

**A família no processo de reinserção social da pessoa com transtorno mental: percepção
dos profissionais da atenção básica**

**The family in the process of social reinsertation of the person with mental disorder:
perception of the basic attention professionals**

**La familia en el proceso de reinserción social de la persona con trastorno mental:
percepción de los profesionales de atención básica**

Recebido: 15/06/2020 | Revisado: 16/06/2020 | Aceito: 01/07/2020 | Publicado: 18/07/2020

Adriana Rotoli

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5283-1880>

Universidade Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Brasil

E-mail: rotoli@uri.edu.br

Mara Regina Santos da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4005-3011>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: marare@brturbo.com.br

Resumo

Objetivo: conhecer a percepção dos profissionais da Atenção Básica acerca do papel da família no processo de reinserção social das pessoas com transtornos mentais. Método: estudo qualitativo, realizado com 17 (dezesete) enfermeiras, quatro médicos (as), cinco psicólogos (as) e quatro assistentes sociais, totalizando 30 (trinta) profissionais que trabalham nas Estratégias de Saúde da Família dos municípios gaúchos na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados no mês de abril de 2018, utilizando a entrevista semiestruturada e após submetidos à análise temática. Os resultados estão agrupados em três núcleos temáticos: (1) A família como aliada dos profissionais; (2) Construindo vínculos entre as famílias e os serviços de saúde; (3) A família entre o cuidado e a rejeição com à PTM. Considerações finais: o conjunto de resultados deste estudo mostra que atuar juntamente com a família requer do profissional a compreensão dos conceitos e referências construídas sobre ela e direcionar as ações para as necessidades específicas de cada uma delas.

Palavras-chave: Saúde mental; Família; Desinstitucionalização; Profissionais de saúde.

Abstract

The present study has the following objectives: to identify the professionals' knowledge about changes in mental health care from the asylum to the psychosocial model in primary care services; understand how professionals who work in primary care perform their mental health practices to promote the psychosocial model. Method: exploratory, descriptive study, of a qualitative nature, developed with thirty professionals, seventeen nurses, four doctors (five), five psychologists (four) and four social workers, who work in the Family Health Strategies of municipalities in Rio Grande do Sul. The data were collected through semi-structured interviews in April 2018. The analysis technique was Thematic Analysis. Results: through the analysis, two thematic groups were identified: (1) The professionals' knowledge about changing the asylum to the psychosocial model; (2) Practices that professionals perform in mental health in Primary Care. Final considerations: The low knowledge of professionals about mental health in primary care contributes to the actions being based on referrals, compromising the logic of the paradigm shift from the asylum to the psychosocial model with mental health actions carried out in Primary Care services.

Keywords: Mental health; Basic attention; Legal guideline; Professional knowledge.

Resumen

Objetivo: conocer la percepción de profesionales de Atención Básica alrededor de la responsabilidad de familia en el proceso de reintegración social de personas con desordenes mentales. Método: estudio cualitativo, realizado con 17 (diecisiete) enfermeras, 4 (cuatro) médicos/as, 5 (cinco) psicólogos/as y cuatro asistentes sociales, sumando 30 (treinta) profesionales que trabajan en las Estrategias de Salud de la Familia en municipalidades de la región noroeste del Estado del Rio Grande del Sur. Los datos fueron colectados en el mes de abril de 2018, utilizando la encuesta medio abierta y después sometida al análisis temático. Los resultados están compilados en tres núcleos temáticos: (1) La familia aliada de los profesionales; (2) Construcción de enlaces entre familias y servicios de salud; (3) La familia ante la precaución y el rechazo con la PTM. Consideraciones finales: el conjunto de resultados de esta investigación muestra que actuar juntamente con la familia exige del profesional la comprensión de los conceptos y referencias construidas sobre ellas y direccionar las acciones para las necesidades específicas de cada una de ellas.

Palabras clave: Salud mental; Familia; Desinstitucionalización; Profesionales de salud.

