

A DOENÇA MENTAL: VISÃO DE PACIENTES PSICÓTICOS

[The mental disease: view of psychotic patients]

[La enfermedad mental: visión de pacientes psicóticos]

Cátia Gentile*

Maria Alice Ornellas Pereira**

RESUMO: No cotidiano do trabalho com pessoas que enfrentam a experiência de doença mental, vemos que esta é entendida pelo grupo de formas e etiologias diversas. No intuito de compreender esta questão, este estudo tem como objetivo identificar quais as percepções que pacientes com doença mental de caráter psicótico, têm em relação à doença mental. Foi utilizada uma metodologia qualitativa, e como instrumento de coleta de dados, a História de Vida. Os quatro sujeitos entrevistados contaram suas histórias de modo fragmentado e sem uma cronologia, tendo como ponto de chegada a doença mental. Na análise de dados obtidos, apreendemos as categorias: a doença mental como sofrimento, como solidão, como dificuldade e como descrição/presença de sintomas. A doença mental continua a ser um “continente” a ser descoberto, sendo função do tratamento e da enfermagem psiquiátrica valorizar o mundo dos significados dos pacientes, ajudando-os no reencontro de caminhos reabilitadores.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem psiquiátrica; Transtornos psicóticos; Saúde Mental.

1 INTRODUÇÃO

No decorrer de nosso processo educacional realizando estágios, participando do estudo relativo “A atenção ao paciente psicótico no Sistema de Saúde de Ijuí-RS”⁽¹⁾, ouvimos relatos dos pacientes relacionados ao entendimento que essas pessoas tinham a respeito da doença mental, os quais evidenciaram diferentes conceitos elaborados.

Essas narrativas, mais tarde puderam ser somadas após leituras de Pereira⁽²⁾ e Osinaga⁽³⁾ que, ao ouvirem pacientes psiquiátricos acerca de suas representações sobre

a doença mental, identificaram que esta é entendida e vista pelos pacientes de formas e etiologias diferentes. Isso nos remete a pensar na historicidade da loucura, na consideração histórica da doença mental, seus conceitos que determinam ações atuais e que ao longo dos tempos pediram uma classificação. Essa foi formalmente iniciada por Krapelin em 1842 e, posteriormente, retomada por outros pesquisadores na tentativa de melhor entendimento da doença mental ao longo da história.

A primeira edição do DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) foi publicada em 1952, em 1968 o DSM II, em 1980 o DSM III, uma edição revisada – o DSM III – em 1987 e uma edição nova o DSM IV em 1994 que é a terminologia atualmente utilizada⁽⁴⁾. Outra classificação diagnóstica dos distúrbios mentais utilizada pela Organização Mundial da Saúde, é o sistema oficial de classificação publicada em 1992, consistindo em um instrumento de codificação oficial e de outros documentos e instrumentos clínicos denominado International Classification Disease, 10ª Revisão, chamado CID-10. Assim, as classificações das doenças de acordo com os sintomas podem ser utilizados em todo o mundo, porém, nas sociedades orientais somente a psicose era considerada patológica. Isso reflete-se ainda nos dias de hoje, em que louco é aquela pessoa que apresenta sintomas psicóticos⁽²⁾.

A psicose é chamada popularmente de loucura. Ela diz respeito a padrões sociais e comportamentais de uma estrutura aceita como modo ideal e que foram rompidos de forma anormal. As doenças mentais de caráter psicótico, referem-se à perda do teste da realidade e comprometimento do funcionamento mental manifestado por delírios, alucinações, confusão, comprometimento da memória, desorganização, desorientação e agitação⁽⁴⁾. As psicoses constituem grupos de distúrbios mentais em que a pessoa apresenta um quadro que inclui delírios e alucinações, que induzem a uma interpretação equivocada da realidade, produzindo uma ruptura do indivíduo com o seu meio social. Desta forma, faz com que seja cortada sua possibilidade de realizar trocas efetivas com seu grupo, sendo que muitos quadros se iniciam na adolescência, podendo seu transcurso

*Enfermeira psiquiátrica, mestranda em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP.

**Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP.

ser marcado por episódios de reagudização, alternando com a estabilização dos sintomas. Conseqüentemente, necessita de acompanhamento ao longo da vida ⁽⁵⁾.

Diante desses significados atribuídos à loucura, ou psicose, ou doença mental e de outros atribuídos no modelo hegemônico vigente, pode-se considerar que a pessoa é vista pelo que ela apresenta. Em outras palavras, é vista pelos sintomas da doença que pedem uma classificação e não como uma pessoa que tem nome, identidade, vida própria, enfim, a subjetividade fica muito distante de qualquer consideração. Assim, nesse modelo tradicional de assistência, pouca ênfase é dada às histórias pessoais, aos contextos vividos e às dificuldades de enfrentamento vivenciadas pelas pessoas acometidas pelo transtorno mental. No entanto, apesar de sofrerem as conseqüências de uma classificação que muitas vezes rotula de forma permanente a vida dessas pessoas, acreditamos que quando ouvidas, elas têm suas histórias e suas percepções do próprio processo de adoecer.

Mediante tais considerações, o estudo teve como objetivo identificar a percepção de pacientes psiquiátricos em relação à doença mental.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa. O estudo qualitativo

responde a questões muito particulares [...], trabalhando com o universo dos significados, motivos, aspirações, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais aprofundado das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis ^(6:21-2).

2.1 CONTEXTO DA PESQUISA

O campo de pesquisa, ou melhor, “a realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas” ^(6:53), foi o Hospital Dia (HD) do município de Ribeirão Preto, destinado a prestar assistência a pacientes com transtorno psiquiátrico em regime de semi-internação. Conta com uma equipe multidisciplinar, tendo como uma de suas características a educação do paciente em relação à sua psicopatologia e tratamento. Além disso, é o local onde a relação paciente-equipe é de muita proximidade, o que facilita o relacionamento interpessoal e a criação do vínculo. Atende 16 pacientes de ambos os sexos, maiores de 15 anos. Entre os critérios de aceitação, para serem atendidos nesta instituição, eles devem vir encaminhados ou pela Unidade de Emergência, ou encaminhados por outros serviços, após terem tido episódios de crise da doença. Também precisam aceitar o tratamento proposto e terem um familiar ou pessoa próxima como responsável.

O HD inicia suas atividades às 7:30 h da manhã e as encerra às 16:00 h. Durante este período ocorrem várias

atividades com os pacientes e equipe. Entre elas, pode-se destacar: psicoterapia de grupo, reunião comunitária, atividade física recreacional, reunião de comissão de recreação, yoga, reunião nuclear (familiar), reunião educativa, coral, terapia ocupacional individual e grupal, passeio e atividades de confraternização.

2.2 SUJEITOS DA PESQUISA

A amostragem foi intencional. Os sujeitos da pesquisa foram pacientes portadores de doença mental de caráter psicótico, semi-internados no Hospital-Dia no período da coleta de dados e que foram capazes de narrar suas experiências vividas. Primeiramente, foi realizada a revisão dos prontuários e a partir desta foram selecionados os pacientes que apresentavam o referido quadro. Os sujeitos entrevistados foram identificados pelo serviço de saúde como portadores de doença mental de caráter psicótico dentro da classificação oficial propiciado pelo saber psiquiátrico.

Foram identificados cinco pacientes semi-internados no período dos quais nos detivemos em quatro sujeitos por julgar que, com este número de entrevistas, poderíamos contemplar o objetivo proposto. Assim, tivemos como universo dos sujeitos três pessoas com diagnóstico de Esquizofrenia Paranóide e uma com diagnóstico de transtorno Afetivo Bipolar, sendo três do sexo feminino e uma do sexo masculino.

2.3 COLETA DE DADOS

Como instrumento para a coleta de dados utilizamos a entrevista aberta, não diretiva, que permitiu a exploração dos pressupostos do estudo, visto que supõe uma maior flexibilidade para possíveis intervenções, possibilitando uma investigação ampla do entrevistado ⁽⁷⁾.

