantes no domínio Assistência, observa-se que a afirmativa nº 25 (“O doente internado em hospital psiquiátrico é melhor tratado atualmente”) teve o maior índice de concordância tanto no geral (0,01) como em cada um dos serviços (-0,20, -0,54, -0,21).

Da mesma forma, a questão nº 16 (“Ouvindo a família, o profissional pode ajudá-la a conviver com a doença mental”) aponta maior índice de discordância no geral (0,37) e grande desacordo em cada um dos serviços, especialmente na UE.

Embora não seja possível aqui destacar o tipo de divergência que os sujeitos apresentam em relação aos Conceitos e Assistência em saúde mental, os testes mostraram que elas existem.

O grupo de portadores vivencia a doença e o sofrimento e os familiares vivem a angústia de não saberem o que fazer para aliviar a sua dor e a do doente, nem sabem lidar com os transtornos decorrentes da busca de assistência nos serviços oferecidos em sua comunidade. Cada um parte de um ponto diferente mas tanto o portador quanto o familiar têm um objetivo comum que é o alívio ou a minimização do sofrimento.

C ANÁLISE REFLEXIVA DA OPINIÃO DOS SUJEITOS SOBRE OS CONCEITOS E A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

Este estudo se propôs a analisar o que pensam os portadores de transtorno mental e seus familiares em três serviços alternativos à assistência psiquiátrica.

Para chegar a esta análise, como já foi dito, construiu-se um instrumento seguindo todos os preceitos metodológicos para este procedimento.

No escopo deste instrumento, constituído por afirmativas relativas à saúde mental e à assistência psiquiátrica, foram incluídas questões conceituais, através das quais se verifica o que é entendido como doença mental, os comportamentos característicos do doente mental,

crenças em relação à cura, o entendimento sobre sua inserção na sociedade e no sistema de saúde e questões relativas à assistência focalizando a hospitalização, aparatos alternativos, funções da equipe e expectativas de ajuda do sistema.

As afirmativas da EMO – Escala de Medida de Opinião sobre saúde mental são questões extraídas da experiência dos pesquisadores em docência, pesquisa e assistência.

A divisão proposta para analisar as questões de Conceito e Assistência dentro da EMO considera questões predominantemente relativas a uma situação ou outra. Na verdade, todas estas questões estão muito interligadas, por vezes chegando a suscitar dúvidas quanto a classificação em um domínio ou outro. Entretanto, os testes realizados durante todo o processo de construção deste instrumento oferecem a segurança que nos permitiu efetuar as comparações propostas.

Quando os testes estatísticos mostram que há divergência entre o que pensam os sujeitos comparando-se os que frequentam cada uma das instituições quando estes testes mostram que há discordância entre os dois grupos de sujeitos em certas questões, confirma-se a importância de toda esta análise.

O fato de haver maior divergência entre as opiniões referentes aos Conceitos do que entre as referentes à Assistência reflete a vivência dos sujeitos em meio a um intenso processo de mudança conceitual e ideológica.

A cultura das pessoas em relação à saúde e à doença não pode ser vista como um elemento fixo, pois a cultura é um processo dinâmico, em constante evolução. Compreender as diferenças culturais de cada grupo é imprescindível para qualquer profissional que se propõe a prestar serviços em saúde mental.

Neste sentido, Laplantine (1991, p.18) refere-se à valorização de conceitos antigos e novos considerando que nem os processos de troca entre os que curam ou os que são curados efetuam-se apenas entre a experiência vivida pelo paciente e o saber científico do médico, mas

também entre o saber do doente quanto à sua doença e a experiência vivida pelo médico. A representação da doença pelo paciente é tão verdadeira quanto a compreensão mais científica do profissional a qual também não é isenta de representações.

Aquilo que é concreto é mais fácil para as pessoas formarem suas idéias e terem uma opinião mais clara. Aquilo que não é explicitamente colocado leva mais tempo para formar as idéias. Os doentes e seus familiares têm mais consenso sobre o que estão vivenciando na busca de alívio para seu sofrimento embora não entendam muito bem o que está mudando e o porquê.

O movimento da reforma não foi idealizado pela população deste estudo. Eles são os elementos sobre os quais incidem as mudanças que a elite intelectual propõe o que vem se refletir na organização do sistema de saúde, na organização social onde a doença mental se manifesta e principalmente nas pessoas envolvidas com a doença mental (pacientes, familiares, profissionais). Essas idéias têm intensidades diferentes de penetração, de introjeção e de manifestação.

As Tabelas 15 e 16 que mostram os resultados estatísticos da análise comparativa desses dados evidenciam o fato de que Conceitos são mais lentamente introjetados do que a vivência individual da pessoa no sistema de atenção à sua saúde.

A divergência observada nos dados, comparando os três locais deste estudo, também assinala a característica própria desses locais, ou seja, no momento de crise, quando a pessoa está num surto necessitando de atenção imediata há menos dúvidas sobre as questões relativas a saúde e a doença mental, tal como observado na Unidade de Emergência.

Os dados do perfil clínico vem confirmar a presença de divergências tais como as referentes ao diagnóstico que tanto chamam a atenção pela falta de coesão entre o diagnóstico médico informado pelos portadores ou familiares como pela pouca importância que é dada a este fato tão relevante para a pessoa que sofre transtorno mental.

Vygotsky (1994) afirma que a internalização das atividades socialmente enraizadas e historicamente desenvolvidas constitui-se num aspecto característico da psicologia humana. A transformação de um processo interpessoal num processo intrapessoal é o resultado de uma longa série de eventos ocorridos ao longo do desenvolvimento do ser humano e seu contexto.

Ainda segundo Vygotsky (1994), a internalização de formas culturais de comportamento envolve a reconstrução da atividade psicológica tendo como base as operações com signos. No processo do conhecimento, aspectos da existência social humana refletem-se na própria organização humana. Acredita-se portanto que as estruturas sociais como as estruturas mentais têm raízes históricas, sendo produtos específicos de determinados níveis do desenvolvimento individual.

Entre as afirmativas conceituais deste estudo (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 13, 15, 20, 22, 24, 26, 27, 29) destacamos aquelas que apresentaram divergências, conforme ordenadas na Tabela 17 e nos subtotais de respostas a cada questão nas Tabelas 19 e 20.

A questão nº 3 “Nervosismo é sinal de loucura” teve o maior índice de divergência entre as opiniões tanto dos portadores como dos acompanhantes, no conjunto dos três locais de pesquisa, sendo mais coesa no Ambulatório, seguida do NAPS e não tão coesa na Unidade de Emergência.

