

INTERNAÇÃO DO DOENTE MENTAL EM SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO: PERCEPÇÃO DO FAMILIAR

Cássio Silveira dos Santos¹
Analídia Rodolpho Petry²
Indiara Foljarini de Freitas³
Vera Elenei da Costa Somavilla⁴

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica representou um avanço no cuidado ao doente mental uma vez que a sua prerrogativa é de que o indivíduo seja mantido junto à sua família e inserido na sociedade. Há, porém situações onde manter a permanência do doente mental no domicílio não se faz possível. Neste contexto, o presente trabalho teve por objetivo investigar, junto a familiares de doentes mentais que moram em residenciais terapêuticos, os motivos que os levam a interná-los em residenciais terapêuticos. Para tal, procedeu-se a uma pesquisa descritiva e exploratória, de cunho qualitativo, que foi realizado com quatro familiares de portadores de transtorno mental que se encontram alocados em residencial terapêutico em uma cidade no interior do Rio Grande do Sul – BRASIL. Os dados foram coletados através de uma entrevista semiestruturada gravada. Os dados foram analisados através da análise temática e resultaram em três unidades analíticas. Evidenciamos que a doença mental surge na vida do indivíduo comprometendo todos os aspectos da sua vida. Os familiares apresentam sobrecarga em seu cotidiano por ter que cuidar e conviver de uma pessoa que apresenta uma sintomatologia de difícil manejo. Os dados mostram que as fugas do domicílio, os problemas relacionados aos hábitos de sono-vigília e a agressividade são referidos como motivos que levam a internação em um Residencial terapêutico.

Palavras chave: Saúde mental; Moradias Assistidas; Desinstitucionalização.

1 Enfermeiro – Transul Emergências Médicas – E-mail: cassiosilveira@mx2.unisc.br

2 Enfermeira, Mestre, Doutora, e Docente do Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul

3 Enfermeira, Esp. em Gerenciamento e Auditoria em Enfermagem, Esp. Urgência e Emergência – Docente do Curso Técnico em Enfermagem da Faculdade Dom Alberto – E-mail: indiara.freitas@domalberto.edu.br

4 Enfermeira, Mestre, Doutora, e Docente do Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul

ABSTRACT

The Psychiatric Reform represented an advance in the care of the mentally ill since its extension is that the individual be kept with his family and inserted in the society. There are, however, situations where maintaining the mental patient's stay at home is not possible. In this context, the objective of the present study was to investigate the reasons that lead them to residential care in the family of mentally ill patients living in therapeutic residences. For that, a descriptive and exploratory qualitative study was carried out, which was performed with four relatives of patients with mental disorder who are housed in a therapeutic home in a city in the interior of Rio Grande do Sul - BRAZIL. Data were collected through a recorded semi-structured interview. Data were analyzed through thematic analysis and resulted in three analytical units. We show that mental illness arises in the life of the individual by compromising all aspects of his life. Family members are overloaded in their daily lives because they have to care for and live with a person who has a difficult to manage symptom. The data show that the leakage of the home, problems related to sleep-wake habits and aggressiveness are referred to as reasons that lead to hospitalization in a therapeutic Residential.

Keywords: Mental health; Assisted Housing; Deinstitutionalization

INTRODUÇÃO

Esse trabalho discorre sobre o fim de grandes manicômios como depositários de doentes mentais durante o período da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) neste espaço. O estudo inicia-se apresentando uma contextualização de fatos importantes que marcaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Trata-se de uma pesquisa cuja temática é a inclusão de doentes mentais em residenciais terapêuticos.

Os “loucos”, como eram denominados na década de 1970, permaneciam institucionalizados sob condições extremamente precárias, denominadas pelo pesquisador Amarante (1995) como desumanas. Os sujeitos enfrentavam internações que se prolongavam por anos, sem nenhuma previsão alta, e, por vezes

pela vida inteira em locais onde permaneciam abandonados pelos familiares e pela sociedade (AMARANTE, 1995).

