

CONCEPÇÕES DE DOENÇA MENTAL POR FAMILIARES DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA

Conceptions of mental illness by the family of patients' with diagnosis of
Schizophrenia

BUDINI, C. R.

CARDOSO, C.

Recebimento: 02/11/2012 – Aceite: 08/01/2013

RESUMO: A pesquisa teve como objetivo conhecer as percepções sobre doença mental pelos familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia de um CAPS II. Foram entrevistados 07 familiares. As entrevistas em grupos focais foram analisadas segundo análise do conteúdo de Laurence Bardin. As concepções sobre doença mental organizam-se em torno das três primeiras categorias obtidas na análise, nas quais os participantes expõem um conhecimento geral sobre doença mental, causas do surgimento da doença e conhecimento ou não do diagnóstico de esquizofrenia. Além disso, puderam-se evidenciar questões relativas às reações e atitudes frente à doença, sentimentos, preocupações, visão de outros familiares sobre o comportamento da doença mental e elementos considerados importantes na eficácia do tratamento. Além das concepções sobre doença mental, emergiram nessa pesquisa, vivências decorrentes da experiência de conviver com um familiar portador de doença mental. Preocupações, sentimentos de tristeza e a sobrecarga decorrente do cuidar, descritos pelos participantes, levam-nos a pensar que ações voltadas, principalmente para a redução dos agravos na dimensão psíquica e social dos familiares-cuidadores devem ser reforçadas.

Palavras-chave: Concepções. Doença mental. Familiares-cuidadores.

ABSTRACT: The research aimed to understand the perceptions of mental illness by the relatives of patients diagnosed with schizophrenia in CAPS II. 07 relatives were interviewed. The interviews in focus groups were analyzed using content analysis of Laurence Bardin. The conceptions of mental illness are organized around the first three categories obtained in the analysis, where participants exhibit a general knowledge about mental illness, causes of the appearance of the disease and the knowledge or the lack of it about the diagnosis of schizophrenia. In addition, questions could be evidenced

about the reactions and attitudes in relation to the illness, feelings, concerns and perspectives of other family members about mental illness behavior and elements considered important in the effectiveness of treatment. Therefore, besides the notions about mental illness, experiences of living with a mental patient relative emerged. Concerns, feelings of sadness and burden due to the caring, described by the participants, lead us to think that actions directed mainly to the reduction of injuries in the psychological and social dimensions of family-caregivers should be strengthened.

Keywords: Concepts. Mental illness. Family-caregivers.

Introdução

A doença mental é um fenômeno que acompanha a história da sociedade. Tradicionalmente, os pacientes com transtornos mentais graves, como a esquizofrenia, eram tratados sob regime de isolamento devido à suposta periculosidade que ofereciam à sociedade (ALMEIDA et al., 2010). Para Foucault (1997), o indivíduo portador de doença mental era considerado “alienado”, pois é aquele que está fora de si, fora da realidade e que tem alterada a sua possibilidade de juízo. Dessa forma, o dito “alienado” era visto como um sujeito sem razão, logo, sem direitos, desejos ou cidadania.

A mudança no olhar para o portador de doença mental teve início a partir da década de 1960, quando começou a ganhar força, na Itália, um movimento de reforma psiquiátrica. Esse movimento denunciava a atenção dada aos pacientes em regime de isolamento e propunha novos dispositivos terapêuticos, alicerçados no tratamento dentro da própria comunidade (SADOCK e SADOCK, 2006).

No Brasil, a reforma psiquiátrica iniciou-se em meados da década de 1970. Ela é definida como um movimento de caráter político, social e econômico, que tem como base a desospitalização. A intenção da re-

forma não é simplesmente ver o portador de doença mental fora do hospital, mas sim, fazer com que ele seja um sujeito ativo em seu tratamento e tenha a estrutura necessária para o convívio social. A reforma psiquiátrica já provocou a diminuição de leitos hospitalares e estimulou a criação de serviços que substituam as internações. Contudo, muitos familiares ainda encontram dificuldade em adequar-se a esse novo sistema (COLVERO; IDE e ROLIM, 2004).

A partir dessa reforma, tornou-se fundamental pensar no cuidado que envolve a família do doente, pois ela se constitui na base da sociedade. E é no grupo familiar que os sentimentos e as vivências em cuidar do outro são experienciados, o que se acentua ainda mais quando tem alguém da família com problema de saúde (SOUZA et al., 2009).