Utilizamos nesta a técnica da História de Vida, que

é uma técnica que se coloca no campo de interseção das relações entre o que é exterior ao indivíduo e o que traz de seu íntimo entre o social e o individual ^(8:14-43).

Assim, não é apenas o relato dos fatos de sua vida, mas é a representação desses fatos segundo seus valores, crenças e sentimentos ⁽⁹⁾. Desta forma, esta técnica fornece um material muito rico para pesquisa qualitativa por possibilitar o exame de todo o universo de significados.

Após termos efetuado a revisão dos prontuários e termos comunicado à chefia da enfermagem sobre a pesquisa, efetuamos a fase de observação dos sujeitos. No primeiro contato, com a concordância dos mesmos, realizamos a entrevista nas dependências de uma sala do Hospital Dia, em momentos distintos. Neste primeiro contato, procuramos esclarecer sobre o processo da pesquisa, da entrevista, como também falamos sobre a

utilização do gravador. Esclarecemos as questões referentes aos aspectos éticos da pesquisa e, após a concordância de cada sujeito, iniciamos as entrevistas. Foram realizadas quatro entrevistas, entre o final do mês de Outubro e a primeira quinzena do mês de Novembro do ano 2000, com uma duração média de 35 minutos. Na aplicação da técnica de História de Vida para a coleta de dados foi utilizado o auxílio do gravador. A seguinte instrução foi passada para os sujeitos: “estou fazendo um trabalho sobre pessoas que apresentam problemas mentais e gostaria de te ouvir falando sobre sua vida”.

2.4 ANÁLISE DOS DADOS

Após a transcrição das entrevistas, os dados foram analisados através da orientação metodológica de Minayo⁽⁶⁾, conforme os seguintes passos:

1) Ordenação dos dados – transcrição das fitas, leitura do material, descobrindo orientações para análise, registro de impressões e organização dos relatos.

2) Classificação dos dados – leitura exaustiva e repetida dos textos, identificação dos temas relevantes e elaboração de categorias específicas agrupando idéias e expressões comuns em torno de um conceito.

3) Análise final – com base nos dados, objetivos e referencial teórico da pesquisa visando comprovar se responderia ou não às questões formuladas considerando-as como aproximativas.

3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O que resultou do material obtido foram relatos plenos de experiências de vida que abarcam sentimentos e elaborações subjetivas derivadas destas. Os textos mostram trajetórias ricas em significados, pois trazem as histórias desses sujeitos. Assim, tentando atingir o objetivo deste estudo apreendemos as seguintes categorias: a) a doença como solidão, b) a doença como sofrimento, c) a doença como descrição/presença dos sintomas e d) a doença como uma dificuldade.

3.1 A DOENÇA COMO SOLIDÃO

A doença é vista e vivida como sinônimo de solidão. Está associada, nos discursos ouvidos, à própria maneira de ser da pessoa e está presente antes e após o adoecimento.

“ Desde criança, quando eu era criança, menino, sempre ficava em casa, não sabia o que era rua, o que era jogar futebol, o que era sair, nada, eu sempre ficava dentro de casa (...). Depois de grande eu sou assim, só trabalhar, e em casa, serviço em casa, só serviço e em casa (...). Calado, desde criança (...) Fala pouco, não era de conversar também”.

Esta solidão parece estar relacionada à pobreza da linguagem de pessoas que tem um mundo restrito. Na psicose, muitas vezes as próprias condições a que as pessoas estão submetidas, de alheamento e de exclusão, impedem que tenham acesso a um substrato de linguagem no qual possam esboçar um discurso e desta forma, pessoas que passam muito tempo em casa não têm assunto para conversar⁽¹⁰⁾.

Esta solidão parece estar presente mesmo quando está no meio familiar .

“ ...não tinha muita briga, tinha discussão, mas nem tempo para discussão tinha porque ele trabalhava muito (...). Ele nem escutar escutava, nada”.