A Reforma Psiquiátrica representou um avanço no cuidado do doente mental, uma vez que a sua prerrogativa é de que o indivíduo seja mantido junto à sua família e permaneça inserido na sociedade. Há, porém, situações em que manter o doente mental no domicílio não se torna possível, sendo necessário abrigá-los em determinadas instituições, de maneira temporária, até que se estabilize o quadro.

Dentre as alternativas, estão os residenciais terapêuticos. A criação destes estabelecimentos se deu após a Conferência Regional para a reestruturação da assistência psiquiátrica em Caracas, no ano de 1990. Esta conferência deu origem à Declaração de Caracas, onde estabeleceu-se o comprometimento de alguns países dentre eles, o Brasil, para estabelecer uma reestruturação da assistência psiquiátrica. Nesta direção, passou-se a privilegiar a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, como: as redes de atenção à saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os leitos psiquiátricos em hospitais gerais, as oficinas terapêuticas e os residenciais terapêuticos baseados nas particularidades e necessidades de cada local. (HIRDES, 2009).

Neste contexto, este estudo justificou-se pela necessidade de problematizar as razões que levam à institucionalização de determinados portadores de sofrimento psíquico em residenciais terapêuticos, uma vez que estes dispositivos constituem-se de alternativas de moradia para um contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos, por não contarem com um suporte adequado na comunidade. Além disso, esses residenciais podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, ou seja, àqueles que não contam com um suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia (BRASIL, 2004a).

A partir destas ponderações, esta pesquisa teve como objetivo: investigar junto aos familiares de doentes mentais que moram em residenciais terapêuticos, os motivos que os levaram a uma internação em residencial terapêutico.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo de caráter descritivo e exploratório de cunho qualitativo que foi desenvolvido em um Município do interior do estado do Rio Grande do Sul. A pesquisa contou com o apoio de um residencial terapêutico que, após contato prévio pelo pesquisador para sensibilizá-los sobre a importância do estudo, forneceu os endereços dos familiares de pacientes internados no local. O residencial localiza-se na região urbana de um município na região central do interior do Rio Grande do Sul.

Num segundo momento, contactou-se os familiares dos indivíduos internados no residencial terapêutico. Dos oito sujeitos contatados, apenas quatro deles aceitaram participar do estudo. Foram incluídos na pesquisa, os sujeitos que aceitaram participar voluntariamente do estudo, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que aceitaram que a entrevista fosse gravada.

O local, o horário e a data da entrevista foi estipulado pelo participante da pesquisa, observando aspectos que possibilitassem que a entrevista ocorresse sem interrupções ou barulhos que impedissem a sua realização. Todas as quatro entrevistas foram realizadas na residência dos sujeitos. Os entrevistados receberam codinomes de flores para que fosse mantido o anonimato.

A pesquisa seguiu os preceitos éticos descritos na Resolução 466/2012 e quanto aos riscos do estudo, os participantes foram orientados quanto a um possível desconforto em relação aos questionamentos efetuados pelo pesquisador, sendo possível desistir do estudo caso não sentissem condições de continuar. A cerca dos benefícios do estudo aos sujeitos, esteve o fato de problematizar os motivos e a necessidade que os familiares encontraram para internar seu familiar em um Residencial Terapêutico para que seja possível planejar alternativas que aumentem o vínculo entre os familiares, mesmo quando permanecem fisicamente distantes.

Os dados foram analisados através da Análise Temática de Bardin, seguindo as etapas de pré-análise, seleção do material, tratamento dos resultados e interpretação dos resultados, gerando três blocos temáticos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da amostra do estudo

Em relação ao gênero, todos os quatro sujeitos do estudo eram do sexo feminino. Em relação ao grau de parentesco com o familiar internado obteve-se uma mãe, três irmãs, sendo uma delas adotiva. A faixa etária variou entre 42 e 64 anos de idade. Quanto ao estado civil, todas as quatro entrevistadas são casadas e o nível de escolaridade variou do ensino fundamental ao ensino médio completo. No que diz respeito à atividade ocupacional, uma delas é empresária, uma é auxiliar administrativa e duas estão desempregadas no momento.