Introdução

No âmbito da saúde mental, o debate acerca da inserção da família no cuidado da pessoa com transtorno mental (PTM) adquiriu relevância a partir do momento que o modelo de atenção rompe com a lógica asilar e passa pelo reconhecimento da atenção no território de vida das pessoas. Nesse contexto, a família é solicitada a assumir o lugar de cuidadora, com a corresponsabilidade dos profissionais e dos serviços de saúde (Trad, Vasconcelos & Carvalho, 2016)¹.

Na trajetória brasileira do processo que reconfigura esse modelo de atenção é instituída em 2001 a Lei Federal Nº 10.216, que garante os direitos e a proteção das PTMs e define novos rumos para a assistência em saúde mental. Até então, a assistência centrada no manicômio e ancorada no indivíduo, muda sua ênfase para o psicossocial comunitário, tendo como diretriz o atendimento da pessoa no seu território de vida com sua família e comunidade, integrando e compreendendo seu cotidiano (Brasil, 2005)².

Dois anos depois, a Lei Nº 10.708, de 31/07/2003, instituiu o Programa “De volta para casa”, o qual prevê auxílio-reabilitação psicossocial para suporte financeiro à reintegração social de usuários acometidos de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência. Esse programa consiste em uma ação articulada aos processos de reabilitação psicossocial e ao Sistema Único de Assistência Social, com vistas a garantir a efetiva assistência, participação e inclusão social (Brasil, 2018).

A família passa, então, a ocupar lugar de destaque no processo de reinserção da PTM, tanto no seu seio quanto na sociedade, fortalecendo o cuidado em liberdade. Concomitante, as equipes de saúde precisam proporcionar à família, no mínimo, acesso ao conhecimento sobre o transtorno mental com orientações que possam proporcionar segurança na condução do cuidado da PTM no domicílio (Costa, Soares & Rocha, 2018).

Para dimensionar a repercussão que a mudança de modelo de atenção provoca, é preciso levar em consideração que historicamente a família foi excluída do tratamento em saúde mental, seja pela sobrecarga emocional e física que a responsabilidade pelo cuidado lhe acarreta, ou por ser considerada uma influência negativa para a PTM. Nos dias de hoje, a família está diante de um papel relevante, necessitando não só reaprender a conviver com a PTM, como também conhecer e apreender os fundamentos que garantem a produção do cuidado de uma pessoa com transtorno mental no seu meio e na comunidade (Santos & Rosa, 2018).

Sem dúvida, a família é um grupo que, potencialmente, pode favorecer a saúde e o desenvolvimento de seus membros. Quando ela consegue constituir-se como um espaço de cuidado, possibilita que seus membros desenvolvam o sentido de autonomia e estabeleçam vínculos que respondam positivamente às suas demandas, embora esta não seja uma tarefa que consiga realizar de forma isolada. Para desempenhar esse papel, a família precisa da ajuda de inúmeras estruturas de apoio de seu entorno. De forma análoga, quando se trata do processo de reinserção social de um de seus membros com transtorno mental, a família precisa estar amparada para conseguir responder às especificidades dos cuidados requeridos.

O desempenho desse papel é, via de regra, sustentado nas interações cotidianas que a família estabelece em diferentes níveis de seu contexto de vida, quando há trocas entre quem cuida e quem é cuidado (Olshowsky & Camatta, 2013). No entanto, estudos de Costa, Soares e Rocha (2015) e Santos e Rocha (2017) evidenciam que a ressocialização da PTM ainda encontra algumas barreiras para reconstruir vínculo com as pessoas do seu convívio. Frente ao diagnóstico de transtorno mental do seu familiar, os demais membros de uma família reconhecem emoções negativas quanto à aceitação deste, quando entendem que a doença mental é incapacitante, com tratamento para toda vida. A dificuldade de aceitar seu familiar com transtorno mental conduz o(s) cuidador(es) a ações com impaciência, culpa, preocupação, medo do prognóstico, cansaço físico, mental e revolta por ter que assumir cuidados elementares à PTM por tempo indeterminado. Ainda, o convívio com a PTM pode provocar nos familiares, prejuízos financeiros, estresse e sobrecarga emocional, exclusão social e familiar.