As famílias se viram estimuladas e pressionadas a assumir a responsabilidade pelo cuidado de seus membros doentes (MELMAN, 2001). Porém, o familiar ainda se apresenta aos serviços de saúde mental simplesmente como informante das alterações apresentadas pelo paciente.

Nos quadros agudos, recomenda-se que a internação seja de curta permanência e a continuidade do tratamento seja realizada nos equipamentos extra-hospitalares; por conseguinte, o doente mental retornará para a sua casa, sua família (quando ela existe)

e para a comunidade (COLVERO; IDE & ROLIM, 2004).

Com o início dos serviços extras hospitalares, as relações entre famílias e o campo da saúde mental tiveram que ser discutidas (MELMAN, 2001). Entretanto, evidencia-se dificuldade de estabelecer estratégias que possam suprir a complexidade desse novo paradigma. O cuidar é, de alguma forma, atribuído às pessoas, por vezes, ainda não adaptadas a essa nova situação (ALMEIDA et al., 2010).

Um dos serviços extra-hospitalares de atendimento à saúde mental são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Eles são serviços de saúde mental abertos e comunitários do Sistema Único de Saúde (SUS). Têm como objetivo proporcionar atendimento à população da área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

Os CAPS são responsáveis pela organização da rede de saúde mental, posicionando-se como uma referência para os demais serviços de questões que envolvem o sofrimento mental (BRASIL, 2004).

Os usuários desse tipo de atendimento são pessoas que sofrem com transtornos mentais severos, como psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência em um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004).

A esquizofrenia faz parte desses transtornos mentais severos. Seu diagnóstico é um dos temas mais complexos e controversos na Psiquiatria (CARVALHO; COSTA e BUCHER-MALUSCHKE, 2007). Tanto que Szasz (1978), em seu livro chamado “Esquizofrenia, o símbolo sagrado da psiquiatria”

já apontava que a proposição do verdadeiro significado da esquizofrenia sempre foi e continua a ser “loucura”. Sadock e Sadock (2006) também referem que a figura do louco está historicamente associada à psicose.

Por sua frequência e importância clínica, a esquizofrenia se caracteriza como sendo a principal forma de psicose, a qual possui sintomas típicos como alucinação, delírios, pensamento desorganizado e comportamentos claramente bizarros (DALGALARRONDO, 2008).

Diante de tal enfermidade, a família, muitas vezes, torna-se pessimista quanto à possibilidade de melhora do familiar. Entre essas famílias, muitos são os fracassos, recaídas, abandonos de tratamento, sendo comum encontrar famílias desmotivadas, resistentes e temerosas em relação a qualquer proposta de mudança vinda dos trabalhadores e dos serviços de saúde mental (COLVERO; IDE & ROLIM, 2004).

O universo dos familiares de pacientes com transtorno mental severo reflete uma realidade de preconceito e exclusão vista na sociedade. Aproximar-se dessas famílias implica tomar contato com sentimentos de muita dor e sofrimento (MELMAN, 2001). Muitos familiares se veem obrigados a direcionar grande parte de seu tempo para o cuidado do parente doente. Além da dor, Melman (2001) refere que, para muitas famílias, a doença mental continua sendo motivo de vergonha. Na maioria dos casos, isso pode ser efeito da carência de informações qualificadas sobre a doença.

Contudo, cabe salientar que esses familiares possuem um saber diferenciado. Saber este construído na relação com o doente mental e com os profissionais, que atravessa todas as queixas e pedidos de ajuda. Este saber, construído no senso comum, consiste em uma operação que dá um sentido às metáforas e imagens que lhes são oferecidas pela história social de seu tempo sobre o processo

saúde/doença mental e convívio familiar e, por conseguinte, precisa ser identificado (COLVERO; IDE & ROLIM, 2004).

Estudos e pesquisas relacionados ao tema

Bortoleto (2004 apud CARDOSO & SEMINOTTI, 2006) estudando as concepções sobre doença mental de familiares de pacientes psicóticos, concluiu que os familiares não consideram a sua participação no processo de adoecimento do paciente, atribuindo suas causas a fatores externos à família, como influências místicas e religiosas.