Os caminhos percorridos pelo portador de sofrimento psíquico: a narrativa dos familiares

Sabe-se que a convivência com um portador de doença mental pode significar um desafio muito grande para o familiar. Por vezes, o início da doença acomete logo cedo o indivíduo e vai aos poucos comprometendo sua vida social e familiar. Os sintomas da doença mental podem se agravar e dificultar a convivência no domicílio e por vezes, há um retardo mental prévio que propicia o aparecimento de problemas psiquiátricos (DURÃO, 2007). Aspecto explicitado pela seguinte fala:

[...] ele desde pequeno foi bastante problemático, meus pais levaram ele no médico, daí foi constatado que ele tinha, assim, um retardo mental desde pequenininho [...]. (Rosa)

A doença mental, entretanto, não está necessariamente atrelada a retardos mentais. Normalmente o indivíduo apresentava uma vida adequada e adaptada até o momento em que os sintomas e desajustes começam a aparecer. Conviver com a esquizofrenia, por exemplo, é uma tarefa extenuante, devido ao nível de exigências do doente. A esquizofrenia é uma síndrome crônica e complexa em

que o indivíduo apresenta como sintomas relacionados ao pensamento e comportamentos desorganizados (SOUZA FILHO, 2010).

Os depoimentos abaixo elucidam essa questão:

[...] começou assim de 11 para 12 anos. A gente percebeu que ele começou a ficar cada vez mais agravado [...] a gente percebeu que ele estava ficando agitado e nervoso, a gente viu que ele estava mudando [...]. (Violeta)

[...] começou aos 17 anos, ele era noivo tinha namorada, levava uma vida normal como todo o adolescente, trabalhava e do nada apareceu essa doença, é um distúrbio né [...]. (Margarida)

Percebe-se nos relatos que a doença mental acomete o indivíduo no início de sua vida produtiva, provocando o seu isolamento e a sua retração social. Ademais, é nesta fase que o jovem está se estabelecendo enquanto pessoa e estipulando metas pessoais.

Conforme Soares e Munari (2007); Humerez (2012), os sintomas decorrentes do quadros de esquizofrenia, como alucinações e comportamentos bizarros causam diferentes graus de comprometimento na vida dos sujeitos; alterando toda a sua estrutura vivencial. A fala abaixo exemplifica uma ocorrência delirante que impacta negativamente no desempenho escolar destes sujeitos:

[...] ele foi no colégio frequentou até a 6ª série eu acho, [...] ele agredia os colegas, se olhavam para ele, ele dizia: O que tu está me olhando? Ou se riam, estavam rindo dele, ele imaginava essas coisas assim [...]. (Rosa)

Na linha de pensamento de Humerez (2012) e Jerusalinsky (2010), na esquizofrenia, os delírios surgem paulatinamente, ou seja, são percebidos aos poucos pelas pessoas que convivem diariamente com o portador, e, em relação ao

delírio de referência, ou seja, delírio com temática de perseguição, como este do relato acima, nos instiga a pensar que tratam-se de situações extremamente incômodas para os demais alunos não psicóticos, pois para essas crianças pode se tornar inviável o convívio com essas formas de psicose.

As alucinações e as alterações comportamentais vão ocasionando eventos que, conforme mencionado no depoimento de Rosa, afastam o indivíduo do convívio social. As famílias que convivem com o portador de transtorno mental sentem sentimentos como preocupação e medo diante de seu comportamento, e, por esta razão procuram dar dispendido um cuidado maior ao sujeito. Conforme Borba, Schwartz e Kantorski (2008), essa constante preocupação faz com que os familiares cuidadores tenham dificuldade em conciliar tanto sua vida familiar quanto a vida pessoal fora deste espaço. Na falas abaixo, os discursos demonstram que a doença do familiar causou algum impacto à vida profissional.

