

O SOFRIMENTO PSÍQUICO NA PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES

Alexandra Iglesias¹
Bruna Ceruti Quintanilha²
Luziane Zacché Avellar³

RESUMO: Na perspectiva da Reforma Psiquiátrica a família tem sido enunciada como imprescindível no processo de reabilitação psicossocial do seu ente em sofrimento psíquico, já que ela consiste, possivelmente, na primeira rede social de qualquer pessoa. Assim, traçamos como **objetivo** deste estudo identificar as percepções dos familiares sobre o adoecimento psíquico de seu ente, usuário de um Centro de Atenção Psicossocial. **Método:** Para tanto foram selecionados, aleatoriamente, 90 prontuários de usuários inseridos neste serviço. **Resultados:** As falas dos familiares contidas nos prontuários se referem a um usuário (homem e mulher) de 26-35 anos que teve a esquizofrenia como principal hipótese diagnóstica. Foram vários os entendimentos trazidos pelos familiares sobre o adoecimento psíquico: associação ao sobrenatural, a conflitos familiares, a questões hereditárias, a perdas financeiras e afetivas, ao uso de drogas, bem como ao nascimento do segundo filho, no caso das mulheres. **Conclusões:** Diante destes dados, destaca-se a importância de se conhecer e respeitar todas as concepções construídas sobre o adoecimento psíquico, acreditando que assim consigamos facilitar a comunicação entre os serviços de saúde, usuários e seus familiares; proporcionando uma terapêutica que não trabalhe a ideia de culpa, mas a co-responsabilização pelo processo de luta por um tratamento digno e próximo à comunidade de referência destas famílias.

Palavras-chave: Família; Saúde Mental; Prontuários; Sofrimento Psíquico; Centro de Atenção Psicossocial

PSYCHIC SUFFERING IN THE PERCEPTION OF FAMILY

ABSTRACT: From the perspective of the Psychiatric Reform, family it has been heralded as essential in psychosocial rehabilitation process of their relative in psychic suffering, since it is possibly the first social network to anyone. Then, we define as the **objectives** of this study to identify the perceptions of the family about the mental illness of their relatives, who are users of mental health services from a “Psychosocial Care Center” (“CAPS” in Portuguese), in Brazil. **Method:** To reach our goal, we select, randomly, 90 records of users inserted into this service. **Results:** The statements of the family contained in the medical records identify a user pattern (male and female) of 26-35 years who had schizophrenia as a primary diagnosis. There were various understandings brought by the family about mental illness: association with the supernatural, the family conflicts, hereditary issues, financial and emotional losses, the use of drugs, as well as the birth of the second child in the case of women. **Conclusions:** Given these data, it highlights the importance of knowing and respecting all conceptions built on mental illness, believing that so we

¹ Alexandra Iglesias: <leiglesias@gmail.com>. Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Professora do Departamento de Psicologia da UFES.

² Bruna Ceruti Quintanilha: <quintanilhabc@gmail.com>. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

³ Luziane Zacché Avellar: <luzianeavellar@yahoo.com.br>. Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professora do Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento e Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo.

can facilitate communication between health services, users and their families; providing a therapy that does not work the idea of guilt, but the co-responsibility for the process of fighting for decent treatment and close to the community of reference these families.

Keywords: Family; Mental Health; Medical records; Psychic Suffering; Psychosocial Care Center.

