

DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i270p4919-4932>

Percepções de pessoas em sofrimento psíquico acerca do restabelecimento da trajetória de vida

RESUMO | Objetivo: identificar as percepções de pessoas em sofrimento psíquico acerca da vivência da doença e do restabelecimento da trajetória de vida. Método: estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, realizado com nove usuários cadastrados numa equipe de Saúde da Família. Utilizou-se uma entrevista semiestruturada como instrumento de coleta de dados. Os depoimentos foram gravados, transcritos na íntegra, categorizados e discutidos por meio de Análise de Conteúdo. Resultados: o processo de aceitação do sofrimento psíquico é um componente central da recuperação e encontra-se intimamente relacionada ao funcionamento, ao manejo da doença e à qualidade de vida. Também foi evidenciados mecanismos de empoderamento e enfrentamento para restabelecimento da vida cotidiana como a busca por apoio religioso, apoio familiar e as atividades de apoio comunitário com ações de suporte. Conclusão: ser portador de sofrimento psíquico é vivenciar um sofrimento diário, tendo assim várias limitações para realizar suas atividades cotidianas.

Palavras-chaves: Esquizofrenia; Estresse psicológico; Saúde Mental; Estado de retorno.

ABSTRACT | Objective: to identify the perceptions of people in psychological distress about experiencing the disease and restoring their life trajectory. Method: a descriptive, exploratory study with a qualitative approach, carried out with nine users registered in a Family Health team. A semi-structured interview was used as a data collection instrument. The testimonies were recorded, transcribed in full, categorized and discussed through Content Analysis. Results: the process of accepting psychological distress is a central component of recovery and is closely related to functioning, disease management and quality of life. Empowerment and coping mechanisms for restoring daily life were also evidenced, such as the search for religious support, family support and community support activities with support actions. Conclusion: being a person with psychological suffering is experiencing daily suffering, thus having several limitations to carry out your daily activities.

Keywords: Schizophrenia; Stress, psychological; Mental health; Returning state.

RESUMEN | Objetivo: identificar las percepciones de personas en sufrimiento psicológico sobre la vivencia de la enfermedad y el restablecimiento de la trayectoria vital. Método: estudio descriptivo-exploratorio, con abordaje cualitativo, realizado con nueve usuarios registrados en un equipo de Salud de la Familia. Se utilizó una entrevista semiestruturada como instrumento de recolección de datos. Los testimonios fueron registrados, transcritos íntegramente, categorizados y discutidos a través de Análisis de Contenido. Resultados: el proceso de aceptación de la angustia psicológica es un componente central de recuperación y está relacionado con el funcionamiento, el manejo de la enfermedad y la calidad de vida. Se evidenciaron mecanismos de empoderamiento y afrontamiento para restaurar la vida cotidiana, como la búsqueda de apoyo religioso, familiar y actividades de apoyo comunitario con acciones de apoyo. Conclusión: ser una persona con sufrimiento psicológico es vivir un sufrimiento diario, por lo que tiene varias limitaciones para realizar sus actividades diarias.

Palabras claves: Esquizofrenia; Estrés psicológico; Salud mental; Estado de retorno.

Cláudio Luís de Souza Santos

Enfermeiro, Especialista em Saúde Mental pela Residência Multiprofissional da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Membro Suplente do Conselho Regional de Enfermagem (COREN). Montes Claros (MG), Brasil.
ORCID: 0000-0002-9127-6349

Patrick Leonardo Nogueira da Silva

Enfermeiro, Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (PPGCPS/UNIMONTES). Montes Claros (MG), Brasil.
ORCID: 0000-0003-2399-9526

Fábio Batista Miranda

Enfermeiro, Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (PPGENFBI/UNIRIO). Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
ORCID: 0000-0003-0934-980X

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão

Enfermeira, Mestre em Saúde e Ambiente, Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Ceuma (UNICEUMA). São Luís (MA), Brasil.
ORCID: 0000-0003-3376-5678

Valdira Vieira de Oliveira

Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem da Faculdade Santo Agostinho (FASA). Montes Claros (MG), Brasil.
ORCID: 0000-0003-2020-2489

Carolina dos Reis Alves

Enfermeira, Mestre e Doutora em Ciências da Saúde, Professora do Departamento de Enfermagem da Faculdade Santo Agostinho (FASA). Montes Claros (MG), Brasil.
ORCID: 0000-0003-2020-2489

Recebido em: 16/08/2020
Aprovado em: 28/09/2020

INTRODUÇÃO

No Brasil, os movimentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Luta Antimanicomial são marcados pela presença de usuários, familiares e trabalhadores da saúde mental, com uma ênfase no protagonismo de usuários para a reversão do modelo assistencial da base hospitalocêntrica, para introdução do paradigma da atenção psicossocial para a assistência à saúde e para a conquista de direitos. Entretanto, a construção da autonomia de usuários e sua inserção social pouco avançaram; ainda permanecem tímidas e localizadas as iniciativas de inclusão no trabalho, na arte e na cultura. Os serviços pouco avançaram na promoção da autonomia de usuários

em direção à condução de suas próprias vidas de forma independente, seja no contexto familiar, seja no grupo social ampliado⁽¹⁾.