Da forma como é colocada a afirmativa é possível entender a resposta como acertada visto que “loucura” pode ter a conotação de ato impulsivo ou impensado de qualquer pessoa, independentemente de ter doença mental.

Para Birman (1982, p.239), a naturalização do binômio loucura/doença mental tem sido muito questionada nos últimos 30 anos. Ele questiona como se valida a sua exclusão social, ou seja, que entendimentos são considerados para se classificar alguém como doente ou não? Qual o lugar que ocupa a instituição psiquiátrica neste processo? São questões como

estas que passaram a se colocar como centrais. O que era óbvio passou a ser objeto de dúvidas e inquietações.

Outro conceito que chamou a atenção foi o referente à afirmativa nº 1 “Qualquer pessoa pode trabalhar na enfermagem de hospital psiquiátrico, basta ter jeito”. No conjunto das respostas esta teve um dos maiores índices de divergência entre portadores e acompanhantes (0,35) conforme se verifica na Tabela 17. Entretanto, a maior divergência de opinião fica registrada entre os sujeitos da Unidade de Emergência.

Os portadores, em geral, discordam da afirmativa de que “Qualquer pessoa pode trabalhar na enfermagem de hospital psiquiátrico visto que 236 (63%) discordam totalmente. Os acompanhantes têm uma informação mais clara neste sentido, ou seja, 297 (80%) também acham que não basta ter jeito para trabalhar na enfermagem em hospital psiquiátrico.

Há entre os usuários dos serviços de saúde mental uma certa coerência da necessidade de formação e de preparo.

Esta posição é reflexo das transformações na assistência. Há 20 anos atrás, no tempo em que só existia o manicômio como alternativa, a presença de enfermeiros e outros profissionais não médicos era quase inexistente. Os hospitais psiquiátricos funcionavam com “pessoal de enfermagem” sem qualificação, porém na sua maioria homens, com autorização para conter agressões.

Veja-se a confirmação desta posição na questão nº 13 na Tabela 19 “O bom enfermeiro precisa ter força física”. Os portadores em 53% concordam e 42% dos familiares também. Ainda existe muita dúvida com relação a isto. É a força ou a terapêutica adequada que contém e que ajuda o sujeito a controlar sua própria crise?

Segundo Saraceno (1994), as variáveis determinantes para o desenvolvimento da doença mental e da eficácia da terapêutica, a organização e o estilo de vida de trabalho em equipe são fundamentais. Entretanto, essa integração interna assegura que uma concepção

comum sobre o objeto e a fidelidade do trabalho componha um projeto terapêutico único para cada portador e que este seja conhecido e realizado por todos os membros da equipe, mas com a participação de todos os portadores de doença mental e seus familiares que é um direito a eles adquirido dentro da reforma psiquiátrica.

Tabela 19 Opinião dos sujeitos, portadores de transtorno mental, sobre saúde mental e assistência psiquiátrica, nos 3 serviços estudados (Unidade de Emergência, Núcleo de Atenção Psicossocial e Ambulatório Regional de Saúde Mental.)

AFIRMATIVAS		Concordo Totalmente	Concordo	Indiferente	Discordo	Discordo Totalmente
1.	Qualquer pessoa pode trabalhar na enfermagem de hospital psiquiátrico, basta ter jeito	108	19	19	1	235
2.	O doente mental é melhor tratado no convívio com sua família do que no hospital.	178	61	21	1	114
3.	Nervosismo é sinal de loucura.	90	41	20	4	220
4.	Internar uma pessoa em hospital psiquiátrico significa que a família o rejeita.	67	55	22	8	223
5.	O doente mental tem o direito de ter trabalho e família, como todo cidadão.	282	40	17	2	34
6.	O doente mental é agressivo.	97	161	16	5	96
7.	É necessário dar apoio e orientação aos familiares para que possam cuidar do doente mental.	343	15	7	-	10
8.	O lugar do louco é no hospício	107	62	26	9	171
9.	Atualmente, os doentes mentais têm mais atendimentos fora dos hospitais psiquiátricos.	175	22	57	2	119
10.	Conhecendo as necessidades da pessoa que sofre, o enfermeiro pode oferecer-lhe melhor cuidado	320	21	16	-	18
11.	Nos primeiros sinais de alteração, se a pessoa tivesse atendimento adequado, muitas doenças mentais seriam evitadas.	332	17	17	-	9
12.	O melhor lugar para o doente mental é seu ambiente (casa, trabalho, estudo).	253	59	11	1	51
13.	O bom enfermeiro precisa ter força física.	167	31	21	4	152
14.	Cuidar do doente mental é uma tarefa sofrida para o profissional.	233	35	19	5	83
15.	A única solução para o problema do doente mental é a internação em hospital psiquiátrico.	99	66	15	6	189
16.	Ouvindo a família, o profissional pode ajudá-la a conviver com a doença mental.	300	24	23	2	26
17.	Depois que o paciente psiquiátrico começa a tomar remédios, ele só vai piorando	48	57	11	2	257
18.	A relação de ajuda do enfermeiro com o doente mental é uma forma de terapia.	322	19	18	-	16
19.	A família continua por fora dos tratamentos do paciente psiquiátrico.	103	51	18	3	200
20.	Se uma pessoa usa álcool ou droga acaba ficando doente mental	286	26	30	2	31
21.	Estão acontecendo mudanças nos tratamentos dos doentes mentais ultimamente.	261	21	62	2	29
22.	O doente mental é um ser inútil.	49	32	22	3	269
23.	A internação tem sido facilitada para os casos de agressão ou descontrole	180	37	66	1	91
24.	Só o psiquiatra pode ajudar a pessoa que apresenta problemas emocionais	150	17	8	3	197
25.	O doente internado em hospital psiquiátrico é melhor tratado atualmente.	194	45	72	1	63
26.	A convivência com o doente mental provoca tensão e conflitos que geram doenças e desequilíbrios na família.	219	66	24	-	66
27.	O doente mental está cada dia menos perigoso.	177	71	48	2	77
28.	A participação do familiar é importante no tratamento do doente mental.	351	15	4	-	5
29.	Passar o dia no hospital e dormir em casa à noite é um ótimo tratamento para o doente mental.	178	54	32	2	109
30.	Nas internações de antigamente, muitos pacientes ficavam impregnados, amarrados e tomavam eletrochoque.	268	18	55	-	34
31.	Quando o paciente toma medicação corretamente ele nem parece que é um doente mental	273	34	21	1	46
32.	Os doentes mentais conseguem, com facilidade, atendimento nos serviços Psiquiátricos	209	38	20	1	107
33.	Tendo bom atendimento nos Ambulatórios, postos de saúde e emergência diminui a necessidade de internação.	313	19	20	-	23
34.	O enfermeiro tem função importante junto às famílias do doente mental.	313	38	12	-	12

Tabela 20 Opinião dos sujeitos, acompanhantes dos doentes mentais sobre saúde mental e assistência psiquiátrica, nos 3 serviços estudados (Unidade de Emergência, Núcleo de Atenção Psicossocial e Ambulatório Regional de Saúde Mental.)