Outro estudo sobre percepções da doença mental na ótica dos familiares é elaborado por Moraski e Hildebrandt (2005). Os autores concluem que, mesmo diante de toda transformação dos paradigmas da saúde mental preconizados pela reforma psiquiátrica, é possível encontrar na sociedade, e nela, insere-se a família, resquícios de concepções da doença mental de caráter psicótico como aquele mais velho fenômeno de todos, a loucura.

Villares, Redko e Mari (1999) discutem três categorias encontradas em seu estudo sobre concepção de doença mental. São elas, “problema de nervoso”, “problema na cabeça” e “problema espiritual”. Argumentam que as concepções analisadas podem ser compreendidas como construções culturais e enfatizam a importância deste entendimento para a compreensão da evolução da doença e para a elaboração de programas de intervenção culturalmente apropriados.

Spadini e Souza (2006), em uma pesquisa bibliográfica sobre o tema, observaram que os pacientes e a sua família, muitas vezes, negam a doença para não serem classificados dentro da estereotipia que cerca a sociedade. Algumas famílias assumem e encontram maneiras de lidar com a doença, de aceitá-la,

tendo como consequência disso um melhor tratamento e trocas positivas de experiência.

À luz das pesquisas apontadas, entende-se que a família precisa ser vista como um elo fundamental de transformações no seio da sociedade acerca das concepções da mesma sobre a doença mental. Para tanto, a família precisa ser incluída de forma responsável no processo de cuidado (SALES et al., 2010).

Diante da importância do familiar-cuidador, da escassez de estudos sobre o tema e da necessidade de estudos contextualizados em diferentes cenários socioeconômicos, reitera-se a necessidade de pesquisas sobre o assunto. Spadini e Souza (2006), em uma pesquisa bibliográfica sobre o tema, apontam que o número de publicações é pequeno diante da importância do problema, salientando a necessidade de novas pesquisas sobre essa temática.

Portanto, este estudo buscou identificar as concepções sobre doença mental pelos familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II).

Método

O estudo se caracterizou como sendo uma pesquisa descritivo-exploratória e qualitativa quanto à abordagem do problema. A pesquisa foi realizada no período de agosto de 2011 a junho de 2012.

Para obtenção dos dados, foram realizados dois grupos focais, que são entrevistas em grupo, dirigidas a um foco temático específico e fundamentando-se na interação que se processa dentro do grupo (MORGAN, 1988).

Foram participantes desta pesquisa familiares-cuidadores de pacientes portadores de esquizofrenia do CAPS II de Erechim, escolhidos por conveniência. Para a realização dos grupos focais, a pesquisadora entrou em

contato telefônico com os familiares. Para cada grupo focal, foram convidados oito participantes, que, a princípio, confirmaram sua presença. Porém, destes, apenas sete familiares participaram da pesquisa. Quatro familiares no primeiro grupo focal e três no segundo.

As entrevistas dos grupos focais foram gravadas, posteriormente transcritas na íntegra e mantidas arquivadas. O material obtido foi submetido à análise qualitativa, segundo a metodologia de análise de conteúdo de Laurence Bardin (1997). Para preservar a identidade dos participantes, os nomes utilizados são fictícios.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue para cada participante e uma cópia foi guardada com as pesquisadoras. Também, foi obtida a autorização da instituição (CAPS II) para a realização da pesquisa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada – Campus de Erechim (CEP-URI).

Resultados e discussões

Os participantes deste estudo totalizaram 7 (sete) familiares-cuidadores de pacientes com esquizofrenia. Dentre os entrevistados, a maioria era do gênero feminino, 6 (seis) participantes e com a faixa etária acima de 50 anos.

Quadro 1: Caracterização dos participantes da pesquisa.

Nomes fictícios ¹ do familiar-cuidador	Grau de parentesco	Faixa etária (anos)
Marta	Mãe	+70
Joana	Mãe	50 – 60
Luiza	Irmã	30 – 40
Ana	Mãe	+70
Rita	Mãe	50 – 60
Márcia	Irmã	40 – 50
Paulo	Pai	+ 70

Fonte: dados da pesquisadora (2012)

¹ Os nomes são fictícios para preservar a identidade dos participantes.

A partir da análise de conteúdo das entrevistas em grupo focal, foram formadas oito categorias gerais e outras específicas a *posteriori* descritas no quadro abaixo:

Quadro 2 – CATEGORIAS: amplas e específicas, obtidas com a análise de conteúdo das entrevistas em grupo focal.