Em função dos agravos à saúde mental, esse grupo populacional de portadores de sofrimento psíquico vivencia perdas significativas em sua vida cotidiana, com a presença de forte estigma na sociedade, empobrecimento, perda de emprego e isolamento social, agravados pela perda de um papel social, perda do senso de si e do sentido da sua própria vida⁽²⁾. Diante desse cenário, um novo movimento surge na saúde mental, um novo paradigma, o *recovery*, que nasce por iniciativa dos próprios usuários em busca de seu restabelecimento, envolvendo sua autonomia e protagonismo. A palavra *recovery* pode ser compreendida como recuperação das funções psíquicas, físicas e sociais na vivência cotidiana na família e na sociedade que envolve estreitamento de laços sociais incluindo projeto de cidadania com garantia de direitos, responsabilidade aliado a uma rede de suporte social e uma vida associativa na comunidade⁽³⁾.

Isto posto, *recovery* vai além da cura de sintomas como foco para o tratamento do sofrimento mental, está fundamentado no restabelecimento da esperança, da recuperação da vida devido às perdas com a doença e a busca por novos sentidos. Trata-se de uma experiência que depende essencialmente da condição subjetiva, em que o sujeito portador de sofrimento mental possa se reconhecer inventor de seus caminhos^(3,4). Esta pesquisa justifica-se pela experiência rica de processos de restabelecimento de usuários revelando possibilidades de promoção de novas alternativas de vida ao usuário e na construção de novas formas de lidar com o próprio sofrimento psíquico.

Sendo assim, este artigo tem como objetivo identificar as percepções de pessoas em sofrimento psíquico acerca da vivência da doença e do restabelecimento da trajetória de vida.

MÉTODOS

Artigo da monografia intitulada “Restabelecimento da vida: a experiência do *recovery* para o cuidado aos usuários da saúde mental”, apresentada à Comissão de Residência Multiprofissional – COREMU da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. Montes Claros (MG), Brasil. 2016.

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, realizado com nove usuários cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do bairro Vila Anália, localizado na região leste do município de Montes Claros, Minas Gerais. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para participação no estudo: (1) ter 18 anos ou mais; (2) não apresentar limitações ou restrições fonoaudiológicas (deficiência auditiva e/ou vocal), tendo em vista a gravação oral dos depoimentos; (3) ser usuário cadastrado, adscrito na área de abrangência e assistido pela ESF.

Foi enviada uma carta de apresentação e um Termo de Consentimento Institucional (TCI) à Coordenação de Atenção Básica (AB) da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Montes Claros (SMS/MOC) para autorização do estudo. A instituição foi devidamente orientada quanto às diretrizes da pesquisa, com assinatura de ciência autorizando a pesquisa. A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2016, durante o mês de novembro, pelo pesquisador responsável.

Para a captação e armazenamento dos depoimentos dos participantes, fez-se o uso de um celular com gravador MP3. O término da entrevista foi determinado por meio da saturação dos dados. Os depoimentos foram transcritos na íntegra, e analisados através da Análise de Conteúdo⁽⁵⁾, percorrendo três fases: (1) pré-análise, (2) exploração do material e (3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Após análise das entrevistas dos participantes, os depoimentos foram estruturados conforme três dimensões (D), sen-

do elas: (D1) Significado de ser portador de sofrimento psíquico; (D2) Interações familiares, sociais e vivência profissional; e (D3) Práticas de empoderamento e *recovery*. Em cada dimensão, foram estabelecidas categorias (C) de análise para este estudo, sendo elas: (D1C1) “Dimensão real do sofrimento vivenciado”; (D1C2) “Ter sofrimento psíquico é ter dependência medicamentosa”; (D2C1) “Convívio satisfatório”, (D2C2) “Interações conflituosas”, (D3C1) “Apoio religioso”, (D3C2) “Apoio familiar” e (D3C3) “Interações sociais na comunidade”.