A família de um sujeito portador de um transtorno mental com suas sensações de frustração, medo, culpa, vergonha e tristeza, acaba por reagir de forma negativa, muitas vezes apontando o doente como o causador do desequilíbrio familiar⁽¹¹⁾. No período de crise do paciente, a família encontra-se ansiosa, insegura e impotente reagindo de forma a afastar-se do problema, isto é, do paciente. Este afastamento pode ocorrer no mesmo espaço, com a diminuição do diálogo, da escuta e dos gestos, mas algumas vezes esta família vê na internação psiquiátrica um dos caminhos para a solução do problema. Por conseguinte, a solidão tende a se tornar freqüente e gradativa⁽¹²⁾.

Fica implícito na história de vida o sentimento de solidão, de vazio, do nada a ter realizado e do nada a ter para contar. Isso é demonstrado por um sentimento de desvalorização presente no discurso.

“ Essa é minha vida. É muito pouco para falar mas (...) em resumo é isso. Minha vida é essa” .

A anulação como ser humano, leva à perda da condição existencial legal plena como pessoa humana e responsável, fazendo do paciente alguém não mais possuidor de sua própria definição de si. Além disso, o paciente, devido à sua doença ou à própria maneira de ser, apresenta dificuldade em relacionar-se com o outro, tendo como consequência a solidão⁽¹³⁾.

“ ...é muito difícil (...) ter contato com as pessoas (...) até hoje é difícil”.

A dificuldade de comunicação e no relacionamento deriva de uma maneira inconsciente escolhida para se adaptar ao meio⁽¹⁴⁾. No relacionamento humano são registradas inúmeras dificuldades, não porque o emissor seja totalmente incapaz de expressar o que quer ou porque o receptor seja incapaz de interpretar e sim o que gera insucesso são as causas ligadas à situação psicológica de uma ou ambas as partes⁽¹⁵⁾.

Ainda nesse estudo, os discursos revelaram que o indivíduo além de solitário convive com grande sentimento

de autodesvalorização. Algumas vezes, o desconhecimento da família quanto à própria doença, suas limitações, e o despreparo para lidar com esta, acabam dificultando as relações familiares e com isso não acontecem estímulos e valorização de ações, favorecendo ainda mais o sentimento de desvalorização e solidão. Essas dificuldades são percebidas pela família que as confirma através de seus atos e maneira de agir com o doente como descrito por uma paciente, sujeito deste estudo que relata sentir-se excluída dentro de sua família, vivendo à margem das decisões e situações familiares.

“Aí ele passou, tinha reunião na escola aí eu falava deixa eu ir. Não você não vai, quem vai sou eu (...). Mas quem tem que ir na reunião das crianças é a mãe. Não você não sabe, você não tá preparado pra ir, quem vai sou eu. Inclusive quem toma todas as atitudes com os filhos é ele”.

3.2 A DOENÇA COMO SOFRIMENTO

O sofrimento aparece nos relatos como consequência dos acontecimentos da vida, das perdas sofridas e das mudanças e fatos que foram acontecendo sem elaboração.

“Aí um mês eu fiz a laqueadura, eu não sabia o que era nada e fiz a laqueadura. Aí depois meu pai morreu, foi uma confusão, nossa minha cabeça. Então quando eu tento afirmar a cabeça assim, me dá um branco”.

As concepções etiológicas dadas pelos sujeitos a respeito da loucura e das teorias surgidas sobre sofrimento psíquico têm fatores psicossociais, ou seja, são consequências de fatores ocorridos em sua trajetória de vida. Muitas vezes, as defesas em relação a esse sofrimento podem aparecer por meio da negação de se falar do assunto⁽¹⁶⁾. Tanto é esse sofrimento que a pessoa se recusa a falar do assunto.

“...mas não quero falar o que era (...) Lembro mas eu não quero falar não”.