EL SUFRIMIENTO PSÍQUICO EN LA OPINIÓN LAS FAMILIARES

RESUMEN: En la perspectiva de la reforma psiquiátrica han declarado a la familia como esencial en curso de blanqueo psicossocial de su estar en el sufrimiento psíquico, puesto que consiste, posiblemente, en la primera red social de cualquier persona. Remontamos como objetivo de este estudio para identificar las opiniones las familiares en el adoecimiento psíquico de su ser, usuario de un centro de la atención de Psicossocial. Método: Para ellos habían sido de tal manera seleccionada, aleatoriamente, 90 manuales de usuarios insertados en este servicio. Resultados: Usted los dice los familiares contenidos en manuales si se relacionan con un usuario (hombre y mujer) de 26-35 años que la esquizofrenia tenía como hipótesis diagnóstic principal. Los acuerdos traídos para los familiares habían estado varios en el adoecimiento psíquico: asociación la supernatural, los conflictos del familiar, las preguntas hereditarias, las pérdidas financieras y afectivas, al uso de drogas, así como el hijo de o como nacimiento, en el caso de las mujeres. Conclusiones: Delante de estos datos, es distinguido él importancia de si sabe y respeta todos los conceptos construidos en el adoecimiento psíquico, la creencia que déjenos así obtienen para facilitar la comunicación de ella incorpora los servicios de la salud, de los usuarios y sus familiares; proporcionando terapéutico que la idea de la culpabilidad no trabaja, pero el co-responsabilização para el proceso de la lucha para un tratamiento digno y al lado de la comunidad de la referencia de estas familias.

Palabras clave: Familia, Salud Mental, Registros Médicos, Estrés Psicológico, Centro de atención psicossocial

INTRODUÇÃO

Na história da Saúde Mental predominou, por um longo tempo, a ideia de que as pessoas em sofrimento psíquico deveriam ser mantidas afastadas do convívio social e familiar. Nesta perspectiva a família era tomada apenas como fonte de informação, cabendo exclusivamente à instituição psiquiátrica o tratamento da doença mental, o qual tinha como base o enclausuramento e a exclusão destas pessoas.

Acreditava-se que a família e a sociedade eram estímulos negativos para aqueles em sofrimento psíquico, por serem tomadas como causadoras de adoecimento, seja pelo fato de terem o estigma de família desestruturada, seja por conflitos interpessoais (Villares, Redko, & Mari, 1999; Moraski, & Hildebrandt, 2005; Spradini, & Souza, 2006; Pimenta, & Romagnoli, 2008).

Já em outra perspectiva – contrária à anterior, mas igualmente excludente – estas pessoas em sofrimento psíquico eram estigmatizadas como perigosas, significando, assim, uma ameaça aos demais membros da família e da sociedade. Havia os que acreditavam existir pessoas mentalmente mais fracas, com tendência a se subvertermem aos exemplos considerados negativos dos ditos loucos. Desta forma, todos deveriam ser protegidos da ameaça de alienação representada pelo doente mental (Villares et al, 1999; Moraski, & Hildebrandt, 2005; Spradini, & Souza, 2006; Pimenta, & Romagnoli, 2008).

A partir da década de 70, com a Reforma Psiquiátrica, estas ideias de exclusão passaram a ser repudiadas. Tal movimento, dentre tantas outras propostas para a reinserção social da pessoa em sofrimento psíquico, apregoou a importância da família na reabilitação psicossocial desse sujeito, já que ela consiste, possivelmente, na primeira rede social de qualquer pessoa. Em conformidade com tal perspectiva, a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, legitimou o direito da pessoa em sofrimento psíquico ser cuidada junto a seus familiares e sua comunidade. Neste contexto, a família passou a ser enunciada como imprescindível no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico.

Essas mudanças representaram um avanço no campo da saúde mental no que diz respeito à reinserção social e a afirmação da pessoa em sofrimento psíquico como sujeito de direito. Contudo, essas transformações não ocorreram de modo automático; foram, e ainda são, muitas as lutas para efetivação de um cuidado antimanicomial. As famílias, assim como as pessoas em sofrimento psíquico, ainda lidam diariamente, com as dificuldades de conviver em uma comunidade repleta de preconceitos e estereótipos, que insistem, muitas vezes, em manter distância do louco e/ou ainda culpar a família pelo adoecimento de seu ente.