Os participantes foram devidamente orientados quanto às diretrizes do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participação voluntária da pesquisa. Foi garantido o sigilo e o anonimato dos participantes do estudo. Os depoimentos foram identificados por meio de códigos compostos pela letra “E”, e números arábicos de 1 a 9 (E1-E9).

O estudo obedeceu aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o qual regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos⁽⁶⁾. O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (CEP UNIMONTES), por meio da Plataforma Brasil, sob parecer consubstanciado nº 1.792.195, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 60789316.0.0000.5146.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

D1 – Significado de ser portador de sofrimento psíquico

D1C1 – Dimensão real do sofrimento vivenciado

O processo de aceitação do sofrimento psíquico é um componente central da recuperação e encontra-se intimamente relacionada ao funcionamento, ao manejo da doença e à qualidade de vida (QV). Isto posto, é imprescindível identificar o significado de ser portador deste tipo

de sofrimento. Na leitura das entrevistas acerca dos depoimentos dos participantes do estudo, quando questionado sobre o significado de ser portador de sofrimento psíquico, emergiram duas categorias. Para os entrevistados, o significado de ser portador de sofrimento psíquico é considerado como vivenciar um sofrimento diário com várias limitações para realizar as atividades cotidianas.

Ah, é ruim né, eu não posso sair pros canto, fica ruim né [...] passa mal, sair no meio de gente, dá transtorno de ansiedade. (E1)

É ruim, porque às vezes a gente não pode né assim, às vezes quer ir num lugar, um lugar assim que a gente não consegue ficar, escutar barulho demais e não pode. (E3)

Os entrevistados destacam que a sua condição gera dificuldades para socializar, haja vista que alguns fatores externos geram transtorno de ansiedade podendo desencadear crises, tal como destacado pelos entrevistados E5 e E9:

Vixi, é ruim demais, muito ruim. [...] fica muito depressivo. Não é... Tem hora que me dá uma agitação é ruim. (E5)

Ah, não é muito bom não, a gente sofre mais, eu não durmo direito, tem hora que eu acordo de madrugada, tem que levantar e sair pra rua. (E9)

Nesse sentido, o sofrimento existencial fica cada vez mais evidente nas falas, o que é corroborado por um estudo realizado com clientes esquizofrênicos que evidenciou o ouvir vozes como desencadeador de isolamento do sujeito tornando a vivência cotidiana ainda mais solitária⁽⁷⁾. Outro aspecto que destaca o sofrimento vivenciado por eles são as restrições do convívio familiar dificultado a sua socialização externa, bem como os conflitos gerados.

É um sofrimento danado que a gente tem. Tem dias que dar as crises [...], tem hora que a gente fica muito assim, ansioso. É assim, aquela coisa ruim na cabeça da gente, tem hora que às vezes até os parentes da gente [...] não acredita que a gente tem esse problema [...], aí a gente fica assim, depressivo. É uma coisa assim. Tem hora que [...] da vontade de correr pro mato, aí a casa não te cabe. Aí quando eu vou, [...] quando eu to bem ruim mesmo, aí eu vou à casa da minha irmã, eu vou umas 10 vezes, só chego [...] no quintal evolto pra traz, eu não consigo. (E6)

Diante disso, verifica-se que a doença se torna um sofrimento muito grande ao paciente e as pessoas ao seu redor. Ao abordarmos os aspectos que levam a vida social de pacientes com tais diagnósticos, percebe-se a constituição de uma profunda insatisfação, sofrimento e dor. A esquizofrenia é conhecida como uma das doenças psiquiátricas mais graves e desafiadoras. É definida como uma síndrome clínica complexa que compreende manifestações psicopatológicas variadas de pensamento, percepção, emoção, movimento e comportamento⁽⁸⁾.

O estudo supracitado corrobora com o achado no estudo destacando que a trajetória do cliente psicótico é repleta de muito sofrimento, já que convívio com a doença ocasiona mudanças significativas na vida em que o início da manifestação da doença marca a passagem do que era considerado normal e o que passa a ser considerado doentio⁽⁸⁾. Dessa forma, destaca-se um sofrimento basicamente incurável, tendo em vista as dificuldades de um tratamento eficaz, o descontrole emocional que fica cada vez pior; haja vista que a psicose é encarada não como uma doença, no sentido clássico do termo, entretanto trata-se de um severo transtorno do funcionamento cerebral.