Por essas razões, é fundamental que os profissionais de saúde que prestam assistência a PTM e sua família possam compreender a situação dessas famílias e desenvolvam estratégias para proporcionar o apoio, a orientação e os esclarecimentos que a família necessita para sentir-se participante ativa no cuidado. Atuar sob a ótica do modelo psicossocial com ênfase no território de vida das pessoas, requer dos profissionais inovação e atuação com capacidade inventiva, dialogando e interagindo com os saberes comunitários e familiares, realizando interlocução entre os conhecimentos científicos e populares¹. A inovação tecnológica em saúde mental reitera o cuidado pautado na recuperação e reabilitação psicossocial, com práticas que considerem a alteridade e a singularidade da PTM (Bosi et. al, 2018).

Assim, é preciso considerar que embora exista, no Brasil, um arcabouço legal que regulamenta a saúde mental no país, ainda é longa a distância entre o modelo de reestruturação da assistência em saúde mental proposto e as ações desenvolvidas

especificamente no âmbito da Atenção Básica. Um dos primeiros passos para modificar essa situação seria desvendar os inúmeros fatores que podem estar sustentando esse distanciamento.

Segundo a literatura, dentre esses fatores estão as concepções arraigadas sobre a doença mental, as quais determinam a maneira como a sociedade se relaciona com essas pessoas e suas famílias. Por extensão, estas concepções moldam as interações entre os profissionais e as famílias e orientam a organização dos serviços de saúde. São, portanto, importantes desafios que precisam ser superados para que, de fato, a assistência em saúde mental possa assumir seu lugar na atenção básica.

Face ao exposto, este estudo tem como objetivo conhecer a percepção dos profissionais da Atenção Básica acerca do papel da família no processo de reinserção social das pessoas com transtornos mentais.

Método

Estudo qualitativo, exploratório e descritivo realizado com profissionais que atuam na Rede de Atenção Básica de três municípios de abrangência da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Rio Grande do Sul, Brasil. Estes municípios estão localizados na região noroeste do estado gaúcho, e foram identificados neste estudo como Municípios 1, 2 e 3 (M1, M2 e M3). Todos contam com Hospitais municipais com Unidades Psiquiátricas de Hospitais Gerais (UPHG), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e Unidades Básicas de Saúde (UBSs) com atendimento de Estratégias de Saúde da Família (ESFs).

M1 conta com um hospital geral que dispõe UPHG com 14 leitos psiquiátricos conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS); seis ESFs que atendem apenas a população urbana do município com cobertura de 80 % da população; um CAPS que atende pessoas adultas com transtornos mentais e a demanda de álcool e outras drogas. M2 tem oito ESFs com 100% de cobertura; um CAPS que atende toda a demanda do município; um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); e um hospital geral com UPHG com dez leitos psiquiátricos conveniados ao SUS. M3 tem quatro ESFs; um CAPS que atende a demanda de todo o município; e um hospital geral que dispõe UPHG com 14 leitos psiquiátricos conveniados ao SUS.

Um total de 30 (trinta) profissionais que atuam na Rede de Atenção Básica participaram do estudo, sendo 17 (dezessete) enfermeiras, quatro médicos (as), cinco

psicólogos (as) e quatro assistentes sociais. Foi utilizado como critério de inclusão no estudo, o profissional estar atuando na ESF há no mínimo seis meses. Foram excluídos os profissionais que estavam em férias ou em licença saúde no período da coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada em abril 2018, por meio de entrevistas semiestruturadas com horários previamente agendados. Para preservar o anonimato, os profissionais foram identificados pelas letras que correspondem a sua profissão, E (enfermeiro), M (médico), P (psicólogo) e AS (assistente social), seguidas do número que identifica a ordem das entrevistas, como segue o exemplo: (E₁, P₂, M₃, AS₄... E₁₇).