Nos relatos de história de vida, o sujeito ao falar de sua experiência lembra os fatos, vivenciando novamente todos os sentimentos, sensações e percepções de modo que isso muitas vezes acarreta novamente sofrimentos e dor. As palavras nem sempre precisam ser pronunciadas, pois os gestos e expressões revelam o quanto significaram estes momentos para ela.

O sofrimento também se manifesta nas falas pela falta de pessoas significativas e da própria maneira de viver antes do adoecimento. O indivíduo, durante o seu desenvolvimento e crescimento, vai se estruturando e tendo como referência sua família e seu meio social. Portanto, esta estrutura e dinâmica influencia e sofre influência deste sujeito. Neste processo, algumas vezes estas referências estão ausentes ou são perdidas e o sujeito a conduz por

toda sua trajetória de vida e estas muitas vezes vêm acompanhadas de solidão e sofrimento, algumas vezes difíceis de serem vividas.

“Eu tinha o meu pai, só que eu não me dava muito bem com meu pai, meu pai, seria assim, era muito trabalhador, só que ele bebia muito, brigava muito, aí a gente combinou e a gente saiu, é. Aí a minha mãe pegou as três crianças e foi embora prá vim para Ribeirão”.

A realização de alguma atividade, às vezes, é uma maneira de aliviar estas faltas, esses sofrimentos presentes.

“Eu faço academia também (...). Faço isso quase todo dia. Ficar pensando só nisso é ruim”.

Durante as entrevistas, as situações lembradas trazem consigo tantos significados e sentimentos que no presente estes momentos que ficaram na memória, indicam coragem e força a ponto da pessoa surpreender-se com a superação de suas próprias vivências.

“Aí eu passei uma vida nossa senhora que eu nem acredito que sou eu que estou aqui na terra. Eu não acredito (...) foi difícil. Foi um nervoso que na minha vida eu não esperava”.

3.3 A DOENÇA COMO DESCRIÇÃO/PRESENÇA DOS SINTOMAS

A doença e sintomas aparecem como sinônimo nas falas.

“Dos sintomas? (...). Posso falas dos sintomas?”.

É fato que um ou mais sintomas definem uma doença e conduzem a formulação de um diagnóstico formal⁽¹⁷⁾. O aparecimento dos sintomas é descrito nas falas a partir de uma origem conhecida ligada a acontecimentos da vida e das influências ambientais.

“Foi a sete anos atrás. Quando eu tive a minha filha eu tive a minha filha eu tive depressão pós-parto. E foi muita coisa, muita coisa que eu agüentei. Era gente fazendo pique, pique, as minhas cunhadas faziam pirraça...”.

“Foi quando eu tava trabalhando demais exagerado e eu tinha que dá conta do serviço de dez pessoas, aí eu comecei a ficar, a ver coisas, tendo alucinações, escutando voz”.

Todos os seres humanos vivem dentro de um ambiente cultural e sofrem influências sócio-econômica e étnicas que causam um impacto profundo e contínuo na modelagem do comportamento e, em grande parte, estes definem a saúde e a doença mental⁽¹⁸⁾.

Os sintomas são vividos como uma experiência de grande sofrimento, desespero, nervosismo, atrapalhando o

viver cotidiano.

“ Eu ficava irritada, eu ficava super nervosa, quando via tudo bagunçado e eu naquela moleza...” .

O efeito de maior familiarização com sintomas produzidos tem como consequência a diminuição do medo, da resistência ao tratamento e do contato com outras pessoas ⁽¹⁹⁾.

Nos relatos ouvidos a terapia medicamentosa é vista como um fator agravante dos sintomas que prejudicam a vida diária.

“ Nunca deixei de tomar remédio mas nunca tomava a dosagem certa que o médico passava porque eu ficava trêmula aí os nervos ficavam bambos e aí eu não conseguia” .

O aparecimento dos sintomas provocou uma dificuldade no relacionamento com outras pessoas a ponto até de os familiares pedirem sua internação.