D1C2 – Ter sofrimento psíquico é ter dependência medicamentosa

Os sujeitos do estudo atribuem que a dependência medicamentosa gera também um sofrimento psíquico, já que o uso dos psicoativos permite a manutenção de suas necessidades humanas básicas, atividades de vida diária (AVD) e estabelecimento das interações sociais – como destacado nos depoimentos:

É horrível, porque se eu depender de um remédio [...] pra dormir, [...] tem que depender de um remédio pra dormir, e às vezes a gente nem tem o remédio, às vezes a gente nem consegue o remédio, [...] eu fico de cama, eu não durmo nada, se eu não tomar o remédio eu não durmo nada! Eu passo a noite em claro [...]. Então é uma coisa muito ruim, [...] porque [...] tem que dormir através de remédio, e a não ser os remédios que eu tomo pra dormir, eu tomo remédio de depressão [...], tem vez que eu fico mal mesmo lá em casa [...], mas aí com o remédio que eu controlo. (E8)

Eu tomo o remédio [...] e... Não posso trabalhar mais, fico em casa, e não posso fazer nada. (E7)

Considerando que tais problemas não têm cura, é justamente nessa fase que a pessoa perde seus controles de uma vida social ativa e ou produtiva. No caso dos esquizofrênicos, passam a sofrer dificuldades em diversas áreas como trabalho, estudos, convívio familiar, dentre outros. Um estudo identificou que os entrevistados encontram dificuldades para realização das ações cotidianas, como: andar na rua, trabalhar, conversar, e apesar da melhora e o controle da crise vincula-se ao uso da medicação, é consenso entre os usuários que a crise pode voltar e experiências como ouvir vozes podem persistir apesar do uso da medicação gerando sofrimento⁽⁹⁾.

D2 – Interações familiares, sociais e vivência profissional

D2C1 – Convívio satisfatório

Os participantes do estudo evidenciam que apesar do problema ser um sofrimento, o convívio familiar, social e profissional não foi afetado, sendo considerado como bom e adequado.

Lida bem [...], não tem é problema nenhum com o outro não. [...] Dentro de casa, aí lida certo. [...] Lido também, com os amigos bem, não tenho inimigo nenhum, só amigo, então não tem ninguém, é, não tem ninguém que tem maldade “ne” mim,ta vendo.(E7)

Não, não... Mas o “convívio” é bom. [...] É normal, normal.(E9)

Percebe-se que, apesar de todas as características e dificuldades, o tratamento traz bons resultados para aqueles que o segue corretamente. Com este processo pontual, pode-se seguir sua vida normalmente ou semelhante a qualquer outro indivíduo, como: estudar, trabalhar, namorar, casar, ter uma vida familiar e em sociedade. A adesão ao tratamento não é uma tarefa fácil, pois inclui, além de medicações, comparecimento assíduo de familiares a várias sessões psicológicas(8).

D2C2 – Interações conflituosas

A esquizofrenia é um transtorno mental que cursa com severo comprometimento da capacidade de interagir socialmente de forma adequada e funcional(10). Outros sujeitos afirmam que algumas situações geram interações conflituosas com a família e sociedade, em decorrência da percepção de mundo diferente e de um processo de agressividade que pode aflorar durante o processo de vida cotidiano como destacado a seguir:

Não, eu sou encostada. [...]

aqui em casa é só eu. [...]Vixi, não sei, eu qualquer coisinha eu to estourando. [...] Eu fico nervosa com qualquer coisa. [...] não, se eu vir assim eu converso. (E5)

[...] tem vez [...] dentro de casa mesmo[...], tem dia que “cê”ta muito agressiva, outra hora [...] não quer nem conversar com as pessoas, mesmo com, assim mesmo com a social [...] que às vezes [...] tem aquele problema, a pessoa de fora não te entende também [...]. Hora que “cê”ta nervoso assim, aquela coisa, aí eu tento, eles fazem pra mim controlar, mas eu não consigo controlar.(E6)

Pode-se perceber que o participante E6 menciona que busca usar mecanismo de controle da ansiedade e da irritabilidade. Nesse contexto, um estudo científico elucidado que em se tratando do contexto da saúde mental, deve levar em consideração o que é possível naquele momento para o usuário, em busca do seu bem-estar, abrindo espaço para que ele possa identificar saídas possíveis para o seu sofrimento(11). Com isso, a família tem papel crucial, sendo considerada até como o principal elemento no cuidado dos pacientes, haja vista que, independente de seus desejos, os familiares têm que traduzir o mundo para o seu familiar esquizofrênico, consolando, ajudando, aconselhando e guiando o seu familiar e ajudando na realização de todas as AVD:

É ruim [...]. Fico em casa mesmo, que tem que ta dando remédio os dois, controlado dentro de casa, eu também tomo, aí não tem jeito, tem que ajudar assim, às vezes igual tomar um banho, rapar uma barba, lavar o cabelo, que ele mesmo não lava, o outro pequeno também do mesmo jeito, fico ajudando.(E3)

Da mesma forma que o paciente sofre duas vezes, pela doença e pelo preconceito, a família também sofre, com a doença e com a discriminação e incompreensão social e também com a sobrecarga do cuidado. Na esquizofrenia, a dificuldade está ligada a diversos fatores como fala desconexas, irritabilidade pessoal, falta de concentração entre outros pontos. Contudo, existem estudos para aprimoramento e capacitação para quem tem pacientes com tais transtornos, apesar de ao mesmo tempo ser precário devido à falta de interesse social e também pessoal levando a falta de motivação e apatia os quais estão bem representados nos depoimentos a seguir.