Os dados foram submetidos à análise temática⁹, seguindo os passos da pré-análise, na qual foi realizada a leitura e classificação dos conteúdos obtidos nas entrevistas. Após, as falas dos participantes foram agrupadas por semelhanças de respostas, resultando em agrupamentos maiores que possibilitaram a interpretação e a síntese apresentada em três núcleos temáticos que receberam as denominações: (1) A família como aliada dos profissionais nas ações com as PTMs; (2) Construindo vínculos entre as famílias e os serviços de saúde; (3) O confronto da família entre o cuidado e a rejeição com a PTM.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rio Grande - FURG, com registro sob o número 12/2018 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética sob o número 81977318.2.0000.5324.

Resultados

Dos 30 (trinta) participantes do estudo, 27 (vinte e sete) eram do sexo feminino e três do masculino. A faixa etária variou entre 28 (vinte e oito) e 64 (sessenta e quatro) anos. O tempo de vinculação ao serviço ficou situado entre um (1) e 30 (trinta anos) e o tempo de formação entre três (3) e 44 (quarenta e quatro anos). Com relação à formação profissional, todos possuem especialização e seis (6) também são mestres.

A família como aliada dos profissionais

Os profissionais descrevem a família como a principal aliada na condução do tratamento da PTM. Realizam ações em conjunto com a família que inicia no acolhimento, com seguimento no atendimento incluindo a PTM, na UBS, até continuidade do tratamento

no domicílio. As ações integradas envolvem grupos de saúde, visitas domiciliares e atendimentos individuais com a família.

Referiram, também, que a família agrega valor ao cuidado quando participa da terapêutica da PTM e assim possibilita resultados positivos no acompanhamento do tratamento. Entendem que a família precisa estar integrada no processo de cuidado e participar de forma ativa de todas as formas de tratamento com o intuito de possibilitar a continuidade da assistência no seu domicílio, como pode ser identificado nas falas que seguem.

[...] a família é o fator mais importante, precisa saber o manejo da doença mental, cuidados com medicação, porque quem tem problema mental na família precisa saber da doença para cuidar [...] (M₁).

[...] a base é a família, ela quer ver seu familiar recuperado, precisa fazer parte do tratamento, então aqui é saúde/família/medicação/psicoterapia/terapia de grupo e acolhimento. A família ajuda muito [...] (E₁₇).

Os profissionais consideram que as famílias são comprometidas com a saúde do seu familiar, adentram e interagem no decorrer do tratamento, participam de grupos de saúde mental e acompanham as consultas médicas ou psicológicas. Identificaram a necessidade de construir alianças com a família, com trocas constantes de experiências para agregar ações relevantes para o tratamento, como pode ser identificado nas falas.

[...] isso que eu falo, da família pegar junto o problema, se comprometer, incentivar esse paciente a buscar auxílio a buscar ajuda e participar do tratamento, assim tem bom resultado [...] (P₄).

[...] temos sempre a inclusão da família, que precisamos fazer este elo, considerando que ele vive com uma família [...] (E₁₁).

Os profissionais consideram majoritariamente que a família coopera com o tratamento, e consegue gerenciar a continuidade deste no domicílio. Entendem que necessitam valorizar as experiências do familiar, quando fornecem informações relevantes para a equipe multiprofissional desenvolver formas de apoio para quem cuida. Identificam que as famílias que apresentam reciprocidade com os profissionais na condução do tratamento e os resultados são positivos no transcorrer do mesmo.

Construindo vínculos entre as famílias e os serviços de saúde

Os profissionais referiram dificuldades para acolher a família e atender as necessidades que ela manifesta. Os profissionais consideram que as PTMs precisam ser atendidas com agendamento, que precisam preparar e organizar o encontro, com comunicação de acolhimento, no entanto os atendimentos ficam reduzidos a consulta médica e a busca de medicamentos, como pode ser identificado nas falas a seguir.