[...] e eu não podia ficar com ela pois tinha que trabalhar, eu já tinha minha família [...]. (Orquídea)

[...] porque assim não dá mais, eu não consigo parar mais no trabalho, [...] e eu preciso trabalhar tenho a minha família [...]. (Margarida)

O relato dos familiares demonstra a grande dificuldade enfrentada por eles ao conciliar o cuidado do doente mental com a vida social e profissional, pois ao sair de casa, não há ninguém que faça a vigilância do seu familiar, causando, no responsável, o medo de possíveis reações agressivas, das fugas e de outras situações que podem acontecer ao deixar o familiar portador de doença mental sozinho em uma residência.

Neste contexto que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) assumem um papel importante junto a estas famílias. Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimulando sua integração social e familiar, apoiando-os nas sua busca por autonomia e oferecendo também atendimento médico, de enfermagem, psicológico e com outros profissionais que

compõe a equipe. A característica mais marcante desse serviço é buscar integrar os sujeitos a um ambiente social e cultural concreto a um espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2004b). Conforme Amorim e Dimenstein (2009), é com base nesse ideal de desinstitucionalização e com foco no território é que o modelo de atenção em saúde mental brasileiro foi proposto, ou seja, no sentido de expandir e consolidar uma rede de atenção extra hospitalar que atenda as demandas territoriais específicas sem deixar desassistidos os portadores de transtorno mental e indo além da simples desospitalização. Esta rede é constituída por unidades básicas de saúde (UBS - ESF), centros de saúde, serviços de pronto-atendimento, ambulatórios, CAPS e Serviços de Residências Terapêuticas.

Alguns relatos demonstram que o caminho trilhado pelas famílias para obter atendimento para o seu familiar passou por diversos pontos da rede. Tais pontos de atenção abrangem serviços de urgência e emergência como a Casa de Saúde Ignez Moraes:

[...] foi brabo, nas primeiras vezes no Hospitalzinho aqui encima, levava ele também para ficar ali, para ele fazer medicação e tinha que ficar ali baixado [...] no Hospitalzinho eles arrumavam vaga lá em Rio Grande para ele [...]. (Violeta)

E outros depoimentos mostram que o atendimento foi prestado em serviços de atendimento privado, conforme o relato a seguir:

[...] o pai vendeu até um carro sabe, pagou e internou ele no Hospital Ana Nery uma vez [...] Vida Nova lá no antigo Kampf [...]. (Rosa)

[...] que eu saiba ela foi internada no Renascer, essa ai eu lembro [...]. (Orquídea)

O modo como a família vivencia a doença impacta nas práticas de cuidado. O indivíduo, como um ser incluído na sociedade, ao contar a sua história, estará interpretando também o meio que o cerca e o seu lugar no mundo, como as suas relações familiares e com outros grupos sociais. (HUMEREZ, 2012). Nesse sentido, o sucesso da reabilitação depende também das relações estabelecidas entre quem cuida e quem é cuidado. Santos (2015, p. 70) nos contempla dizendo que “no início ocorre uma desorganização familiar, para posteriormente, a família conseguir reorganizar-se priorizando o cuidado. Nesse sentido, os profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar precisam conhecer e compreender a dinâmica das relações entre a pessoa com transtorno mental e a sua família, encorajando vínculos interpessoais saudáveis, ofertando suporte e assistindo todo o núcleo familiar nas suas necessidades (BACKES, 2009).