Às vezes eu nem saio de casa, eu não saio de casa, eu passo o tempo inteiro dentro de casa [...] não vou em casa de vizinho, [...] minha vida é só dentro de casa mesmo [...].(E8)

[...]tem vez assim, dentro de casa mesmo, [...]tamuito agressiva, tem dia que [...]ta muito agressiva, outra hora [...] não quer nem conversar com as pessoas [...]. (E6)

O transtorno esquizoafetivo se caracteriza por sintomas de humor significativos, psicose e outros sintomas da esquizofrenia. É diferenciado da esquizofrenia pela ocorrência de um ou mais episódios de sintomas depressivos ou maníacos(12). Essas alterações de comportamento ocasionam nos familiares um padecimento, já que as tarefas nunca têm fim, tornando a convivência traumática sendo que os entrevistados do estudo de outra pesquisa relatam essa interação como uma espécie de cruz, que maltrata, machuca, deixa marcas ocasionada pelo acompanhamento de perto do processo de adoecer(13). Os clientes também identificam essas dificuldades e sofrimento de todos:

É um sofrimento danado.[...] tem dias que dá as crises[...],

tem hora que a gente fica muito [...] ansioso. É assim, aquela coisa ruim na cabeça da gente, tem hora que às vezes até os parentes da gente [...] não acredita que agente tem esse problema [...], aí a gente fica assim, depressivo, é uma coisa assim, tem hora que [...] da vontade de correr pro mato, aí a casa não te cabe, aí quando eu vou, às vezes assim, quando eu to bem ruim mesmo, aí eu vou à casa da minha irmã eu vou umas 10 vezes, só chego [...] no quintal e volto pra traz, eu não consigo. (E6)

Diante do exposto, é essencial à promoção da inserção do usuário na família e também na comunidade em busca do seu restabelecimento, nesse aspecto a próxima dimensão destaca os mecanismos de empoderamento/recovery utilizados pelos participantes na retomada de suas vidas.

D3 – Práticas de empoderamento e recovery

D3C1 – Apoio religioso

A relação entre religião, religiosidade, espiritualidade e saúde/doença mental tem sido um assunto de muito interesse nas ciências sociais, filosóficas, neurais, comportamentais e de saúde. O fato de crer em algo transcendental, tem o significado de uma corda como que se tirassem estas pessoas de um poço sem fundo. Estudiosos elucidam que a religiosidade interfere na saúde e nos transtornos mentais sendo considerada como um recurso de ajuda para a difícil convivência com a doença mental, auxiliando em sua compreensão, uma vez que atribuem a Deus a sua responsabilidade, permitindo suportar melhor o convívio com a doença e suas conseqüências⁽⁸⁾.

[...] Pego com Deus [...], Ele acode. [...] Tomo remédio. (E1)

Eu tomo remédio, eu tomo chá, rezo também [...], pego

com Deus. [...] Católica. [...] vou, não vou muito não, mas da eu vou. (E3)

Um estudo identificou que a vivência religiosa/espiritualidade resulta em alento para a vida aliada ao apoio da rede social dos membros das instituições religiosas; em que essa vivência religiosa/espiritualidade é compreendida como uma ferramenta de enfrentamento às dificuldades diárias impostas pelas limitações acarretadas por delírios e alucinações, resultando em conforto e esperança de dias melhores no seu cotidiano⁽¹⁴⁾. Outros estudos questionam a real eficiência do tratamento religioso e ou o apoio a religião para alcance de uma melhora, ou até mesmo da cura definitiva, apesar de estudos que comprovam a incurabilidade de tais transtornos⁽¹⁵⁾. Entretanto, outro autor menciona que esse sofrimento psíquico, associado ao fato de ser uma doença crônica sem possibilidade de cura, os usuários encontra na religião uma fonte de conforto e esperança⁽⁸⁾.