AFIRMATIVAS	Concordo Totalmente	Concordo	Indiferente	Discordo	Discordo Totalmente
1. qualquer pessoa pode trabalhar na enfermagem de hospital psiquiátrico, basta ter jeito	74	18	8	8	267
2. O doente mental é melhor tratado no convívio com sua família do que no hospital.	149	110	11	12	93
3. Nervosismo é sinal de loucura.	47	55	7	11	255
4. Internar uma pessoa em hospital psiquiátrico significa que a família o rejeita.	44	68	9	14	240
5. O doente mental tem o direito de ter trabalho e família, como todo cidadão.	285	52	5	1	32
6. O doente mental é agressivo.	94	221	8	12	40
7. É necessário dar apoio e orientação aos familiares para que possam cuidar do doente mental.	349	20	2	1	3
8. O lugar do louco é no hospício	57	87	19	23	189
9. Atualmente, os doentes mentais têm mais atendimentos fora dos hospitais psiquiátricos.	156	44	58	5	112
10. Conhecendo as necessidades da pessoa que sofre, o enfermeiro pode oferecer-lhe melhor cuidado	333	26	4	1	11
11. Nos primeiros sinais de alteração, se a pessoa tivesse atendimento adequado, muitas doenças mentais seriam evitadas.	338	23	4	1	9
12. O melhor lugar para o doente mental é seu ambiente (casa, trabalho, estudo).	248	84	10	3	30
13. O bom enfermeiro precisa ter força física.	138	45	11	9	172
14. Cuidar do doente mental é uma tarefa sofrida para o profissional.	198	44	8	7	118
15. A única solução para o problema do doente mental é a internação em hospital psiquiátrico.	74	88	11	9	193
16. Ouvindo a família, o profissional pode ajudá-la a conviver com a doença mental.	349	18	3	1	4
17-Depois que o paciente psiquiátrico começa a tomar remédios, ele só vai piorando	29	53	7	15	271
18. A relação de ajuda do enfermeiro com o doente mental é uma forma de terapia.	333	24	7	-	8
19. A família continua por fora dos tratamentos do paciente psiquiátrico.	77	48	15	8	227
20. Se uma pessoa usa álcool ou droga acaba ficando doente mental	275	45	20	3	32
21. Estão acontecendo mudanças nos tratamentos dos doentes mentais ultimamente.	254	42	53	4	22
22. O doente mental é um ser inútil.	31	27	6	12	299
23. A internação tem sido facilitada para os casos de agressão ou descontrole	158	43	61	7	106
24. Só o psiquiatra pode ajudar a pessoa que apresenta problemas emocionais	118	20	1	9	227
25. O doente internado em hospital psiquiátrico é melhor tratado atualmente.	173	59	92	6	45
26. A convivência com o doente mental provoca tensão e conflitos que geram doenças e desequilíbrios na família.	205	84	5	6	75
27. O doente mental está cada dia menos perigoso.	178	91	43	3	60
28. A participação do familiar é importante no tratamento do doente mental.	370	5	-	-	-
29. Passar o dia no hospital e dormir em casa à noite é um ótimo tratamento para o doente mental.	162	95	24	3	91
30. Nas internações de antigamente, muitos pacientes ficavam impregnados, amarrados e tomavam eletrochoque.	271	23	53	2	26
31. Quando o paciente toma medicação corretamente ele nem parece que é um doente mental	265	60	10	5	35
32. Os doentes mentais conseguem, com facilidade, atendimento nos serviços Psiquiátricos	182	43	15	4	131
33. Tendo bom atendimento nos Ambulatórios, postos de saúde e emergência diminui a necessidade de internação.	335	18	4	4	14
34. O enfermeiro tem função importante junto às famílias do doente mental.	330	35	3	-	7

Dessa forma, acredita-se num processo participativo, não hierarquizado e nem autoritário, onde se constrói a possibilidade da reabilitação psicossocial.

Estas reflexões vem corroborar o fato de que há necessidade de se investir na formação do enfermeiro de nível superior e do técnico de nível médio. A equipe de enfermagem deve estar preparada para acolher a pessoa, portadora de transtorno mental, e ajudá-la a sair desse processo com maior equilíbrio e domínio da situação.

As próprias leis e normatizações da profissão, nestes últimos anos são claras e o COFEn atuou no sentido de acabar com a categoria "atendentes" e só aceita nas instituições de saúde as categorias enfermeiro, técnico e auxiliar (esta última também em extinção).

O Decreto nº 94.406/87 - Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem.

O Art. 81, item III, da Constituição, e tendo em vista o disposto no Art. 25 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, Decreta: Art. 1º - O exercício da atividade de Enfermagem, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e respeitados os graus de habilitação, é privativo de Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e só será permitido ao profissional inscrito no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região.

São enfermeiros: os titulares do diploma de enfermeiros conferido por instituição de ensino, nos termos da lei.

São técnicos de Enfermagem: os titulares do diploma ou do certificado de técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado no órgão competente;

São auxiliares de Enfermagem: os titulares do certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da Lei e registrado no órgão competente.

A afirmativa nº 10 "Conhecendo as necessidades da pessoa que sofre, o enfermeiro pode oferecer-lhe melhor cuidado" apontou pouca divergência de opinião entre os portadores

e seus acompanhantes. Na resposta da EMO – Escala de Medida de Opinião, observou-se que os usuários (portadores e familiares) têm clareza sobre o que significa o enfermeiro “conhecer” as necessidades do paciente visto que suas respostas são maciçamente concordantes com estas afirmativas (320 concordam totalmente e 27 concordam ou seja 91% total).