“ Aí meu marido pediu para o doutor M que era para internar eu e ver o que que podia fazer por causa da dosagem do remédio, que eu daquele jeito ele não ia ficar comigo dentro de casa porque eu ficava agressiva por causa do orelhão dia 21, dia 31, dia 11” .

Na pesquisa desenvolvida por Sadigursky ⁽¹²⁾, no momento de crise em que se estabeleceu a rejeição, observou-se que os familiares preferem a presença do doente em casa desde que sejam compensados. A crise frequentemente é mal tolerada, e vêem a internação como recurso utilizado para amenizar essa problemática.

A doença é vivida por expressões orgânicas:

“ Eu (...) fraqueza, não conseguia comer, dormir, sentia muitas coisas né, só que eu não quero contar” .

“ ... é que esses dias aqui estou meio zozinho né, meio mole, mas estou achando bom” .

Tsu e Tofolo ⁽¹⁶⁾ em pesquisa, constataram que o discurso organicista entre os pacientes psiquiátricos é pequeno devido a que, na saúde mental, isto está associado a idéias de hereditariedade e defeito. Além disso, as concepções psicossociais deixam maiores possibilidades ao indivíduo para nutrir a esperança de saída de sua situação atual.

A doença é algo que os outros enxergam:

“ ... duas vezes, mas duas vezes em euforia também, porque eu sou bipolar como dizem. Dizem que eu sou bipolar então eu entrei em depressão duas vezes e duas em euforia...” .

A loucura sempre foi um fenômeno social interpretado de diversas maneiras conforme a época, mas a

forma como a sociedade se posiciona frente à doença mental sempre foi acompanhada de rotulações e estigma em relação às pessoas com condutas e comportamentos diferentes daqueles apresentados pela maioria ⁽²⁰⁾.

3.4 A DOENÇA COMO UMA DIFICULDADE

A doença é vivida como uma dificuldade para realizar atividades cotidianas como de trabalho ou de estudo, com se ela (doença) consistisse em um hiato, um intervalo ou uma interrupção no processo diário de cada um.

“ Estudava, mas vou voltar a estudar que eu estou aqui né, mas eu vou voltar a estudar esse ano que eu vou entrar logo de alta” .

“ No trabalho também estava me atrapalhando” .

O doente mental como força de trabalho é desvalorizado no sistema capitalista, porque não produz como as pessoas ditas “normais” e assim é excluído da vida produtiva, conseqüentemente, causando o desemprego ⁽²¹⁾.

Essa dificuldade foi sentida por um sujeito que relata ter se esforçado para continuar realizando tarefas.

“ Organizar uma casa eu sei, que eu trabalhava há muito tempo (...). Depois eu fiquei doente e a bagunça aumentou. E eu não estava dando conta de ajeitar tudo. Eu ajeitei muito tempo mesmo doente...” .

A doença mental imerge como uma ruptura no processo existencial. Os sujeitos que antes do adoecer participavam da vida social e familiar, viam-se agora reduzidos à condição de aposentados por invalidez, ajudantes de alguns serviços domésticos e até mesmo inativos ⁽²²⁾. Ainda relacionado às dificuldades sentidas pelos pacientes psiquiátricos, várias experiências espalhadas no Brasil mostram que os doentes mentais gostam de serem escutados e de terem sua palavra valorizada já que o desafio para as pessoas é saber lidar com a loucura e escutá-los ⁽¹⁹⁾.

Percebe-se a dificuldade de relacionamento entre paciente e familiares, demonstrado pela falta de diálogo e desvalorização, sentimentos estes percebidos pelo paciente:

“ É, é importante as coisa lá, os meninos só obedecem ele. Os três só obedecem ele e eu falo, falo, falo, e eles não estão nem aí, não escuta o que eu falo. No fim eu comecei a obedecer ele como se fosse meu pai e obedecer os meninos. Alguma coisa eu falo mas não adianta falar...”

Essa dificuldade aparece também em relação a outras pessoas fora do núcleo familiar e, às vezes, é contraditória.