Assim, pode-se dizer que o sofrimento vivido pela pessoa com transtorno mental se estende aos familiares, que também convivem com medos, incertezas, estigmas, preconceitos, angústias de não saber o que fazer; dentre tantos outros sentimentos

(Rolin, Ide, & Colvero, 2002; Pereira, & Pereira Junior, 2003; Moraski, & Hildebrandt, 2005; Severo, Dimenstein, Brito, Cabral, & Alverga, 2007; Maciel, Barros, Silva, & Camino, 2009; Moreno, 2008; Pimenta, & Romagnoli, 2008; Cavallieri, 2010).

Isto desencadeia, em muitos familiares, uma busca por explicações para emergência do transtorno mental em seu ente, a fim de aliviar também seu sofrimento, a sua culpa, os seus medos e buscar modos de lidar com as demandas sociais e de cuidado para com o sujeito em sofrimento psíquico. Segundo Pimenta e Romagnoli (2008), as famílias tendem a buscar uma resposta-causa para o adoecimento de seu ente em fatos do passado, como, por exemplo, um acidente, uma decepção sofrida, algo que foi feito ou, ainda, alguém que causou o adoecimento do membro da família.

A busca de explicações por parte dos familiares, muitas vezes carregadas de culpa e de desinformação a respeito do processo de adoecimento, aponta a necessidade dos serviços de saúde conhecerem em detalhes estes entendimentos, a fim de tentar aliviar o sofrimento e a culpa desta família – oferecendo também a ela cuidados e informação – e trabalhar estigmas e preconceitos delas próprias.

Como nos traz Pereira (2003), as concepções construídas socialmente a respeito do sofrimento psíquico determinam a trajetória do usuário e da família: se buscarão como única estratégia de tratamento a internação psiquiátrica e o isolamento do doente; ou se colaborarão com o cuidado dessa pessoa em sofrimento psíquico em espaços que valorizam também o seu convívio social, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A autora ainda defende a possibilidade de resgate da cidadania por meio da reversão das ideias preconceituosas, as quais mantêm excluídos os sujeitos em sofrimento psíquico.

Neste contexto, consideramos importante identificar quais são as percepções dos familiares acerca do adoecimento de seu ente, isto é, o que eles relatam sobre este fato. Para tanto, fizemos um levantamento em prontuários de um CAPS a respeito dessas concepções. Além disso, a partir desses documentos, foi feita uma caracterização desses usuários aos quais as famílias se referem, com informações como: sexo, idade que o usuário chegou ao CAPS, quem o acompanhou, hipótese diagnóstica construída pelo profissional que o atendeu e idade da primeira crise.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa documental, realizada em um CAPS de um município do sudeste do Brasil, que atende adultos (a partir dos 18 anos) com transtorno mental severo e persistente. Elegeu-se o CAPS como local de pesquisa pelo fato de constituir-se como principal estratégia do processo da Reforma Psiquiátrica, o que significa que ele deve trabalhar sempre pela reinserção social do usuário em sofrimento psíquico, fortalecendo seus laços familiares e comunitários (Brasil, 2004).

Os documentos utilizados para obtenção dos dados foram prontuários dos usuários inseridos no CAPS, selecionados aleatoriamente. Ao todo foram analisados 90 prontuários. A escolha pelo prontuário como fonte de informações se deveu ao fato de entendermos que se trata de documento importante para conhecimento da vida da pessoa acompanhada no serviço de saúde, para além dos dados médicos. Acrescido disso, tal documento possibilita a captação das concepções das pessoas sobre determinados temas, além de dados sociais, culturais e econômicos.

O levantamento das informações desejadas foi feito por meio de uma ficha auxiliar, elaborada pelas pesquisadoras, para atender os objetivos almejados. Deste modo, obtivemos informações a respeito do sexo do usuário, idade que ele chegou à instituição, quem o acompanhou, hipótese diagnóstica construída pelo profissional que o atendeu em um primeiro contato com o CAPS, idade do primeiro surto, descrição e percepção dos familiares sobre o adoecimento de seu ente.