Os estudos sobre relacionamento interpessoal, sobre relação de ajuda e sobre cuidados na enfermagem (DANIEL, 1981; WALDOW, 1999 e FUREGATO, 1999) são enfáticos em reconhecer a importância da humanização da assistência. Não só na enfermagem mas os estudos de outras pesquisas da área também mostram a importância de conhecer o que a pessoa pensa, sente e vivencia para o planejamento terapêutico (RUDIO, 1990; ROGERS, 2001; BENJAMIN, 2002).

Além dos grandes avanços da ciência no conhecimento das doenças mentais, dos medicamentos de última geração e as novas formas de gerenciamento dos serviços de saúde a preocupação com o indivíduo que sofre as dores e as conseqüências do transtorno mental visa o equacionamento desses fatores para a melhor qualidade de vida possível.

Neste sentido, Saraceno (2001) enfatiza a possibilidade de construção de cidadania dos doentes mentais como meta e instrumento de sua reabilitação psicossocial. Compreende que os seres humanos, os doentes mentais inclusive, atuam em três cenários como habitat, rede social e trabalho. As habilidades para os exercícios contratuais nessas três esferas de relações é o que deve ser analisado quando se tem em mente a reabilitação. A habilidade do indivíduo portador de transtorno mental em efetuar plenamente suas trocas nesses três cenários é a medida de exercício de sua cidadania.

Saraceno (2001) critica as técnicas e tecnologias de reabilitação afirmando que há necessidade de que os programas de reabilitação tenham como meta, muito mais do que “habilitar” doentes mentais a fazer aquelas atividades comuns de terapia ocupacional em

serviços de saúde mental. Deve ter como meta o aumento da contratualidade do indivíduo nos três grandes cenários: casa, trabalho e rede social.

A distinção necessária entre reabilitação psicossocial e entretenimento, também é ressaltado por Saraceno (2001) que afirma que a palavra entretenimento, em sua origem latina, significa manter dentro, neste caso, dentro da cultura psiquiátrica que reproduz a enfermidade ao invés de produzir saúde. Portanto, afirma, reabilitação psicossocial significa romper com esse “adestramento físico e mental” que muitas vezes predomina nos serviços para tomar a direção do desenvolvimento de potencialidades nos cenários da casa, do trabalho e da rede social.

Na afirmativa nº 24, ou seja, “Só o psiquiatra pode ajudar a pessoa que apresenta problemas emocionais”, traz consigo a possibilidade dos sujeitos se manifestarem sobre o conceito de equipe terapêutica. No modelo médico de assistência, o médico é o único profissional responsável pelas terapias.

O movimento preventivista deu o impulso para o desenvolvimento das equipes multiprofissionais e para a valorização da contribuição terapêutica dos profissionais “paramédicos” (psicólogos, enfermeiros, terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, etc).

O movimento da reforma e as propostas como Programa da Saúde da Família a implantação do SUS vieram reforçar e abrir espaço para a contribuição de cada profissional dentro da sua competência, formando equipes multiprofissionais.

Esta visão de conjunto tem no paciente em tratamento psiquiátrico ou no usuário de programas preventivos, de promoção da saúde e de atenção especializada o centro de sua atenção. Nesta visão, cada um dos profissionais atua contribuindo com sua competência profissional, todos numa única direção: a assistência ao paciente.

Esta ideologia traz consigo a proposta de que o projeto terapêutico do paciente não seja uma ação autoritária do médico, mas seja uma ação democrática que inclui não apenas os profissionais mas inclusive e imprescindivelmente o próprio doente e sua família.

O avanço do processo de reabilitação depende, em grande parte, do estabelecimento e da manutenção das relações inter-pessoais positivas entre os integrantes da equipe de saúde, o paciente e a família, dentro e fora do contexto das atividades do programa de reabilitação.

A superação das práticas custodiais características do modelo médico de atenção psiquiátrica e situada prioritariamente no hospital psiquiátrico, rumo ao desenvolvimento de modos de cuidar/tratar voltados para a atenção psicossocial é algo bastante difundido no discurso do movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Entretanto, serviços como Hospital-Dia, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Ambulatórios, presentes na realidade estudada, apenas facilitam, mas não garantem a execução desse projeto terapêutico inovador (OLIVEIRA, 2003).

A partir deste movimento político técnico, vem sendo implantadas uma série de experiências que mudaram o panorama da assistência em saúde mental. Na cidade de Campinas, o serviço de Saúde Mental “Dr Candido Ferreira”, o CAPS Luis Cerqueira em São Paulo, a Nossa Casa em São Lourenço do Sul – RS, o Hospital Anchieta de Santos, os CAPS do Ceará, os novos equipamentos da rede pública em saúde mental e sua retaguarda hospitalar são consideradas referências para o Brasil, e modelos das transformações neste campo.

As propostas dos CAPS e NAPS é oferecer espaços de tratamento (medicamentoso, psicoterápicos e outros), de reabilitação, de acolhimento, de relações interpessoais, de produção de novas subjetividades a pessoas com problemas psiquiátricos. Procuram, ao mesmo tempo, serem instituições ativadoras dos recursos comunitários, de integração, do usuário, da família e a sociedade (OLIVEIRA, 2002).

No cotidiano das equipes de saúde mental, nas suas relações com os usuários, conceitos como cidadania, autonomia e socialização se apresentam ainda de modo bastante conflituoso. As concepções de indivíduo autônomo, tendo em vista um processo de reabilitação psicossocial, podem ser bastante divergentes, como refere (SARACENO, 1999).

Destas observações realizadas no presente estudo, pode-se considerar alguns exemplos de extremo reducionismo destes conceitos em situações de cuidado em serviços abertos que poderiam, entretanto, ser canalizadas para um grau elevado de participação e decisão dos sujeitos se estivessem inseridas em projetos terapêuticos democráticos.

Outro conceito que merece destaque refere-se a visão que os sujeitos têm da importância da inserção de um membro da família nos tratamentos psiquiátricos. A questão que chamou a atenção foi a nº 2 que afirmava que “O doente mental é melhor tratado no convívio com sua família do que no hospital”, Teve maior concordância entre as famílias com 70% deles achando que apesar de todos os aparatos de assistência oferecidos, o melhor lugar é junto com a sua família com apenas 28% de discordância. Os portadores também concordam com essa importância para sua recuperação em 64%.