Os serviços de saúde substitutivos ao hospital foram criados com o intuito de garantir uma assistência contínua aos egressos de internações, propondo novas formas de acolher/cuidar dos usuários segundo o paradigma da reabilitação psicossocial. Com isso, o modelo clínico e excludente que restringia o portador de transtorno mental ao asilo deu lugar ao modelo inclusivo clínico-epidemiológico, buscando devolver o doente à dinâmica da vida social e familiar, como forma de ressaltar suas potencialidades e vulnerabilidades no manejo com o seu adoecimento (AZEVEDO; MIRANDA, GAUDÊNCIO, 2010).

A sobrecarga física e emocional enfrentada pelo familiar antes da internação

Os Serviços de Residenciais Terapêuticos foram criados para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. Essas residências servem de apoio aos usuários de outros serviços de saúde mental, que não possuem suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia (BRASIL, 2004a).

Sabemos que a convivência com um portador de doença mental pode significar um desafio para os familiares. Uma das principais dificuldades apresentadas pelos familiares é a sobrecarga sofrida com o convívio diário com o

portador de sofrimento psíquico. A sobrecarga envolve aspectos diversos, que interferem na rotina e dinâmica familiar, como sintomas e comportamentos do paciente, que desorganizam o cotidiano e exigem tarefas extras de cuidado, acarretando estresse contínuo, com o qual a família deve aprender a lidar (SOARES; MUNARI, 2007).

Um dos comportamentos que pode ocorrer nos momentos de crise e que podem trazer consequências importantes tanto para o doente, como para o familiar é a fuga do domicílio.

[...] queria sair para rua de noite, às vezes saía de noite e passava a noite toda fora e nós atrás, não podíamos nem dormir [...]. (Violeta)

O responsável sem saber o paradeiro do seu familiar, preocupa-se e tenta localizá-lo, com receio de que ocorram situações de risco. Por vezes, o doente mental evade do município, ficando em paradeiro desconhecido por meses e de difícil localização, inclusive com o auxílio policial.

[...] quando ele começou a fugir, começou a fugir para lugares mais longes, eu não sei como é que daqui ele foi parar lá em Porto Alegre [...], olha ele ficou uns 5 meses sem a gente achar ele, e eu ia na delegacia procurando e procurando, e nunca encontrava [...]. (Margarida)

[...] tinha 15 anos quando fugiu de casa, anos depois minha mãe descobriu que ela estava num cabaré na praia de Cidreira [...]. (Orquídea)

Conforme relato dos familiares acima citados, fica evidenciado a dificuldade vivida por eles, no que diz respeito à preocupação de não saber onde encontrar o seu familiar desaparecido, trazendo à tona sentimentos de culpa e preocupação. Palmeira, Geraldine e Bezerra (2009) relata que os momentos de crise também podem fazer com

que o doente rompa os laços com os familiares e, sem o apoio e vigilância destes, fique vulnerável a situações de risco.

Outro comportamento comum do doente mental é a sua agressividade. Os seus familiares sentem dificuldade de compreender esse comportamento por vezes pela dificuldade de compreensão dos seus familiares ou profissionais cuidadores, o mesmo acaba se sentindo ameaçado e isso pode gerar algum tipo de agressão. Às vezes o familiar atende às vontades da pessoa com esquizofrenia como estratégia para facilitar a convivência. De fato, o familiar não deve contestar as alucinações e delírios, pois uma opinião divergente coloca em dúvida a alucinação e pode gerar conflitos e agressividade (PALMEIRA; GERALDES; BEZERRA, 2009).

Neste sentido, podemos evidenciar a dificuldade e o despreparo dos familiares para lidar com os sintomas que seu familiar apresenta.