“ Porque parece que os meninos fogem de mim. Não que eu me vista mal ou alguma coisa do tipo, eles têm medo de mim porque eles acham que eu trago insegurança entendeu,

que eles não sabem o que eu penso, que a minha cabeça, eles acham que eu sou muito inteligente (...) eu posso conversar com várias línguas, várias línguas no sentido assim, eu posso conversar com vários tipos de pessoas, pessoas cientistas, pessoas mais da roça. Eu consigo ter um contato”.

O doente mental não é tratado como pessoa, é desvalorizado, destituído inclusive de identidade pessoal e até o que comunica não é considerado, porque pode ser sintomatologia da doença. Assim, o foco central é sempre o núcleo doente destituindo a pessoa de possibilidades e potencialidades existentes⁽²³⁾. Porém, um sujeito evidenciou em seu discurso a compreensão entre estar doente, como processo não permanente.

“...euforia seria a parte mais alegre da vida em que toda a vida é linda, maravilhosa, todo mundo é lindo, todo mundo é bonito e para mim eu acho que as pessoas são isso, até hoje no normal, no natural, eu acho que as pessoas são legais, eu não vejo maldade nos outros”.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizamos este estudo com a proposta de identificarmos a percepção de pacientes psiquiátricos em relação à doença mental, e conseqüentemente, nos aproximar do universo próprio de cada um. Os sujeitos ouvidos demonstram viver em um mundo de significados subjetivos, de contexto amplo e que solicita compreensão.

A doença mental é percebida como um sofrimento causado por acontecimentos e fatos vividos ao longo de suas trajetórias de vida. O sentimento de solidão aparece presente antes e após o adoecimento, trazendo a exclusão do meio familiar, dificuldades nas atividades cotidianas, provocando desvalorização, diminuição da auto-estima e dificuldade de relacionamento nas redes sociais. Além disso, a doença mental é percebida como sintomas que trazem difíceis obstáculos para a vida de cada um.

Assim, os sujeitos deste estudo, sofrem na pele o convívio com a doença mental e esta, apesar dos avanços advindos de pesquisas na área, ainda carece de descobertas e contribuições que repercutirão na vida dessas pessoas.

Neste contexto, cabe aos profissionais de saúde mental e, no caso, ao enfermeiro psiquiátrico, valorizar a pessoa e sua história individual, escutá-la, acolhê-la, buscar os significados próprios e ser empático à experiência vivida por cada um.

Se a doença mental ainda é um “continente” a ser descoberto, temos à nossa frente uma pessoa com intenso sofrimento psíquico a ser cuidada, valorizada e estimulada a reencontrar seu caminho. Desse modo, função importante do tratamento a ser oferecido é contribuir para que haja transformações internas nos pacientes que propiciem o reencontro do percurso de vida.

ABSTRACT: In our daily work, close to people that experience mental disease, we see that this is understood by the group in several ways and etiologies. Aiming to understand this subject, this study objectifies to identify the psychotic patients' perceptions on mental disease. A qualitative methodology was used, and their life background was used as instrument of data collection. The four subjects interviewed tell their histories in a fragmented non-chronological way, having the mental disease as their arrival point. In the analysis of the obtained data we apprehended the following categories: the mental disease as suffering, as loneliness, as difficulty and as description/presence of symptoms. The mental disease continues to be a “continent” to be discovered, and it is the treatment and psychiatric nursing task to value the patients' world of meanings, helping them find rehabilitating ways.

KEYWORDS: Psychiatric nursing; Psychotic disorders; Mental health.

RESUMEN: En el cotidiano del trabajo con personas que enfrentan enfermedad mental, se puede percibir que esta es entendida por el grupo de formas y etimologías distintas. Con el objetivo de comprender esta cuestión, este estudio tiene la finalidad de identificar las percepciones que pacientes con enfermedad mental de carácter psicótico tienen acerca de esta enfermedad. Se utilizó una metodología cualitativa y, como instrumento para recoger los datos, la Historia de Vida. Los cuatro individuos que fueron entrevistados cuentan sus historias de modo fragmentado y sin un orden cronológico, empezando por la enfermedad mental. En el análisis de datos se llegó a las categorías: la enfermedad mental como sufrimiento, como soledad, como dificultad y como descripción/presencia de síntomas, La enfermedad mental sigue siendo un “continente” a ser descubierto y es función del tratamiento y de la enfermería psiquiátrica valorar el mundo de significados de los pacientes, ayudándoles en el reencuentro de los caminos de rehabilitación.