Outra questão importante foi a nº 4. Afirmava que “Internar uma pessoa em hospital psiquiátrico significa que a família o rejeita”. Não houve divergência nas discordâncias para portadores e acompanhantes, ou seja, 68% das famílias discordam e 62% dos portadores discordam. Isto significa que muitas vezes a família precisa concordar com a internação de seu familiar, não significando que seja uma negação ou uma rejeição, mas consequência de muitos fatores tais como alteração na medicação ou muitas vezes para não oferecer risco para a própria pessoa, quando está muito agressiva.

Na questão nº 5 “O doente mental tem o direito de ter trabalho e família como todo cidadão”, as concordâncias foram semelhantes tanto para os portadores e acompanhantes sendo que 75% (282) concordaram totalmente e as famílias com 76% (285). Com isso

observa-se a importância do engajamento dessas pessoas em vários grupos alternativos de assistência ao paciente e à família, onde eles têm a clareza e o conhecimento que o doente não deve e não pode ser excluído da sociedade, somente pela rotulação que acompanha a doença.

Esta afirmação vem de encontro ao conceito que eles têm sobre a sua pessoa, ou seja, a afirmativa nº 22 “O doente mental é um ser inútil”. Os portadores 73% não acreditam que eles sejam inúteis e 83% dos acompanhantes percebem que mesmo com as patologias eles podem ser considerados cidadãos com os seus direitos e deveres. Entretanto, ainda há 15% desses familiares que acham o doente mental um ser inútil.

Na afirmativa nº 26 “A convivência com o doente mental provoca tensão e conflitos que geram doenças e desequilíbrios na família”, 289 acompanhantes tiveram uma concordância de 77%. Isto reflete que mesmo tendo conhecimento sobre a doença, o doente, o tempo da doença, os limites da doença, quando chega o momento da crise emocionalmente estas famílias adoecem, na maioria (mães, pais, filhos e esposos). Os portadores também têm esta visão da situação em 76%.

Koga e Furegato (2001) abordam a sobrecarga a que a família é submetida em decorrência desta convivência com o doente. As autoras classificam esta sobrecarga em 4 tipos: financeira, nas rotinas familiares, em forma de doença física ou emocional, e, alterações das atividades de lazer e relações sociais. A sobrecarga financeira é expressa pela dificuldade do paciente em manter vínculo empregatício ou mesmo ingressar no mercado de trabalho, após manifestação da doença. Nas rotinas familiares aparecem alterações das atividades cotidianas deste grupo, como ir e vir do trabalho e cuidados pessoais. A sobrecarga se manifesta em forma de doença física e /ou emocional pela alteração da dinâmica familiar, em consequência, a família passa a viver uma situação de desgaste que evolui para manifestações de doença de um ou mais de seus membros.

As famílias constituem o principal recurso de cuidado e suporte comunitário às pessoas com distúrbio mental. De fato, a grande maioria vive com suas famílias. Entretanto, da convivência com o paciente podem-se presumir dificuldades e conflitos, que, em certas ocasiões, podem levar familiares a sentirem desamparadas e com escassos recursos para fazer frente a estes problemas. Assim mesmo, em alguns casos esta situação pode dar lugar a uma importante tensão e sobrecarga para as famílias.

Portanto, é necessário proporcionar às famílias apoio, informação, educação e assessoramento para dota-las de estratégias e recursos para melhorar a convivência e para que possam ser agentes ativos nos tratamentos, melhorando a qualidade de vida de toda a família.

Outro conceito que está em transformação refere-se aos tratamentos e à internação. O manicômio foi a única opção para as manifestações de transtornos mentais durante muitos anos. A afirmativa de que “Passar o dia no hospital e dormir em casa à noite é um ótimo tratamento para o doente mental”; é uma proposta de semi-internação. Os sujeitos concordaram mais uma vez que o contato com a família é importante para os benefícios do tratamento (69% das famílias e 62% dos portadores).

Para Vygotsky (1994), a transformação dos processos interpessoais em processos intrapessoais é o resultado de uma longa série de eventos ocorridos ao longo do desenvolvimento. A internalização de formas culturais de comportamento envolve a reconstrução da atividade psicológica tendo como base as vivências concretas. Ao longo da internalização do processo de conhecimento – os aspectos particulares da existência social humana refletem-se na cognição humana. Tanto as estruturas sociais como as estruturas mentais têm raízes históricas sendo produtos específicos de níveis determinados do desenvolvimento dos instrumentos

A internalização dos novos conceitos sobre saúde e doença mental vão sendo introjetados por toda a sociedade, que passa a conviver de perto com a doença e com o doente

mental. Como consequência, os mais diferentes seguimentos (ciência, arte, educação, saúde) estão revendo seus valores e adaptando-se. A família e os profissionais da saúde são os mais diretamente afetados.

Quanto às afirmativas que mais se destacaram em relação à Assistência, tanto na opinião dos portadores como dos familiares, também pode se visualizar nas Tabelas 19 e 20.

Com a afirmativa nº 7, quase todos concordaram; 96% dos portadores concordaram que “é necessário dar apoio e orientação aos familiares para que possam cuidar do doente mental” e 95% dos acompanhantes também concordaram. Reafirma-se o conceito que eles têm sobre o que é a Assistência em psiquiatria não só para o portador mais como é importante a família participar e acompanhar a evolução.

Na afirmativa nº 11, tanto portadores (93%) quanto seus familiares (97%) foram maciçamente concordantes que nos primeiros sinais de alteração, se a pessoa tivesse atendimento adequado, muitas doenças mentais seriam evitadas. Tendo uma visão clara do que seja a doença mental, suas causas, sinais, sintomas, os sujeitos acreditam que poderiam detectar a tempo a crise e buscar os recursos terapêuticos adequados.

Cuidar do doente mental como uma tarefa sofrida para o profissional é uma questão que traduz o sentimento do sujeito que precisa de tratamento psiquiátrico em relação aqueles que realizam este trabalho. A vivência do portador e da família com o profissional é traduzida nesta questão. Por muito tempo, só estavam nesta opção profissional os condenados, relegados ou sem opção. Hoje, a opção pela psiquiatria é tão importante como as outras. Os portadores têm uma visão mais clara porque estão mais próximos da equipe em todos os momentos (72% deles concordaram) enquanto que os familiares concordaram em 65%.

Na questão 16, o foco está na atitude profissional. Encontra-se esta mesma posição de concordância na afirmativa de nº 18 onde afirma que a relação de ajuda do enfermeiro com o doente mental é uma forma de terapia. Em 96%, as famílias concordaram e acham muito

importante este acompanhamento mais direto com a equipe de enfermagem e 91% dos portadores concordaram com esta afirmativa.