Em um estudo que avaliou o grau de religiosidade e espiritualidade de 99 psiquiatras alemães concluiu que quanto mais religiosos eram, mais consideravam a religião e a espiritualidade como algo benéfico na compreensão da doença e no tratamento do paciente, articulando tratamento convencional com apoio religioso e espiritual⁽¹⁶⁾. Outro aspecto que também influencia na utilização da religião como mola propulsora de enfrentamento em que a espiritualidade sempre esteve ligada também a família, muitos dos entrevistados apesar da resposta estar relacionada a algo religioso transcendental, muitos continuavam a relatar para si mesmos a importância familiar. O que não nos permite deixar de analisar que a espiritualidade tem um valor a ser notado na cultura familiar e que tem muita importância para estes pacientes.

D3C2 – Apoio Familiar

A nossa família é o bem mais precioso que temos. E isso não muda para

um esquizofrênico ou em pessoas com grandes ou pequenos transtornos mentais. A base ou o porto seguro sendo na saúde ou na doença sempre é encontrada nas origens ou raízes familiares. A família é feita de laços para durar. Não importa se é família de sangue ou de coração⁽¹⁷⁾.

Aí eles ajudam, [...] aí eles vai, faz [...] alguma coisa, me ajuda [...], que aí eles já tá sabendo que às vezes eu [...] não durmo de noite, às vezes eu fico sem alimentar, aí eles vai ver [...], aí eles ajuda, todo mundo ajuda. [...] eu não posso reclamar porque eles vêem que eu não to bem, aí um faz o almoço, um faz outra coisa, me ajuda bastante [...], mas quando eu [...] estive mais ruim, aí eles não entendia que as vez eu ficava nervosa, aí eles não entendia o quê que era, aí eles já tá entendendo mais ou menos [...], aí fala assim, [...] a senhora tem que tomar um remédio, vai ficar calma, porque esses dia a senhora ta muito [...] nervosa, [...] mas graças a Deus em casa é assim. (E6)

Lá em casa, [...] quem cuida de mim mais é uma menina minha, [...] é ela que cuida de mim mais, tem mais paciência comigo, [...] quando precisar de um remédio é ela que faz, porque a mulher não é sempre queta lá em casa, fica trabalhando. Então, quem ta em casa é eu e ela mora lá pertinho [...]. (E7)

A maioria dos trabalhos aponta que, em relação à assistência, há uma necessidade de novas maneiras de apoio familiar e uma expansão da rede de saúde. Outro aspecto que merece atenção é a sobrecarga dos familiares que muitas vezes são o único contato de interação social desses sujeitos como descrito a seguir:

Ah, cê fala assim, conversar? [...] aqui em casa nós não vê ninguém não. [...] É assim, [...] Só nós!(E1)

[...] aí quando o meu marido até que me entende um pouco, no dia que eu fui ao médico mesmo, eu tava muito ruim, aí ele falou assim: ela não pode passar nervoso, [...] esse problema dela é muito perigoso, que pode atacar o coração, pois quando, fica agitado demais é muito perigoso [...]. Ele não entendia, aí agora que ele deu pra entender um pouco, tem hora que eu to naquelas crises aí ele fica calado, aí ele começa...[...] quando eu falava, ele começava ficar [...] nervoso porque eu tava nervosa, aí depois a gente já tá é tentando [...] lidar com essa vida, porque aí eu tenho que [...] controlar pra ver se eu consigo [...], cada dia eu sei que eu tenho esse problema que não vai ter solução [...], porque os [...] medicamentos, mesmo tomando, é difícil. Eu sei que eu tenho que ver se eu consigo viver com essa vida que eu tenho [...].(E8)

No entanto, esse contato estreito pode gerar uma série de descontentamento do paciente para com sua família, esse fato provavelmente ocorre por causa do estresse excessivo que ocorre de ambos os lados. Vale reforçar que apesar dos movimentos de restabelecimento do cliente em sofrimento mental através da *recovery* é salutar que os programas político-sociais de reinserção não ignorem o sofrimento e as necessidades da família, que são enormes, já que existem estruturas familiares desajustadas, indiferente ou mesmo hostil ao cliente; em que o empoderamento deve perpassar por estruturas familiares saudáveis já que esse indivíduo sofre duas vezes, pela doença e pelo preconceito, a família também sofre duas vezes, com a do-

ença do membro e com a discriminação e incompreensão sociais⁽¹⁸⁾.

D3C3 – Interações sociais na comunidade

As atividades de apoio comunitário com ações de suporte têm o intuito de ensinar às pessoas habilidades que precisam para viver em comunidade. Uma vez que todos esquizofrênicos podem ter tempos de violência entre outros sintomas desagradáveis. Entretanto, este estudo observou que as dificuldades de comunicação é um dos sintomas da esquizofrenia, destacado nos depoimentos.