GERAIS	ESPECÍFICAS (subcategorias)
Concepções sobre a doença mental	- doença que não tem cura - doença de difícil diagnóstico e entendimento - doença mental como sintomas
Concepções sobre o surgimento da doença	- sobrecarga do familiar doente - problemas nos relacionamentos familiares - eventos - biológico - surge em fases da vida
Quanto ao diagnóstico de esquizofrenia	- conhecem o nome - entendem como depressão
Reação /atitudes frente à doença mental	- conversar, explicar, ter calma, controle e consciência da doença - procurar uma cura - ter a religião como forma de ajuda
Sentimentos	- frente ao diagnóstico (susto, tristeza) - frente à internação (tristeza, saudade, reclamações do atendimento) - sobrecarga: estresse e/ou depressão no familiar
Preocupações	- financeiras - quanto ao futuro do familiar doente - familiar doente e seus vícios (cigarro, drogas) - busca de mais informações sobre a doença
Visão de outros familiares e pessoas sobre os comportamentos do doente mental	- concepções errôneas/místicas.
Elementos considerados importantes para a eficácia do tratamento	- medicação - CAPS e outros serviços de atenção pública

Fonte: dados da pesquisadora (2012)

O Quadro 2 demonstra todas as categorias e subcategorias encontradas. Abaixo, serão apresentadas todas as categorias e discutidas as subcategorias que mais se destacaram na análise de conteúdo.

Concepções sobre a doença mental

- *Doença que não tem cura:*

“Olha, eu na minha opinião, o que eu sei, o que eu já ouvi falar, que é uma doença que não tem cura. A gente, eu já tenho consciência disso, que pode ter uma melhora, depende da medicação, mas que cura não tem.” (Entrevista 2, Rita)

Este recorte demonstra a concepção de alguns familiares, de que “a doença mental é uma doença que não tem cura”. Para Oliveira (2001), no decorrer das reinternações, a família vai percebendo que, talvez, a cura tradicionalmente conhecida como “não ter mais a doença”, não ocorra.

A tomada de consciência da existência da doença mental na família, na maioria das vezes, processa-se ao longo dos anos de convivência, permitindo à família ter uma nova percepção em relação à doença, levando a reconhecê-la (OLIVEIRA, 2001).

- *Doença de difícil diagnóstico e entendimento:*

Entrevistadora: “O que o senhor conhece sobre a doença de seu filho?”
Paulo: “A gente acompanha ele. Até agora me aposentei, porque primeiro eu não lidava com ele. E agora fiquei viúvo, então agora tô mais a par, não tô muito lá a par, tem outros que tão. Mas agora, como moramos juntos, só eu e ele, então eu e ele tá bem, bem.” (Entrevista 2, Entrevistadora, Paulo)

Esta subcategoria mostra que os familiares possuem dificuldades de emitir ideias claras sobre a doença mental e entendê-la. Ao invés de concepções claras sobre doença

mental, os pacientes relatam experiências diárias vividas com o familiar doente, tanto que mencionam “a gente acompanha ele”.

- *Falar da doença mental descrevendo sintomas do familiar:*

“ele não comia e só dormia, ficava em baixo das cobertas o dia inteiro e não comia nada. Aí ele começou a ficar ruim, ruim assim que ele entrava embaixo da cama se escondia não podia ver gente, não podia ver carro, não podia ver gente que ele tinha que dizer nome pra ofender, não saia de casa em parte nenhuma.” (Entrevista 1, Marta)

A forma mais usada para expressar os conhecimentos sobre a doença mental foi através de relatos dos sintomas de seus familiares. Guimarães (2001) refere que a doença mental é também significada através dos seus sintomas. A busca da melhora do sintoma é o fator que leva a família a procurar o tratamento institucional e sua ausência é o indicio de que está curado.

Concepções sobre o surgimento da doença

- *Eventos:*

“Depois que a minha mãe faleceu, minha mãe faleceu faz 4 anos, aí começou. Não sei se era uma depressão, a causa assim não sei. Foi feito eletro, claro, não foi feito exames mais especificados porque não tem condições, né. Então não sei se vem já daquele acidente dela ou se de uma depressão.” (Entrevista 2, Mácia)

Grande parte dos familiares relaciona o surgimento a um evento importante que precedeu o aparecimento da doença. Villares, Redko e Mari (1999) referem que atribuir ao desencadeamento da doença mental causas específicas é menos constrangedor e doloroso do que identificar suas reais causas e/ou denominá-la pelo seu nome científico.