Pacientes e Familiares queixam-se que não são ouvidos, que o médico só repete a receita, que falta espaço para manifestarem seus sentimentos. “Ouvindo a família, o profissional pode ajudá-la a conviver com a doença mental” obteve 87% de concordância dos portadores e 98% entre os familiares. Isto significa a importância mais uma vez ressaltada do quanto é importante a participação da família.

Outra afirmativa que não apresentou muita divergência entre os portadores foi a de nº 19, ou seja, “A família continua por fora dos tratamentos do paciente psiquiátrico”. Os portadores discordaram em 54% enquanto que os acompanhantes discordaram em 63%.

Outra visão de assistência que chama a atenção foi a afirmativa nº 28 “A participação do familiar é importante no tratamento do doente mental”, onde a totalidade dos acompanhantes/familiares concordaram e os portadores concordaram em 97%.

Apesar do discurso sobre a importância da presença e da participação do familiar nos tratamentos psiquiátricos, a realidade evidencia que ainda isto não acontece.

Na questão nº 17 “Depois que o paciente psiquiátrico começa a tomar remédio, ele só vai piorando”, 69% dos portadores discordaram dessa afirmação e 76% dos acompanhantes também discordaram. A divergência presente nas respostas dos portadores talvez se deva ao fato da afirmativa não ter sido bem clara para eles.

Na afirmativa nº 21 “Estão acontecendo mudanças nos tratamentos dos doentes mentais ultimamente”, tanto as famílias com 79% de concordância como os portadores com 75% estão percebendo as modificações na assistência. Entretanto, a afirmativa nº 23 dizendo que “A internação tem sido facilitada para os casos de agressão ou descontrole”, apontou divergência entre eles, (58% portadores concordaram e 54% familiares) e denuncia mais uma vez que na prática há problemas. Se por volta da metade desse grupo de 750 sujeitos discorda

que a internação tem sido facilitada para os casos de necessidade, é bom avaliarmos o atendimento que está sendo oferecido.

Na questão nº 32 “Os doentes mentais conseguem, com facilidade, atendimento nos serviços psiquiátricos”. No geral eles foram concordantes 66% portadores e 60% familiares. Entretanto, se 40% não consegue atendimento é sinal de falta de eficácia neste setor. A reforma prevê que em todos os níveis de assistência (primário, secundário e terciário) o sistema de saúde tenha equipamentos eficazes de acolhimento e de tratamento.

Neste sentido, o conhecimento que estes sujeitos têm a respeito da assistência em psiquiatria, se verifica na afirmativa nº 25 “O doente internado em hospital psiquiátrico é melhor tratado atualmente”, os portadores concordam em apenas 64%, e as famílias em 62% concordam. Isto traduz o conhecimento que eles tem através de vivência pessoal ou próxima, sobre as mudanças de assistência.

Horowitz; Ladden; Moriarty (2002) afirmam que a família é a estrutura de apoio externo. Em qualquer tratamento de desordem mental é insensato ver o paciente como se não existisse o apoio familiar. As pessoas próximas do paciente exercem grande influência no curso de uma doença. É profundamente doloroso para alguém lidar com um ente amado cujo comportamento não seja determinado pela resposta saudável imediata ao mundo real, mas por um mecanismo interno “misterioso” para o qual foi desviado. Apesar disso, menos do que 10% das famílias de pacientes com esquizofrenia recebem apoio e educação, apesar de estar sendo mostrado por muitos estudos os benefícios de tais programas para ambos. As estatísticas mostram que 7% da redução dos sintomas negativos na depressão e no melhor funcionamento mental se dá com a participação ativa da família no projeto terapêutico.

Nesta mesma linha, a afirmativa nº 34 “O enfermeiro tem função importante junto às famílias do doente mental”, mostra o quanto estes sujeitos (portadores e família) valorizam o apoio e a orientação que é dada pelo enfermeiro tanto para o portador como para seu

acompanhante. Em 98%, as famílias concordam que é muito importante ter um profissional de referência e 94% dos portadores também têm esta mesma visão.

Magnusson et al (2004) relatam a experiência de enfermeiras psiquiátricas com enfoque de mudanças sobre a reabilitação de portadores com transtorno mental, numa comunidade básica de saúde, na Suécia. O estudo mostra a complexidade relativa aos cuidados de enfermagem com os pacientes. O controle alcançado sobre a vida cotidiana destes pacientes mediante a responsabilidade e supervisão não teve implicação sobre a autonomia dos pacientes, mas reduziu bastante o estigma ligado a enfermidade mental e facilitou o processo de reabilitação.

Os resultados do presente trabalho de pesquisa também evidenciam que tanto portadores como familiares reconhecem a importância do convívio com um profissional de referência. Durante a coleta dos dados, os sujeitos referiam que reconhecem o enfermeiro como o profissional mais próximo e quem podiam recorrer. Esta era a motivação que eles estavam precisando para conseguir seus objetivos de vida mesmo dentro das suas limitações. Para muitos, ainda é novidade este tipo de tratamento, por serem indivíduos com longos períodos de internação.

Nas internações de antigamente, muitos pacientes ficavam impregnados, amarrados e tomavam eletrochoque. Os portadores concordaram em 76% e as famílias em 78%. Isto vem confirmar a mesma posição que verificamos na questão nº 21 onde aparecem os conhecimentos que eles possuem a respeito dos seus direitos e dos serviços à eles oferecidos.

Na questão nº 31 que afirma que quando o paciente toma medicação corretamente ele nem parece que é um doente mental, 82% dos portadores concordaram, referindo que fazendo tratamento correto, seguindo todos os procedimentos indicados, uma amostra significativa poderia ser considerada como pessoas normais. Dos familiares, 87% concordaram. Mesmo com a medicação que lhes dá a aparência de doentes ou por acharem que certos

comportamentos não têm como disfarçar, eles sabem que medicamentos mais modernos poderiam evitar este quadro.

“Tendo bom atendimento nos ambulatórios, postos de saúde e emergência diminui a necessidade de internação”, levou 89% (332) dos portadores e 94% (353) dos acompanhantes a concordarem.

Com o surgimento dessa nova concepção em saúde mental, em que o enfoque é ampliado da doença mental para o sofrimento psíquico, redesigna-se o objetivo da proposta terapêutica, que passa a comprometer-se em construir diversas estratégias possibilitadoras de autonomia das pessoas, mediante uma combinação de técnicas de grupo individual com outras mais sócio-culturais. Segundo Rotelli (1990), trata-se de um “projeto de justiça humana”

O ato de cuidar exige dos profissionais uma postura técnico-política constante, mediante a criação e a mobilização dos diversos espaços coletivos no seio da comunidade.