[...] viver com ela, mas com vizinho até que, graças a Deus, eu não tenho problema, mas por isso que eu não sou assim de ficar [...]batendo papo com vizinho, não sou de sair de casa, tem vez que eu não quero sair de casa.(E6)

Tem paciência [...]. Conversa comigo, e é isso aí. [...] Os vizinhos, aqueles que sabem entende [...], agora aqueles que não sabem não entende não, é poucos que sabe [...].(E7)

A comunicação é prejudicada em virtude das falas desconexas e a falta de paciência dos considerados normais ocasionando dificuldades na interlocução em que o diálogo fica cada vez mais precário e escasso, potencializado pelo preconceito, que ocasiona a ruptura da restauração da comunicação entre locutor e emissor⁽¹⁷⁾. Outro aspecto percebido nos depoimentos é a importância de realizar atividades de distrações como descritas:

Ah, eu procuro me distrair. [...] esaiopara ver os meninos jogando ali, procuro me distrair, saio pra ver jogo.(E9)

[...]as mulheres vêm toda semana, elas vêm medir minha pressão, elas vêm toda semana, todo mês elas ta aqui. [...] É só remédio [...] [...]é, eu consultei, eu consultei essa semana eu fui

lá. [...] é, o médico daqui. [...] Uhum.(E4)

Na sociedade destaca se particularmente a questão do preconceito e discriminação a que se sujeitam, dificultando assim os mecanismos de como lidar com as questões de crises.

[...] viver com ela, mas com vizinho ate que, graças a Deus, eu não tenho problema, mas por isso que eu não sou assim de, ficar muito assim, batendo papo com vizinho, não sou de sair de casa, tem vez que eu não quero sair de casa.(E6)

Outro aspecto importante é a dificuldade de estabelecer atividades laborais, haja vista que ao assumir a doença é também assumir que não se tem controle da vida, do comportamento, gerando a descrédito perante os demais, perdendo sua cidadania e perdendo os seus direitos enquanto pessoa⁽¹⁹⁾.

Eu trabalhava né, eu mexia, com, com... Eu tenho de lidar assim, igual é eu e meu marido né, então, é só nos dois, então tem que, eu tenho que manter ele, tentar levantar ele né, porque ele tem os problemas de mal de Alzheimer, e já foi falado que não tem jeito, entendeu?Então eu não, eu sempre tenho que tentar animar ele pra que ele não chegue cair né, porque se ele chegar a cair eu, aí eu to mais porca ainda, já assim na sociedade eu nem saio, eu não vou explicar porque eu nem saio né?! [...] Tenho, mais são poucos.(E8)

A família e a sociedade devem ter um papel de facilitador da interação atuando como uma válvula de escape para as crises convulsiónarias dos chamados loucos, uma vez que um ser humano não vive isolado por mais que

queira, já que a essência humana volta-se para a interação social e um convívio eficiente eficaz⁽¹³⁾.

CONCLUSÃO

Este estudo buscou identificar as percepções de pessoas em sofrimento psíquico acerca da vivência da doença e do restabelecimento da trajetória de vida. Sendo assim, com base nos dados coletados, observou-se que, para a maior parte dos participantes do estudo, ser portador de sofrimento psíquico é vivenciar um sofrimento diário, tendo assim várias limitações para realizar suas atividades cotidianas. Com isso, foi possível indagar que tal doença torna-se um sofrimento muito grande ao paciente e

as pessoas ao seu redor, pois se percebe que, diante dos aspectos que foram abordados, notou-se uma profunda insatisfação, sofrimento e dor advindos dos participantes. Pode-se perceber que nesta etapa, para a maioria dos depoentes, portar um sofrimento psíquico é perder o domínio de uma vida social ou produtiva, assim dificultando em diversas áreas, como no convívio familiar, trabalho, e em sua vida social. Também, como limitações do estudo, vale destacar a quantidade insuficiente de publicações cujo qual aborda o sujeito em sofrimento psíquico, bem como as famílias e os cuidadores que estão intrinsecamente envolvidos no processo.