Rodrigues (2007), na revisão bibliográfica de sua monografia sobre as representações de doença mental por parte dos familiares de pacientes com esquizofrenia, observou que, nas pesquisas já realizadas, as famílias, ao escolherem as denominações menos estigmatizantes, tendem a atribuir causas externas à doença mental, tais como: eventos estressantes, doença grave de um ente querido, contrariedade, esgotamento. Nessas explicações, a doença mental é vista como pertencente a uma pessoa que é parte integrante de um sistema social que a afeta.

- *Biológico:*

Entrevistadora: “O que a senhora pensa sobre o aparecimento dessa doença no Luis?”

Marta: “A psicóloga uma vez falou, que eu levava ele lá nas caras pintadas, então a psicóloga disse que ele tem uma manchinha bem pequenininha no cérebro, manchinha de sangue bem pequenininha no cérebro [...]” (Entrevista 1, Entrevistadora, Marta)

Outros participantes referiram causas biológicas para o aparecimento da doença mental. Quanto à explicação orgânica, Spadini e Souza (2006) referem que muitas pessoas acreditam em uma causa biológica para a doença e não a associam a fatores psicossociais.

Para Azevedo e Gaudêncio (2007), quando os sujeitos remetem a causalidade da esquizofrenia a fatores biológicos, situam-se teoricamente em afinidade com a teoria organicista ou biológica, segundo a qual a doença mental provém de problemas na constituição e no funcionamento cerebral.

Quanto ao diagnóstico de esquizofrenia

Dos participantes, quatro demonstraram conhecimento do nome da doença, ou seja,

do diagnóstico de esquizofrenia. Porém, os demais participantes *entendem a doença do familiar como depressão:*

“O Luis também é agressivo e ele tinha depressão muito forte também né.” (Entrevista 1, Marta)

Bressan (2000) descreve que os sintomas depressivos podem ser facilmente confundidos com sintomas negativos da esquizofrenia ou sintomas extrapiramidais induzidos pela medicação antipsicótica.

No entanto, vale ressaltar que, aproximadamente, 25% dos pacientes com esquizofrenia apresentam sintomas depressivos durante o curso da doença. A ocorrência destes sintomas está relacionada a períodos de hospitalização mais longos, pior resposta às medicações, pior desempenho social, evolução crônica, maiores taxas de recaídas e suicídio (BRESSAN; CHAVES & SHIRAKAWA, 1998).

Esse resultado leva-nos a pensar também que a depressão é uma doença mental mais aceitável e conhecida pela sociedade do que a esquizofrênica, pois se sabe que está vinculada, historicamente, ao conceito de loucura (SADOCK & SADOCK, 2006).

Reação /atitudes frente à doença mental

- *Religião como forma de ajuda:*

Luiza: “Eu procuro assim... Procuro falar bastante pra ele sobre o amor de Deus, que Deus é maior que tudo, eu procuro isso.”

Joana: “E o Carlos também é muito disso.” (Entrevista 1, Luiza, Joana)

Esta foi a subcategoria mais citada pelos familiares. Segundo Villares, Redko e Mari (1999), a igreja pode ser um recurso importante no auxílio à convivência com a doença,

por oferecer uma compreensão do sofrimento que qualifica a experiência existencial. A religião também pode servir como suporte social, através das relações de ajuda que a comunidade de fiéis constrói à sua volta.

Sentimentos

Tanto a descoberta do diagnóstico quanto a convivência com o doente, em casa ou nas internações, suscitam sentimentos negativos nos familiares, como a tristeza, evidenciada na fala dos participantes. De todas as subcategorias, a sobrecarga desses familiares cuidadores é o que mais aparece nas falas.

- Sobrecarga: estresse e/ou depressão no familiar:

“Por, por mim mesmo, porque eu também não ando legal agora, porque é muita tarefa é aqui, agora que a gente ta trabalhando, eu vejo assim, trabalhando com ele, porque a gente trabalha fora né, tantos anos eu venho cuidando ele, eu sozinha cuido ele, então também tu se estressa. É o estress, é um... a gente fica também meio depressivo, então é uma carga [...]”. (Entrevista 1, Joana)

A maioria dos participantes são os únicos responsáveis pelos cuidados do familiar. Eles relatam que ter que “cuidar sozinho” do familiar portador de transtorno psíquico gera estresse e, em alguns casos, até a depressão, como descrito no recorte acima.