[...] a falta de tempo, as fichas são todas lotadas e o posto sempre cheio de gente consultando e a gente não consegue dar conta de tudo e o paciente com doença mental precisa de tempo para conversar, precisa de um horário agendado e tempo para ouvir os familiares [...] também precisa de tempo para reunir a equipe para ver o que vai fazer [...] (M₃).

[...] é difícil convencer o familiar que é importante cuidar, eles esperam muito de nós [...] é preciso apoiar a família para eles poder ajudar no tratamento do familiar que está doente [...] (E₁₀).

Ao mesmo tempo, esses profissionais identificam que a família busca no serviço de saúde ajuda para conduzir o cuidado no domicílio e visualizam nas orientações dos profissionais a possibilidade de obter respostas as suas inquietações acerca da doença do familiar. Por essa razão, identificam a necessidade de fortalecer as relações com as famílias e promover maior interlocução entre os serviços de saúde, ou seja, ir ao encontro das necessidades que as famílias buscam.

[...] eu falo sempre, da família pegar junto o problema, a família se comprometer [...] nos precisamos nos aproximar da família [...] a família do paciente vem buscar auxílio, ajuda [...] (P₃).

[...] a gente precisa ajudar as famílias, que eles têm suas limitações, mas tem capacidade de fazer muitas coisas, mostrar que é importante a interação com a unidade de saúde [...] mas depende de nós [...] (P₃).

Outro fator identificado pelos profissionais é a necessidade das famílias identificarem que o serviço de saúde pode organizar ações de promoção de trabalho e renda, com disposição de oficinas de artes, oferta de cursos profissionalizantes e outras atividades que abrangesse a PTM e sua família, como forma de inseri-los nos meios sociais com participação ativa na

sociedade e como forma de adquirir renda financeira para subsidiar suas despesas, conforme as falas a seguir.

[...] necessidade grupo de trabalho com alguma arte, essas ações em grupo que o paciente na saúde mental tem bem mais eficácia quando trabalham em grupo [...] (P3).

[...] eles tem limitações, mas também capacidade de fazer muitas coisas, a gente precisa ajudar as famílias para incluir eles na sociedade, um emprego e uma função na família também, mostrar a importância da interação com a comunidade e não o isolamento como era antigamente [...] (P4).

Os profissionais consideram que a família reconhece as capacidades da PTM para desenvolver trabalhos e entendem que este pode ampliar o convívio social reabilitador. Os profissionais identificam que o trabalho pode dar sentido às relações, contribuindo para a estruturação da vida da PTM, e recuperar a autoestima. A reinserção ao trabalho também é identificada como fonte de renda para manutenção do tratamento e de possibilitar melhores condições de vida em termos de alimentação, habitação e lazer.

A família entre o cuidado e a rejeição à PTM

Neste núcleo temático estão agrupadas as questões relacionadas a reduzida aceitação da família em assumir uma PTM na sua casa, correspondendo negativamente na condução do tratamento, implicando em negligência e abandono do mesmo. A família exerce influências no cuidado das PTMs nem sempre positivas, especialmente quando não consegue compreender o tratamento e rejeita a condição de seu familiar apresentar transtorno mental.

Identificam que a família encontra dificuldades para aceitar que seu familiar está com uma doença culturalmente permeada de preconceitos e estigmas e procuram esconder sua condição. Relatam que a família nega a existência da doença mental, que esta apresenta dificuldades para conduzir o cuidado com a PTM, como pode ser identificado nas falas que seguem.

[...] a família não entende, é difícil quando alguém está doente, é um peso para a família, todos querem se ver livre. As pessoas tem vergonha de ter alguém com problemas mentais em sua família [...] (E₁₂).

[...] percebo a dificuldade da família com a aceitação da doença mental e conseguir lidar com esta pessoa, quando surge, eles não sabem como lidar com este sofrimento [...] (P₃).

[...] acho um pouco desse mito da pessoa louca, da pessoa com transtorno mental ser aquela pessoa isolada tanto pelo estigma da sociedade e da própria família [...] (E₁₂).