[...] ele era muito agressivo, muito agressivo ele era revoltado, brigava demais assim com nós, agredia a gente e tudo [...]. (Violeta)

[...] ele agredia os colegas, olhava para ele, ele dizia: O que tu está me olhando? [...] ele deu 20 facadas no nosso pai [...] pai perdeu o movimento do braço esquerdo, a cabeça ficou gigante, e ficou 7 dias na UTI [...]. (Rosa)

Percebemos nestes depoimentos, situações de convívio familiar extremamente delicadas e de difícil manejo. Tais situações acabam por desencadear a discussão de uma possibilidade de internação futura em um Residencial Terapêutico, pois o familiar vai se desgastando pela convivência com a pessoa portadora de transtorno mental, sobrecarregando física e emocionalmente, privando-se da sua própria vida para conseguir prestar um cuidado adequado. O comportamento imprevisível do doente debilita as expectativas sociais e causa incertezas e dificuldades no núcleo familiar e na sociedade (HIRDES, 2008).

Outro fato que contribui com a sobrecarga sentida pelos familiares é a insônia, comportamento este que é existente na maioria dos portadores de sofrimentos psíquicos.

[...] ele vem e caminha a noite inteira, temos que deixar tudo fechado, ele liga fogão e esquece ligado, faz café à noite inteira, fumava, sabe isso a gente não consegue, daí não iríamos dormir mais, porque ele não dorme de noite [...]. (Rosa)

[...] ele não dorme, quando da essas crises nele, ele não dorme a noite inteira, ele vai no banheiro várias vezes, em casa ligava o chuveiro várias vezes [...] ele ligava as torneiras a noite inteira e deixava ligado [...]. (Margarida)

Conforme Brasil (2004b), o CAPS assume um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados. Nesse sentido o serviço realiza o direcionamento local das políticas e programas de saúde mental, através de projetos terapêuticos e comunitários e dispensa de medicamentos. Além disso, atuam assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar.

Nesta direção, os serviços de atenção à saúde mental são os que, por vezes, auxiliam a família a internar seu familiar em um serviço substitutivo à internação hospitalar após acompanhamento sistemático da situação. Neste caso, é o próprio CAPS que aciona a justiça e direciona o doente mental a um Residencial Terapêutico, como relatam os entrevistados nas falas a seguir:

[...] o CAPS internou ele, através do CAPS [...].

(Violeta)

[...] o CAPS que encaminhou tudo isso ai, o CAPS me ligou e perguntou se eu queria ele de volta para casa?

[...] eu quero se não tem outra alternativa eu vou levar meu irmão para casa [...]. (Margarida)

[...] minha mãe conseguiu interna-la em Cachoeira do Sul [...] mas o CAPS me ligou e informou da clínica que seria aberta em Santa Cruz do Sul [...]. (Orquídea)

Os depoimentos acima indicam a importância da rede de atenção psicossocial no processo de internação dos sujeitos. A Reforma Psiquiátrica traz na sua essência, uma forte resistência à internação de doentes mentais, mas reconhece que, em determinadas situações, ela, por vezes é necessária.

Desta maneira, entende-se que o convívio em domicílio pode, conforme as falas dos sujeitos, se tornar insustentável, fazendo com que os residenciais terapêuticos se tornassem uma alternativa nestes casos estudados.

CONCLUSÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira traz como premissa a desinstitucionalização de portadores de sofrimento mental como seu alicerce. Neste contexto é que surgem os residenciais terapêuticos para as situações que manter o indivíduo no domicílio não é mais uma possibilidade. Esta pesquisa evidenciou algumas das razões que levaram os familiares a internar seus entes queridos. Fazendo destaque à percepção dos familiares sobre a convivência com a pessoa com transtorno psíquico, uma vez que esse convívio apresenta-se permeado por sentimentos como o medo, a preocupação, a tristeza e o sofrimento.

Através deste estudo observou-se que essas famílias possuem apoio dos serviços de Saúde. Conforme relato dos entrevistados, o Centro de Atenção Psicossocial foi um serviço fundamental que auxiliou os familiares nos momentos de fragilidade, prestando informações e assistência quando necessário. Este apoio e acompanhamento foi um elemento facilitador no momento da internação do doente mental em um residencial terapêutico.