Os dados foram analisados a partir de duas perspectivas, uma quantitativa e uma qualitativa. A primeira foi utilizada para traçar uma caracterização dos usuários do CAPS estudado e a outra para apreciação dos entendimentos das famílias a respeito do adoecimento de seu ente. Este estudo atendeu a todos os aspectos éticos para pesquisa com informações documentais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao investigar como as famílias percebem o sofrimento psíquico de seu ente, entendemos ser importante caracterizar quem são estes usuários atendidos pelo serviço estudado. Isto porque, a relação da pessoa em sofrimento psíquico com sua família é perpassada por diversas questões, como, os sintomas prevalentes, o fato de ser jovem ou

pessoa idosa a ser cuidada, o gênero, dentre outras características que podem influenciar nas percepções da família sobre o seu ente em sofrimento psíquico. Deste modo, apresentaremos inicialmente o perfil do público atendido no CAPS estudado.

Conhecendo os usuários atendidos no CAPS

Seguimos a exposição dos resultados apresentando os usuários do CAPS estudado. Em relação ao gênero, não houve uma diferença significativa: 52% eram homens e 48% mulheres. Com relação à idade: 25% deram entrada no serviço CAPS entre 18 e 25 anos, 38% entre 26 e 35 anos, 18% entre 36 e 45 anos e 19% entre 46 e 59 anos. Nota-se que a maior parte dos usuários procuraram o serviço entre 26 e 35 anos, como pode ser verificado na figura 1.

Predominantemente os familiares que os acompanharam eram do sexo feminino (82%), os detalhes em relação aos familiares que seus entes ao serviço podem ser verificados na tabela 1 e figura 2.

É frequente entre os estudos que tratam do cuidado a pessoas em sofrimento psíquico, a afirmação de que as mulheres (em geral as mães) são as principais acompanhantes destes usuários. Mas, independente de quem o acompanha, é certo que a participação da família já é reconhecida como determinante para os avanços desejados no cuidado em saúde mental (Villares et al, 1999; Pereira, & Pereira Junior, 2003; Pereira, 2003; Moreira, & Andrade, 2003; Rosa, 2003).

Entre os usuários inseridos nesse serviço CAPS, 62% tiveram como hipótese diagnóstica esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29), 14,3% transtorno do humor (F30-F39), 4,8% retardo mental (F70-F79), 3,1% transtorno misto ansioso e depressivo (F41.2), 3,1% outros transtornos mentais devidos a lesão, disfunção cerebral e doença física (F06), 1,6% transtorno autista (F84) e 11,1% não constava de hipótese diagnóstica em seu prontuário. Tratam-se de transtornos que, em geral, afetam as relações sócio afetivas destas pessoas; neste sentido, a presença destes sujeitos no CAPS retrata a realidade e complexidade deste serviço, que deve acolher os casos mais graves de sofrimento psíquico.

Estes usuários tiveram sua primeira crise desencadeada antes dos 12 anos de idade em 5% dos homens e 1,6% das mulheres; dos 12-17 anos em 11,6% dos homens e 15% das mulheres; dos 18-25 anos em 13,3% dos homens e 10% das mulheres; dos 26-

35 anos em 6,6% dos homens e 8,3% das mulheres e dos 36-45 anos em 3,3% dos homens e 3,3% das mulheres.

Diante de todos estes dados, podemos sintetizar que tanto usuários homens quanto mulheres deram entrada no CAPS principalmente entre os 26-35 anos, acompanhados de um familiar do sexo feminino, na maioria das vezes pela mãe. Estas pessoas tiveram como hipótese diagnóstica, sobretudo, esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes. E, em relação à primeira crise, foi marcante o fato de ter ocorrido no período juvenil, dos 12-25 anos de idade, tanto entre os homens quanto entre as mulheres.