Neste contexto, a relação hostil da família diante da situação de doença do familiar, foi identificada e relacionada à descontinuidade do tratamento. Relatam que este domínio impregnado de concepções negativas quanto ao cuidado necessário de um familiar com transtorno mental, conduz à negligência e abandono da PTM, como pode ser identificado nos fragmentos das falas que seguem.

[...] eu acho que as famílias são todas doentes junto com a pessoa com transtorno mental [...] a família não percebe que estão doentes, não colaboram, assim, é difícil continuar o trabalho (P₅).

[...] é difícil convencer o familiar que é importante tratar e cuidar. A família entende que o paciente tem que ficar dopado e internado [...] quando alguém está doente é um peso para a família, todos querem se ver livre [...] (E₁₀).

[...] é importante a família entender da doença também para poder ajudar. Acredito [...] se houvesse maior entendimento dos familiares com famílias mais unidas, o paciente conseguiria ter uma qualidade de vida melhor e até diminuir a medicação, e ficar somente com aquela que realmente precisa. Mas a família quer o paciente dormindo [...] (E₁₂).

A internação hospitalar foi identificada pelos profissionais como consequência da família não cuidar da PTM no domicílio, não acompanhar o uso de medicamentos, não conduzir a PTM à psicoterapia e aos grupos de saúde mental. Consideram, nestes casos, que o hospital pode oferecer o melhor cuidado ao seu familiar.

Discussão

No presente estudo, percebeu-se que as famílias visualizam seu papel reabilitador, quando cooperam com o cuidado, dando seguimento ao tratamento do seu familiar no domicílio. Este estudo corrobora com a pesquisa¹⁰ realizada com profissionais de ESFs e

CAPS de um município da região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul que mostrou que é possível realizar ações com as famílias, com visitas domiciliares, participação de grupos de familiares. Tais ações no cuidado da PTM são efetivas quando a família compreende a complexidade das ações e as realizam conforme as orientações dos profissionais.

O prosseguimento de ações dotadas de cuidado no domicílio garante a continuidade de do tratamento, tornado a família gerenciadora do cuidado, este protagonismo tem sido sinônimo de afeto e proximidade, na busca pela autonomia da PTM, bem como de sua cidadania e reinserção social⁶. Tais afirmações convergem com o presente estudo que identifica que a família agrega valor ao tratamento e valorizam sua integração no processo de cuidar, com participação ativa no cuidado realizado com a PTM. No momento em que a família se reintegra do processo do cuidar, em corresponsabilidade com os profissionais do serviço de saúde, o tratamento apresenta resultados positivos e promover a reinserção social.

Quanto à organização dos serviços de saúde o presente estudo identificou que esta interfere na reinserção social da PTM devido à reduzida oferta de serviços que a promovam, ações de acesso ao trabalho e renda. Estudo¹¹ realizado em 2011 identifica o trabalho, agregando sentido às relações, referem que o este contribui para a estruturação da identidade produzindo significado à vida da PTM. A família possui a capacidade de conhecer as fragilidades e capacidades da PTM, assim consegue oferecer espaços que possibilitem o convívio social reabilitador.

A reinserção social da PTM está relacionada com a possibilidade de reatar vínculos e o convívio do indivíduo com seus familiares e demais espaços sociais, por meio da participação e ocupação de ambientes de lazer, trabalho, dentre outros¹². A lógica da reinserção social requer o entendimento da família, da sociedade e dos profissionais no que tange a mudança de modelo manicomial para o psicossocial, compreendendo que este apresenta suas características próprias nem sempre compreendidas.

Estudos^{1,13-14} traduzem que a assistência prestada pelos profissionais está focada na clínica da PTM e realizada apenas na UBS, não contemplando o acompanhamento da família. Os resultados do presente estudo convergem com os estudos relatados, ao identificar que as ações dos profissionais são desencontradas com as necessidades da família, que os serviços de saúde não estão organizados para o atendimento da PTM, com impedimentos de assistência justificados pela falta de profissionais para atender na UBS, desconhecimento de ações que podem ser realizadas com as famílias e PTMs.