PALABRAS CLAVES: Enfermería Psiquiátrica; Transtornos Psicóticos.

REFERÊNCIAS

1. Miron VL, Gentile CA. A atenção ao psicótico no Sistema de Saúde de Ijuí-RS. In: Seminário sobre ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental do Rio Grande do Sul. Pelotas-RS. Caderno de resumos. UNIJUI, 1999.
2. Pereira MA. Representações sociais de pacientes psiquiátricos sobre a loucura, a internação e o sofrer psíquico: a triste passagem e a triste paisagem [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1997.
3. Osinaga VLM. Saúde e doença mental: conceitos e assistência segundo portadores, familiares e profissionais [dissertação]. São Paulo: Es-

- cola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1999.
4. Kaplan HI, Sadock B, Grebb JÁ. *Compêndio de psiquiatria ciências do comportamento e psiquiátrica clínica*. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
 5. Miron VL. *A atenção ao psicótico no Sistema de saúde de Ijuí-RS. Projeto de pesquisa apresentado ao comitê interno – PIBIC/CNPQ*, 1998.
 6. Minayo MCS, et al. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1995.
 7. Bleger J. *Psicologia de conduta*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.
 8. Queiroz MIP. *Relatos orais: do indizível ao dizível*. In: Von Sinson OMV, organizador. *Experimentos com histórias de vida*. (Itália – Brasil). São Paulo: Vértice 1998. p. 14-43.
 9. Brioschi LR, Trigo MHB. *Família – representação e cotidiano: reflexão sobre um trabalho de campo*. São Paulo: CERU/CODAC/USP; 1989.
 10. Goldeberg JI. *Reabilitação como processo*. In: Pitta AMF, organizador. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo, HUCITEC; 1996.
 11. Berestein. *Família e doença mental*. São Paulo: Escuta; 1988.
 12. Sadigursky D. *Desinstitucionalização do doente mental: expectativas da família [tese]*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1997.
 13. Laing R. *The politics of experience*. New York: Ballantine; 1968.
 14. Goffman JLI. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva; 1974.
 15. Parry Y. *Psicol Informação viva*. São Paulo. *Lógica da comunicação humana*. Rio de Janeiro: Cultrise; 1978.
 16. Tsu TMJA, Tofolo V. *Concepções etiológicas de pacientes psiquiátricos sobre a doença mental*. *Psicologia USP* 1990; 1(2):155-60.
 17. Saraceno B. *Questões abertas em psicofarmacologia clínica*. In: Russo J, Silva Filho JF, organizador. *Duzentos anos de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Relume e Dumará; 1993.
 18. Taylor CM. *Fundamentos de Enfermagem psiquiátrica de Mereness*. 13. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
 19. Corbisier C. *A escuta da diferença na emergência psiquiátrica*. In: Amarante P, Bezerra B, organizador. *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1992.
 20. Serrano AI. *O que é a psiquiatria alternativa*. Nova cultura Brasiliense; 1985.
 21. Koga M. *Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar*. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1997.
 22. Humerez DC. *Em busca de lugares perdidos: assistência ao doente mental revelada através de história de vida*. *Rev Bras Enferm* 1997; 50(2).
 23. Rodrigues RF. *Relações interpessoais enfermeiro-paciente: análise teórica e prática com vistas a humanização da assistência em saúde mental*. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1993.

ENDEREÇO DOS AUTORES:
 Rua Campos Sales, 330/74
 Ribeirão Preto-SP
 14015-110
 malice@fmb.unesp.br