Vale destacar que, apesar dessas limitações, os sujeitos do estudo evidenciam

vários mecanismos de empoderamento e enfrentamento para se restabelecerem e conseguir encarar a vida cotidiana, apesar das adversidades, tais como a busca por apoio religioso acreditando no ser divino e ajudando a suportar o sofrimento; também tem o apoio familiar e as atividades de apoio comunitário com ações de suporte. Introduzir o debate sobre ser portador de sofrimento psíquico e como restabelecer a vida com empoderamento possibilitando a garantia de todos os direitos e promovendo sua cidadania constitui um grande desafio fazendo-se necessário a realização de estudos sobre a temática e direcionamento do recovery como um estado de recuperação e restabelecimento das funções psíquicas, físicas e sociais. 🐦

Referências

1. Freitas FFP, Amarante PDC. A importância de Hans Prinzhorn para a reforma psiquiátrica no Brasil. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [acesso em 15 ago 2020];42(117):503-17. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811713>
2. Botelho JV, Lima MV. Percepção das emoções dos usuários do CAPS II: um relato de experiência. *Fractal Rev Psicol* [Internet]. 2015 [acesso em 15 ago 2020];27(2):160-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/929>
3. Baccari IOP, Campos RTO, Stefanello S. Recovery: revisão sistemática de um conceito. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2015 [citado em 15 ago 2020];20(1):125-36. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.04662013>
4. Lemes AG, Nascimento VF, Rocha EM, Almeida MASO, Volpato RJ, Luis MAV. Terapia comunitária como cuidado complementar a usuários de drogas e suas contribuições sobre a ansiedade e a depressão. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2020 [acesso em 15 ago 2020];24(3):e20190321. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0321>
5. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: ed. 70; 2009.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Regulamenta a realização de pesquisa científica envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 2016 [acesso em 20 mai 2016]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
7. Kantorski LP, Antonacci MH, Andrade APM, Cardano M, Minelli M. Grupos de ouvidores de vozes: estratégias e enfrentamentos. *Saúde Debate* [Internet]. 2017 [acesso em 15 ago 2020];41(115):1143-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711512>
8. Couto MLO, Kantorski LP. Ouvidores de vozes de um serviço de saúde mental: características das vozes e estratégias de enfrentamento. *Psicol Soc* [Internet]. 2020 [acesso em 15 ago 2020];32(1):e219779. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32219779>
9. Cavalcante DM, Cabral BEB. Uso de medicamentos psicotrópicos e repercussões existenciais para usuários de um CAPS II. *Estud Psicol (Natal)* [Internet]. 2017 [acesso em 16 ago 2020];22(3):293-304. DOI: <https://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20170030>
10. Andrade MCR. Superação em esquizofrenia: relato de casos. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2019 [acesso em 16 ago 2020];68(1):61-2. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000227>
11. Macedo M, Marques A, Queirós C, Mariotti MC. Schizophrenia, instrumental activities of daily living and executive functions: a qualitative multi-dimensional approach. *Cad Bras Ter Ocup* [Internet]. 2018 [acesso em 16 ago 2020];26(2):287-98. DOI: <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1153>
12. Bragê EG, Ribeiro LS, Rocha DG, Ramos DB, Vrech LR, Lacchini AJB. Perfil de internações psiquiátricas femininas: uma análise crítica. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. [cited 2020 Aug 16]. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000275>
13. Carvalho CMS, Sousa DMG, Pinho RIA, Fernandes MA, Oliveira ADS. Vivências de familiares da pessoa com esquizofrenia. *SMAD, Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drog* [Internet]. 2017 [acesso em 15 ago 2020];13(3):125-31. DOI: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i3p125-131>
14. Reinaldo AMS, Santos RLF. Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares. *Saúde Debate* [Internet]. 2016 [acesso em 15 abr 2017];40(110):162-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611012>
15. Graner KM, Cerqueira ATAR. Revisão integrativa: sofrimento psíquico em estudantes universitários e fatores associados. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2019 [acesso em 16 ago 2020];24(4):1327-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018244.09692017>
16. Ledford CJW, Canzona MR, Seehusen DA, Cafferty LA, Schmidt ME, Huang JC, et al. Differences in physician communication when patients ask versus tell about religion/spirituality: a pilot study. *Fam Med* [Internet]. 2015 [acesso em 20 fev 2017];47(2):138-42. Disponível em: <https://www.stfm.org/familymedicine/vol47issue2/Ledford1314>
17. Ferreira TPS, Sampaio J, Oliveira Isaac Linhares de, Gomes Luciano Bezerra. The family in mental health care: challenges for the production of lives. *Saúde Debate* [Internet]. 2019 [acesso em 16 ago 2020];43(121):441-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912112>
18. Arantes DJ, Picasso R, Silva EA. Psychoeducational groups with family of users of a psychosocial care center. *Pesqui Prát Psicossociais* [Internet]. 2019 [acesso em 16 ago 2020];14(2):1-15. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pppv/v14n2/06.pdf>
19. Spadini LS, Souza MCBM. Mental illness in the view of patients and their families. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2006 [acesso em 16 ago 2017];40(1):123-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000100018>