Esta temática já foi abordada em outras pesquisas realizadas. Colvero, Ide e Rolim (2004) referem que os familiares sentem-se sobrecarregados com a relação de extrema dependência material e afetiva do parente.

Na avaliação de Almeida et al. (2010), quanto aos fatores de sobrecarga em cuidadores de pacientes esquizofrênicos, foram identificadas atividades da vida diária, mudanças na rotina, diminuição do lazer, problemas de saúde, preocupações, medo de adoecer, obrigatoriedade do cuidado,

custo do tratamento, aspectos financeiros e expectativas em relação ao futuro como importantes fatores de sobrecarga.

Alguns itens supracitados pelos autores, como sendo fatores importantes de sobrecarga, são apontados pelos participantes desta pesquisa e encontram-se classificados e expostos na categoria abaixo, “Preocupações”.

Preocupações

- Financeiras:

“Pois é, e o vício tem, e comer tem que comer. O remédio às vezes tem que comprar a maioria das vezes ganha, mas quando tem que comprar é muito caro. E é roupa, calçado e outros medicamentos, não é fácil também.” (Entrevista 2, Rita)

A questão financeira está entre as sobrecargas de familiares de pacientes com esquizofrenia, encontradas em um estudo de Koga e Furegato (2002). Os autores salientam que antes de adoecer, o familiar trabalhava, tinha uma profissão e seu salário contribuía com o orçamento doméstico. Mas, a partir de certo tempo do aparecimento da doença mental, abandonou o trabalho ou foi demitido. O apontamento dos autores vai ao encontro dos discursos apresentados pelos familiares desta pesquisa.

- Quanto ao futuro do familiar doente:

Paulo: “Eu fico assim pensando, fico pensando assim comigo, né, porque eu já não cozinho com a primeira fervura. Eu tenho 83 anos, já tô lá, não tô chegando mais lá né. (ri) Então eu penso como é que vai ficar esse rapaz sozinho.” (Entrevista 2, Paulo)

Em sua pesquisa, Rodrigues (2007) refere que o futuro do doente mental é visto pelos familiares como incerto, sem planos e com muitas dificuldades. O familiar é perspecti-

vado pela família como alguém que irá ficar abandonado quando ela não estiver mais presente.

Em um estudo, Silva (2001) também observou que os familiares relatavam explicitamente e com muita angústia a questão da preocupação de “e quando eu morrer?” “Quem vai olhar por ele?”. Essa preocupação também foi exposta pelos familiares participantes do estudo de Martins de Oliveira Segundo et al. (2011).

- *Busca de mais informações sobre a doença:*

Joana: “É, só que eu gostaria assim também, que alguém colocasse pra gente, como é que a gente teria que fazer pra ajudar eles, mudar também, porque a gente tem essa maneira assim. Mas que nem assim hã... de dizer como é que a gente tinha que fazer para ajudar eles mudar [...]” (Entrevista 1, Joana)

O relato da participante traz consigo a importância da relação família e profissionais da saúde. Entendendo a família como uma unidade de cuidado, ou seja, cuidadora nas situações de saúde e doença dos seus membros, compete aos profissionais apoiá-la, orientá-la e fortalecê-la quando esta se encontrar fragilizada, ou carente de informações. Assim, o tratamento não se restringe apenas a medicamentos e eventuais internações, mas, também, a ações e procedimentos que visem a uma reintegração familiar, social e profissional, bem como a uma melhoria na qualidade de vida do doente e do familiar (ELSEN, 2004).

Visão de outros familiares e pessoas sobre os comportamentos do doente mental

- *Concepções errôneas/mística:*

“[...] E os meus irmãos então não acreditavam que era, eles diziam que era

semvergonhice dela, que o que ela fazia, porque ela começou a complicar com um vizinho, era sei lá, bobagem dela né, para chamar a atenção, eles pensavam isso.” (Entrevista 2, Márcia)

“[...] tinha uma mulher nas cadeiras da fila de espera, ela me chamou e disse – ah, eu vi ali tua irmã, ela está possuída! -.” (Entrevista 2, Márcia)

Nessa categoria, pode-se perceber que outras pessoas, fora do convívio diário com o doente mental, possuem concepções errôneas ou místicas sobre a doença. Sabe-se que ainda há uma tendência da sociedade de rotular o portador de transtorno psíquico de “louco”, “doido”, ainda mais quando falamos da esquizofrenia. Sadock e Sadock (2006) referem que a figura do louco está historicamente associada à psicose.