Outro fator que deve ser destacado, é que, neste estudo, o que pesou na decisão da internação, foi a falta de tempo dedicado ao cuidado do familiar doente, uma vez que os sujeitos relataram possuir, também, suas atividades particulares como o trabalho e a vida pessoal. Quanto às dificuldades encontradas pelos sujeitos para cuidar do doente mental, cita-se a falta de conhecimento referente à doença mental em si, fazendo com que os familiares não saibam como agir nos momentos de crises e alucinações, por exemplo. Esses aspectos acabaram dificultando o convívio em domicílio, levando a uma internação.

Além disso, os resultados encontrados apontam que as fugas afetavam o cotidiano das famílias, trazendo preocupação e a incerteza do paradeiro do doente, interferindo em outras áreas da vida dos cuidadores. O tema abordado é de grande relevância, pois os serviços de residencial terapêutico ainda são desconhecidos por muitos. Acredito que os profissionais de saúde devem estar estimulando os familiares de um doente mental a participarem ativamente do seu tratamento. Ouvir relatos de familiares para identificar fragilidades e angústias, facilitaria na abordagem do indivíduo e da família com transtorno mental.

Com esta pesquisa, acredita-se que os motivos que levaram os familiares a internar o portador de transtorno mental devem ser de conhecimento dos profissionais que trabalham em residencial terapêutico. Desse modo, entendemos que o profissional enfermeiro, como um dos profissionais envolvidos na atenção à saúde mental, deve construir um vínculo de confiança e afeto com os familiares e o doente mental, para que, dessa forma, consiga estimular inserir o familiar no cuidado com o portador de sofrimento psíquico nas ocasiões de visita, passeios, finais de semana e/ou férias.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 143p.

AMORIM, A.K.M.A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. Ciênc. saúde

coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.195-204, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 de Novembro de 2017.

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F.A.N.; GAUDENCIO, M.M.P. Percepções de familiares sobre o portador de sofrimento psíquico institucionalizado. Esc. Anna

Nery, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 485-491, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 de Novembro de 2017.

www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 de Novembro de 2017.

BACKES et al. Vivências de cuidadores familiares de pessoas portadoras da doença de Alzheimer. RBCEH, Passo Fundo, v. 6, n. 2, p. 264-275, maio/ago. 2009.

BORBA, L.O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L.P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. Acta paul. Enferm. São Paulo,

v.21, n.4, p.588-594, 2008. Disponível

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 de Novembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em:

<<http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/120.pdf>>. Acesso em: 09 de Novembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: Os centros de atenção

psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 27 de Novembro de 2017.

DURÃO, A. M. S.; SOUZA, M. C. B.M.; MIASSO, A. I. Cotidiano de portadores de esquizofrenia após uso de clozapina e acompanhamento grupal. Rev. esc. Enferm.

USP, São Paulo, v.41, n.2, p.251-257, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 de Novembro de 2017.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. Ciênc. saúde

coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.297-305, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 de Novembro de 2017.

PALMEIRA, L.F.; GERALDES, M.T.M.; BEZERRA, A.B.C. Entendendo a esquizofrenia: como a família pode ajudar no tratamento. 2ª ed, Rio de Janeiro: Interciência; 2009.

SANTOS, Geny. Esquizofrenia e o Cuidado à Família em uma Abordagem de Terapia Sistêmica. Revista Latino-Americana de Psicologia Corporal. Ano 2, No. 3,

Abril/2015. Disponível em: <<https://psicorporal.emnuvens.com.br/rlapc/article/view/31/55>>. Acesso em 14 de Dezembro de 2017.

SOARES, C.B.; MUNARI, D.B. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. Cienc. Cuid. Saúde, v. 6 n. 3, p.357-362. 2007.

SOUZA FILHO, Manoel Dias de et al. Avaliação da sobrecarga em familiares

cuidadores de pacientes esquizofrênicos adultos. Psicol. Estud. Maringá, v.15, n.3, p.639-647, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 de Novembro de 2017.