No que tange as interferências da família, os profissionais do presente estudo identificaram que esta apresenta dificuldade para aceitar que seu familiar é PTM, entendem

que a partir da rejeição, automaticamente não assume a responsabilidade conjunta com o familiar e não seguem as orientações dos profissionais. No sentido de qualificar a família sobre o tratamento da PTM, estudo⁷ traduz que é importante que aquele que cuida aceite as limitações e singularidades do seu familiar, bem como os profissionais precisam oferecer rede de atenção estruturada em rede de serviços, que ofereça esclarecimentos, compartilhando responsabilidades e destinando o suporte adequado às necessidades que a família deseja atender.

Pesquisa¹⁵ realizada em um serviço de saúde mental da cidade de São Paulo-SP com familiares de PTMs identificaram nos relatos dos participantes que a doença mental na família é traduzida de preconceitos, com afastamento de pessoas amigas e parentes do seu convívio. Vindo ao encontro da pesquisa, este estudo aproxima resultados no que tange o sofrimento das famílias em relação aos preconceitos e rejeições que sofrem no contexto familiar e social. Relatam que a família tem dificuldades para aceitar uma doença que culturalmente é concebida de preconceitos e estigmas, procuram esconder de amigos e da comunidade. É essencial que a família se sensibilize da importância do cuidado com a PTM e de sua participação no acompanhamento do tratamento do familiar e consiga compreender e aceitar algumas dificuldades, trabalhando a rejeição, o estigma e o preconceito⁴.

Estudo realizado com familiares de PTMs de um serviço de saúde mental¹⁶, na região oeste do Estado do Paraná identificou resultados que convergem como presente estudo ao que se refere à dificuldade de aceitar que seu familiar é portador de um transtorno mental. Corroborando com os autores, a família sente a necessidade de conhecer o processo de adoecimento para aceitar e posteriormente cuidar. O presente estudo identificou que os profissionais necessitam destinar suporte à família para o cuidado no domicílio, promovendo estratégias de compreensão do transtorno mental que conduza a aceitação que seu familiar é portador e necessita conviver juntamente com a família.

Considerações finais

Identificou-se que os profissionais compreendem a relevância da participação da família no tratamento da PTM e, as tem como aliada na corresponsabilização do cuidado. Entendido que mesmo em condições que nem sempre favoreçam o trabalho com as famílias, um número expressivo de profissionais consegue realizar ações no seu contexto do serviço de saúde e do domicílio.

A família apresenta dificuldades para aceitação da doença mental de seu familiar, a partir disso não assume a responsabilidade em conjunto com os profissionais na atenção à PTM. Este aspecto pode estar ligado ao estigma que a família tem concebido sobre a pessoa “louca”, que não consegue mais trabalhar, que pode se suicidar, entre outras características e situações que o familiar identifica como um problema difícil de ser resolvido. Neste aspecto os profissionais, precisam utilizar estratégias para acolher e se responsabilizar com a PTM e sua família, identificando a necessidade de integração das ações em saúde, visto que o transtorno mental representa um sofrimento subjetivo. Estas propostas de intervenção favorecem o a integralidade em saúde mental, proporcionando uma convergência de saberes e práticas.

Em relação à organização dos serviços de saúde, o estudo mostra que os profissionais encontram dificuldades para atender as famílias, devido à falta de tempo para realização das ações com as mesmas. Tais dificuldades podem ser superadas por meio do apoio, do fortalecimento da família pelos profissionais de saúde, que a partir de ações integrais contribuem no cuidado e no enfrentamento de problemas do seu cotidiano. Compete aos serviços organizar ações que de fato consigam atender a família e viabilizar ações de promoção de trabalho e renda que possibilitam melhorar a autoestima e promover relações familiares e sociais inclusivas e reabilitadoras. Diante de tais elementos entende-se a relevância de realizar investigações acerca das vivências das famílias com PTMs na condução da desinstitucionalização e reinserção social. Visto que as famílias precisam compreender a sua relação com o cuidado domiciliar e não mais institucional.