Segundo Pitta (1996), trata-se do modo como pessoas e órgãos de assistência estão influenciando condutas e práticas dirigidas aos portadores de transtornos mental, cotidianamente, nos seus cenários de cuidado.

A garantia dos direitos dos portadores é frequentemente complicada por considerações éticas. Muitos dilemas éticos originam-se da atitude “paternalista” de profissionais da saúde em relação a seus pacientes, que reduzem os pacientes adultos ao estado de crianças incapazes o que interfere na liberdade de ação.

As enfermeiras participam de alguns esquemas terapêuticos psiquiátricos com bases científicas e éticas ambíguas. Sendo assim, cada enfermeira deve analisar esses dilemas éticos, com a liberdade de escolha *versus* a coerção, ajuda *versus* valores impostos, e focalização na cura *versus* prevenção (STUART; LARAIA, 2002 p.98-99). Portanto, as enfermeiras assumem um papel ativo na definição do tratamento adequado e na definição de importantes alocações de recursos para pacientes mentalmente doentes.

Porque revisitar conceitos sobre saúde e doença mental e sobre assistência com base na opinião de portadores de doença mental, assim como de seus familiares?

A representação social da doença é construída a partir da experiência com a enfermidade, que se traduz em expressões diretas do sofrimento. Essas expressões necessitam ser organizadas em uma totalidade dotada de sentido, dando a ela significados.

Cada ser humano presente neste cenário se constitui em um personagem digno de consideração e respeito. Observando, entendendo e tratando encontra-se o verdadeiro sentido da palavra "humanismo".

É isso que chamamos de problema ético fundamental da psiquiatria: a consideração do paciente psiquiátrico como "ser humano".

Tal enfoque encontra consonância quando entendemos que o não reconhecimento do distúrbio mental como uma doença dá origem a situações de profunda injustiça e desumanidade, levando a que o estigma do distúrbio mental possa ser muito mais doloroso do que a doença mental em si.

As últimas três décadas foram testemunhas de um movimento que vem impulsionando para a realização de profundas mudanças na atenção psiquiátrica, propondo-se a tratamentos éticos com redimensionamento dos hospitais, e a criação de um sistema integrado de atenção em todos os níveis.

O processo de Reforma Psiquiátrica, iniciado no Brasil no final dos anos 70, tem provocado profundas transformações nas políticas de saúde mental do país, determinando o surgimento de novas práticas e gerando reformulações nos modos de pensar a loucura, as instituições e o social.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira iniciada em fins da década de 70 é um processo histórico com repercussões em toda a assistência psiquiátrica.

Muito se avançou nas discussões sobre a reforma, mas a sociedade brasileira como um todo e especialmente os psiquiatras e outros profissionais de saúde mental e até os próprios portadores de transtornos psiquiátricos e seus familiares necessitam rever seus conceitos sobre a doença mental e sobre a dinâmica de assistência para que esta reforma possa melhorar e aperfeiçoar merecendo atenção e investimentos adequados para se tornarem disponíveis a todos os segmentos populacionais.

Avaliar a qualidade da atenção desde a perspectiva do usuário é cada vez mais necessária. A partir deste, é possível obter do interessado um conjunto de conceitos e atitudes associados em relação com a assistência recebida, com os quais se adquire informação que beneficia a organização outorgante dos serviços de saúde, aos prestadores diretos e aos usuários mesmos em suas necessidades e expectativas.

Nas últimas décadas, importantes mudanças na área dos conhecimentos teóricos em neurociências ocorreram e têm facilitado as transformações no campo das políticas de saúde, favorecendo a reorganização da assistência e tratamentos dignos com qualidade aos doentes mentais.

Dessa forma, tivemos como objetivo o estudo comparativo das opiniões dos portadores de doença mental e seus familiares sobre conceitos de saúde e doença mental e sobre a assistência em psiquiatria, em três serviços de assistência em saúde mental.

Para efetivação desta pesquisa houve um longo percurso para reformulação e validação do instrumento de coleta de dados. A EMO – Escala de Medida de Opinião constituída de 34 questões sobre Conceito e Assistência na saúde mental o que deu elementos para análise da qual destacamos abaixo os principais pontos.

A amostra do estudo foi constituída por 750 pessoas que freqüentavam os três serviços de atenção psiquiátrica selecionados (Unidade de Emergência, Núcleo de Atenção

Psicossocial e Ambulatório Regional de Saúde Mental), sendo 125 portadores e 125 acompanhantes destes pacientes, em cada um dos serviços.

O fator sexo dos portadores de transtorno mental que frequentam os três serviços investigados (UE, NAPS, ARSM) mostra a concentração de mulheres com índice de 60%, 63% e 66%. Entre os acompanhantes evidencia-se a mesma tendência; ou seja, há mais mulheres no papel de cuidadoras com 63%, 67% e 68% respectivamente.

Comparando-se a idade do portador nos três serviços, observa-se a população mais jovem na Unidade de Emergência com 13,6% abaixo de 19 anos e 40% até 29 anos de idade. No Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS, a concentração maior está na faixa dos 40 aos 59 anos com 43,2% dos frequentadores no período em que se realizou esta pesquisa. No Ambulatório, a maior concentração fica na faixa dos 30 aos 59 anos com 55%.

A grande maioria está concentrada em portadores de doença mental com baixo nível de escolaridade, ou seja, analfabetos na faixa dos 10%, somados com apenas o curso primário, ou seja, 73%, 65% e 71%, respectivamente, na UE, NAPS e ARSM.

Entre os portadores, o índice de pessoas sem profissão variou de 13%, 15% e 18%, respectivamente nos três serviços (UE, NAPS e ARSM).

Esta população, com baixo índice de escolaridade, sem profissão ou com profissões sem qualificação acrescentando-se no fator doença mental se constitui num grupo que pouco contribui em termos econômicos por um lado e por outro, são consumidores de medicamentos e serviços de saúde de alto custo.

O fato de serem doentes ou por se tratarem com medicamentos psicoativos, não é impeditivo mas dificulta sua permanência na escola, no trabalho, sua constituição de núcleos familiares e de participação em outras atividades sociais como os demais indivíduos.