Elementos considerados importantes para a eficácia do tratamento

- *Medicação:*

“Então agora, é só tomar a medicação. Toma a medicação, vai aos compromissos dele e tudo.” (Entrevista 2, Rita)

Evidenciou-se que os familiares têm consciência da importância do uso contínuo e correto da medicação e os benefícios que a mesma oferece. Principalmente no que se refere à redução de sintomas.

Esse elemento também é considerado importante em outras pesquisas realizadas. Na pesquisa de Almeida et al. (2010), os familiares-cuidadores tenderam a identificar o tratamento medicamentoso como crucial e central no tratamento. Eles atribuíram a melhora dos sintomas ao uso da medicação.

Nasi, Stumm e Hildebrandt (2004) também observam a importância dada à medicação pelos familiares de pacientes

com transtornos mentais. Muitas vezes, eles consideram a medicação como o principal elemento terapêutico.

- *CAPS e outros serviços de atenção pública:*

Marta: “Coisa boa! É uma família o CAPS aqui.” (Entrevista 1, Marta)

Luiza: “É o CRAS, ai tem acompanhamento, é muito bom isso, e a prefeitura que tá fazendo, organizando, levando pros bairros.” (Entrevista 1, Luiza)

O estudo de Almeida et al. (2010) também aponta que os cuidadores valorizam o tratamento no CAPS. O centro de atenção psicossocial é referido como um local de promoção da saúde e da emancipação do sujeito esquizofrênico.

Os CAPS têm orientado suas práticas num viés psicossocial, considerando a família como a base fundamental do processo de reinserção da pessoa com sofrimento psíquico na sociedade e no próprio meio familiar (BRASIL, 2004).

No CAPS, onde foi realizada esta pesquisa, uma das atividades voltadas para a atenção às famílias é o grupo de familiares. A participação dos familiares neste grupo e nos demais serviços de atenção pública citados, certamente, contribui para a diminuição de rótulos típicos da doença mental, como a relação da psicose com a loucura.

Conclusão

Os familiares não possuem uma concepção geral sobre a doença mental, e sim, ideias fragmentadas, na maioria das vezes, relacionadas aos sintomas observados no

familiar doente. Além das concepções sobre doença mental, os resultados da pesquisa apontam vivências decorrentes da experiência de conviver com um familiar portador de doença mental. Sendo assim, eles relatam suas reações e atitudes frente à doença, sentimentos, preocupações, referem a visão de outros familiares e pessoas sobre os comportamentos do doente mental e citam elementos considerados importantes para a eficácia do tratamento.

Diante disso, nota-se que, apesar de um conhecimento limitado sobre a doença, os familiares participantes da pesquisa não possuem uma concepção da doença mental vinculada à loucura. Certamente, fatores que contribuem para este aspecto positivo são a participação e o envolvimento desses familiares no CAPS, na busca de informações e suporte para o convívio com o doente mental.

Porém, os familiares apontam que gostariam de mais informações sobre a doença de seus familiares. Sabe-se que, quanto mais uma família conhecer sobre a doença mental, mais bem preparada estará para oferecer apoio na hora em que o familiar necessitar.

Além da informação técnica sobre a doença mental, os familiares carecem de suporte emocional para lidar com essa situação que é conviver com um familiar portador de transtorno psíquico. Eles relatam preocupações, sentimentos de tristeza e a sobrecarga decorrente do cuidar. Dessa forma, as dificuldades geradas pela convivência, pela manutenção e pelo cuidado com o doente mental devem ser olhadas de maneira especial. Portanto, ações voltadas, principalmente, para a redução dos agravos na dimensão psíquica e social dos familiares-cuidadores devem ser reforçadas.

AUTORES

Camila Rafaela Budini - Acadêmica do décimo semestre do curso de Psicologia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Uri – Campus de Erechim. E-mail: camilabudini@yahoo.com.br

Cassandra Cardoso - Orientadora da Pesquisa de conclusão de curso. Professora do Curso de Psicologia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Mestrado em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil (2005). E-mail: cassandra@uricer.edu.br

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. M et al. A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia. **Rev. Psiquiatr Rio Gd Sul**. p. 73-79, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 16 jul. 2011.