Referências

Almeida, A. C. M. C. H., Felipes, L., Dal Pozzo, V. C. O impacto causado pela doença mental na família. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2011 [acesso em 13 ago 2018]; (6):40-47. Disponível em:

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602011000200007.

Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações [internet]. Brasília, DF; 2003. [acesso 13 ago 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm.

Bosi, M. L. M., Carvalho, L. B., Sobreira, M. A. A., Ximenes, V. M., Liberato, M. T. C., Godoy, M. G. C. Inovação em saúde mental: subsídios à construção de práticas inovadoras e modelos avaliativos multidimensionais. *Physis* [online]. 2011 [acesso em 20 ago 2018]; 21(4),1231-1252. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000400004>.

Costa, G. M., Pessôa, C. K. L., Soares, C. A., Rocha, S. A. M. A importância da família nas práticas de cuidado no campo da Saúde Mental. *Cadernos ESP*. 2015 [acesso em 12 ago 2018]; 8(1),41. Disponível em:
<http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/viewFile/169/88>.

Covelo, B. S. R., Badaró-Moreira, M. I. Laços entre família e serviços de Saúde Mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2015 [acesso em 13 ago 2018]; 19(55),1133-1144. disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0472>.

Dimenstein, M., Sales, A. L., Galvão, E., Severo, A. K. Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. *Physis* [online]. 2010 [acesso em 16 ago 2018]; 20(4),1209-1226. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400008>.

Estevam, M. C., Marcon, S. S., Antonio, M. M., Munari, D. B., Waidman, M. A. P. Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre atenção básica. *Rev Esc Enferm USP*. 2011 [acesso em 16 ago 2018]; 45(3),679-686. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300019>.

Filizola, C. L. A., Teixeira, I. M. C., Milioni, D. B., Pavarini, S. C. I. Saúde mental e economia solidária: a família na inclusão pelo trabalho. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2011 [acesso em 20 ago 2018]; 45(2),418-425. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000200017>.

Linassi, J., Strassburger, D., Sartori, M., Zardin, M. V., Righi, L. B. Projeto terapêutico singular: vivenciando uma experiência de implementação. *Revista Contexto & Saúde*. 2013 [acesso em 16 ago 2018]; 11(20), 425-434. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1561>.

Minayo, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da saúde; 2005.

Nascimento, K. C. D., Kolhs, M., Mella, S., Berra, E., Olschowsky, A., Guimarães, A. N. O desafio familiar no cuidado às pessoas acometidas por transtorno mental. Revista de Enfermagem UFPE On Line. 2016 [acesso em 09 ago 2018]; 10(3),940-948. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201601>.

Olschowsky, A., Lavall, E., Camatta, M. W. Família e o cuidado em saúde mental. In: Marcolan, JF, Castro RCB. Enfermagem em Saúde mental e psiquiatria: desafios e possibilidade do novo. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013. P 299-316.

Paranhos-Passos, F., Aires, S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. Physis [online]. 2013 [acesso em 09 ago 2018]; 23(1),13-31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000100002>.

Santos, D. V. S., Rosa, L. C. S. Reforma Psiquiátrica, famílias e estratégias de cuidado: uma análise sobre o cárcere privado na saúde mental. Libertas [online]. 2017 [acesso em 16 ago 2018]; 16(2),25-36. Disponível em: <https://libertas.ufjf.emnuvens.com.br/libertas/article/view/304>.

Trad, L. A. B., Jorge, M. S. B., Vasconcelos, M. G. F., Carvalho, L. C. Família e Cuidado em Saúde Mental no Brasil: corresponsabilidade e desafios tecnológicos na desinstitucionalização. In: Nunes, M., Landim, F. L. P. Saúde Mental na Atenção Básica: política e cotidiano. Salvador: EDUFBA; 2016.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Adriana Rotoli – 50%

Mara Regina Santos da Silva – 50%