Nos três serviços (UE, NAPS e ARSM) foi alto o índice de desconhecimento sobre o diagnóstico tanto pelo portador (37,6%, 22,4% e 25,6%) como por seu acompanhante (33%, 22% e 40%).

Observou-se que houve divergência entre a informação do médico registrada no prontuário do paciente e as informações dos sujeitos tanto portadores como de seus acompanhantes.

Na comparação de caso a caso sobre o diagnóstico percebe-se maior coerência entre as informações do portador e seu acompanhante do que entre estes e a informação do prontuário. Observa-se no quadro esquizofrenia que enquanto o médico registra 40% dos casos desta doença, o portador reconhece 11,2% e seu familiar 21%. O maior equilíbrio e consenso está no diagnóstico de depressão nos três serviços e pelas três fontes de informação.

Reunindo as informações das três unidades sobre o diagnóstico médico registrado nos prontuários observa-se uma tendência de concentração em três diagnósticos (esquizofrenia – 28,3%, depressão – 26,2% e transtorno de personalidade – 12%). Cruzando os dados dos diagnósticos registrados nos 3 serviços com as faixas etárias observa-se maior concentração de depressão na adolescência e início da vida adulta na UE e no NAPS (30%) enquanto que a maior concentração de depressão no Ambulatório ficou na faixa dos 40 aos 60 anos (44,5%). A esquizofrenia destaca-se com uma concentração de 44% na faixa dos 40 aos 49 anos no NAPS tendo uma distribuição mais equilibrada na UE e no Ambulatório. Quanto ao distúrbio afetivo bipolar verifica-se maior frequência na faixa de 30 aos 39 anos na UE, na faixa dos 50 aos 59 anos no NAPS, e nenhum na faixa dos 30 aos 39 anos no Ambulatório.

Observa-se que a maior frequência corresponde à discordância entre as fontes de informação, especialmente na UE (35,7%). A segunda percentagem é referente à concordância entre os três informantes, no todo (24,5%) e especialmente no NAPS (26,4%). A menor concordância observada situa-se na comparação das informações entre o médico e os

portadores, especialmente baixo no Ambulatório (5,6%). Por outro lado, no Ambulatório é onde se encontra a maior concordância entre portador e acompanhante (28%).

Analisando-se a convergência de informações entre portadores e seus acompanhantes sobre o tempo de início da doença observa-se concordância geral em 71,5% com variação de 64,7% a 80% de concordância por faixas de tempo.

As respostas sobre os tratamentos realizados evidenciaram maior concentração de terapia medicamentosa em detrimento de psicoterapias e outras alternativas.

Segundo informações bastante convergentes dos sujeitos (portadores e familiares), é significativamente alto o índice de nenhuma internação (39%/36% - 54%/51% - 40%/40%) ou de mais de 5 internações (48%/49% - 39%/39% - 46%/43%) pelas quais o sujeito já passou. Significa que a maioria dos sujeitos internou-se poucas vezes. Apenas 2% dos sujeitos passaram por mais de 20 internações e 6% entre 10 e 20 internações.

Em contrapartida ao baixo número de internações por indivíduo, observou-se nos dados deste estudo que há significativa procura por outros atendimentos em serviços de pronto socorro, unidades básicas de saúde, consultórios ou Ambulatórios. Observou-se que 18% dos portadores em atendimento na Unidade de Emergência, 37% do NAPS e 40% do Ambulatório tiveram mais de 20 outros atendimentos sem internação.

Na análise estatística observou-se que houve diferença entre os domínios (conceito e assistência) nos três locais. Comparando os três locais verifica-se menor escore médio para os portadores do NAPS (2,36) e dos seus acompanhantes (2,20).

Os valores de concordância do domínio Conceitos são maiores do que os de Assistência, em todos os locais, tanto para os Portadores como para os Acompanhantes.

Observa-se que as opiniões dos portadores são semelhantes às dos acompanhantes na UE. No NAPS e no Ambulatório, as opiniões são diferentes.

Nas questões que mostram as diferenças de opiniões entre os sujeitos, no domínio Conceito, nos três locais em conjunto, a questão de que o doente mental é agressivo foi a que mostrou menor diferença, seguida pelas afirmativas de que a convivência com o doente mental provoca tensão e conflitos que geram doenças e desequilíbrios na família e que se uma pessoa usa álcool ou droga acaba ficando doente mental.

No conjunto dos três locais, as afirmativas que apresentam maior diferença entre o que pensa o portador e o familiar foram de que nervosismo é sinal de loucura e que qualquer pessoa pode trabalhar na enfermagem do hospital psiquiátrico, basta ter jeito.

Nas afirmativas da EMO ordenadas, mostrando as diferenças de opinião dos portadores e acompanhantes no domínio Assistência, observa-se consenso de que o doente internado em hospital psiquiátrico é melhor tratado atualmente pois teve o maior índice de concordância tanto no geral e em cada um dos serviços.

A necessidade de ouvir a família, para que o profissional possa ajudá-la a conviver com a doença mental apontou o maior índice de discordância no geral e especialmente na UE.

O fato de haver maior divergência entre as opiniões referentes aos Conceitos do que entre as referentes à Assistência reflete a vivência dos sujeitos em meio a um intenso processo de mudança conceitual e ideológica.

A divergência observada nos dados, comparando os três locais deste estudo, também assinala a característica própria desses locais, ou seja, no momento de crise, quando a pessoa está num surto necessitando de atenção imediata há menos dúvidas sobre as questões relativas a saúde e doença mental, tal como observado na Unidade de Emergência.

Pelo baixo número de internações referido pelas pessoas atendidas na Unidade de Emergência (39,6% nenhuma e 48% de 1 a 5), assim como pela maior concentração de jovens e pela indicação de 1º surto 20% (25) observa-se que os sujeitos em atendimento nesse serviço, não estão cronificados.

Os dados do perfil clínico, apontados pelos acompanhantes, vem confirmar a presença de divergências tais como as referentes ao diagnóstico que tanto chamam a atenção pela falta de coesão entre o diagnóstico médico informado pelos portadores ou familiares como pela pouca importância que é dada a este fato relevante para a pessoa que sofre transtorno mental.

Da análise ainda pode-se destacar as questões da família como elemento participante de todo o processo terapêutico e da equipe como um conjunto de elementos inseridos no movimento da reforma buscando oferecer uma assistência ética e respeitosa. Evidencia-se, entretanto, que as mudanças não ocorrem de maneira linear nem com igual intensidade em todos os seguimentos nas que está ocorrendo.