AZEVEDO, D. M.; GAUDÊNCIO, M. M. P. A esquizofrenia sob ótica familiar: discurso dos cuidadores. **Rev Nursing**. p. 366-371. 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da saúde, 2004.

BRESSAN, R. A. A depressão na esquizofrenia. **Rev Bras Psiquiatr**. p. 27-30, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 maio 2012.

BRESSAN, R. A.; CHAVES, A. C.; SHIRAKAWA, I. **Depressão na esquizofrenia**. In: Shirakawa I, Chaves AC, Mari JJ, eds. O desafio da esquizofrenia. São Paulo: Lemos, 1998. p.119-34.

CARDOSO, C.; SEMINOTTI, N. O grupo psicoterapêutico no Caps. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v.11, n.3, jul./set. 2006. Disponível em: <www.scielo.com.br>. Acesso em: 02 fev. 2011.

CARVALHO, I. S.; COSTA, I. I.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Psicose e Sociedade: interseções necessárias para a compreensão da crise. **Revista mal-estar e subjetividade**. p.163-189, mar. 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo>>. Acesso em: 01 out. 2011.

COLVERO, L. A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 2, p.197-205, 2004. Disponível em: <www.scielo.com.br>. Acesso em: 20 maio 2011.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ELSEN, I. **Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual**. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2. ed. Maringá: EDUEM, 2004.

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1997.

GUIMARÃES, A.C.P.C. Gruposoterapia em Hospital-Dia: uma análise temática de quinze sessões. 130p. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. USP. 2001.

- KOGA, M.; FUREGATO, A. R. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. **Revista ciência, cuidado e saúde**. Maringá, v. 1, n. 1, p. 69-73, 2002. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5656>>. Acesso em: 26 maio 2012.
- MARTINS DE OLIVEIRA SEGUNDO, E et al. A percepção da família que convive com pessoas portadoras de transtornos mentais. **Saúde Coletiva**. p. 93-98, 2011. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=84217104007>>. Acesso em: 26 maio 2012.
- MELMAN, J. **Família e doença mental**. Repensando a relação entre profissionais de saúde e família. São Paulo: Escrituras Editora, 2001.
- MORASKI, T. R.; HILDEBRANDT, L. M. As percepções de doença mental na ótica de familiares de pessoas psicóticas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 02, p. 195 - 206, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 01 jun. 2011.
- MORGAN, D. L. **Focus Groups as Qualitative Research**. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1988.
- NASI, C.; STUMM, K. J.; HILDEBRANDT, L. M. Convivendo com o doente mental psicótico na ótica do familiar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 01, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/799/906>>. Acesso em: 27 maio 2012.
- OLIVEIRA, A. M. N. Os sentimentos da família frente a facticidade da doença mental. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, vol. 3, n.º 2, 2001. Disponível em <<http://www.calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/5042/3808>>. Acesso em: 26 maio 2012.
- RODRIGUES, L. L. S. M. A representação social da doença mental: o olhar da família do portador de esquizofrenia. Monografia. (Licenciatura em Psicologia Clínica e da Saúde), 2007. Disponível em: <<http://bdigital.unipiaget.cv:8080/jspui/bitstream/10964/103/1/Liudmila%20Rodrigues.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2012.
- SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto alegre: Artmed, 2006.
- SALES, C. A et al. Vivências dos familiares ao cuidar de um ente esquizofrênico: um enfoque fenomenológico. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 12(3):456-63, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a06.htm>>. Acesso em: 03 jun. 2011.
- SILVA, L. F. **Ação social na área da família**. Lisboa: Editora da Universidade Aberta, 2001.
- SOUZA, M. D et al. A convivência em família com o portador de transtorno psíquico. **Rev. Eletr. Enf.** p.124-32, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a16.htm>>. Acesso em: 03 jun. 2012.
- SPADINI, L. S.; SOUZA, M. C. B. de M. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Rev. esc. enferm. USP [online]*. vol.40, n.1, p. 123-127, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a17v40n1.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2011
- SZASZ, T. S. **Esquizofrenia: o símbolo sagrado da psiquiatria**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.
- VILLARES, C. C.; REDKO, C. P.; MARI, J. J. Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. **Rev Bras Psiquiatr**, 21 (1), 1999. Disponível em: <www.scielo.com.br>. Acesso em: 10 jun. 2011.