A literatura aponta a não evidência de diferença entre os sexos no caso do transtorno mental (Mari, & Leitão, 2000), fato corroborado pelos dados obtidos em nossa pesquisa. Segundo Chaves¹⁶, o que há de diferença entre os sexos é o início da doença mais precocemente entre os homens, dos 18-25 anos, enquanto as mulheres dos 25-35 anos. No início da adolescência, a proporção de homem e mulher em sofrimento psíquico é de 2 para 1, isto se inverte após os 50 anos, visto que de 3% a 10% das mulheres iniciam a doença após os 45 anos. Para tal fato existem várias explicações teóricas, algumas com viés organicista, outras com viés social, mas nenhuma conclusiva (Mari, & Leitão, 2000; Chaves, 2000; Pegorara, & Caldana, 2008).

Independente das explicações serem de cunho organicista ou social, é certo que elas não podem estar separadas. Essas explicações se interrelacionam e assinalam a necessidade e a importância do serviço de saúde estar sensível às diferenças entre os sexos, considerando sempre as particularidades no manejo clínico. São muitos fatores atuando conjuntamente neste processo saúde-doença: biológicos, genéticos, psicossociais, neuroquímicos, ambientais, dentre outros.

Outra questão apresentada anteriormente, que merece a atenção dos serviços de cuidado em saúde mental, diz respeito ao fato da primeira crise acontecer, especialmente, no período da adolescência. Ballone (2003) alerta em seu texto “Psicose na Adolescência”, para o cuidado em entregar tal diagnóstico à pessoa e seu familiar, já que alguns sinais podem ser confundidos com as transformações deste momento da vida. Neste mesmo texto, o autor explica que a manifestação dos sintomas psicóticos na adolescência pode ter relação com as alterações do processo sináptico cortical habitual, associado às dificuldades ambientais e fatores próprios da adolescência. O surgimento

do sofrimento psíquico tem um caráter multifatorial, que merece ser avaliado para a construção intersetorial de ações de promoção à saúde mental.

Conhecendo o que pensam as famílias sobre a situação de sofrimento psíquico de seu ente

Os familiares dos usuários inseridos no CAPS percebem o adoecimento de seu ente de diferentes modos. Assim, a partir da análise dos prontuários, notamos que para as famílias os principais motivos para o surgimento do sofrimento psíquico de seu ente referem-se: a questões sobrenaturais; o modo ser da pessoa; os conflitos familiares; as questões que ocorreram na infância – seja de desenvolvimento ou sociais; a acontecimentos diversos mal resolvidos; a perdas financeiras e/ou afetivas; ao uso de drogas; ao nascimento do filho e ainda a comportamentos desencadeadores.

Para alguns dos familiares o sofrimento está associado ao sobrenatural e a questões religiosas e espirituais. Há relato no prontuário em que o familiar afirma que o desencadear da situação de sofrimento psíquico se deu após ter lido muito a bíblia; outro relato liga o adoecimento ao ato de macumba contra a pessoa, agora “transtornada”; outro relacionou o transtorno mental ao fato de seu ente ter começado a frequentar uma determinada igreja evangélica.

A associação da ideia de sofrimento psíquico ao sobrenatural também foi apreendida em outros estudos, quando os familiares falam de entidades espirituais, magia negra e feitiçaria como causadora de adoecimento mental (Villares et al, 1999; Pereira, 2003; Tsu, & Tofolo, 1990; Avellar, 1992; Cirilo, & Oliveira Filho, 2008).

Villares et al (1999) reforçam que as explicações sobrenaturais podem gerar um sentimento de resignação frente ao sofrimento enfrentado, o que traz certo conforto a estes familiares, os quais vivenciam por vezes um sentimento de culpa em relação ao adoecimento de seu ente. Nestes casos notamos que há também a ideia de que se o sobrenatural “causou” o adoecimento, ele é capaz de resolver as situações que a medicina não consegue equacionar. Deste modo, a família entende o sobrenatural como o causador e o possível “curador” dos males que afligem seu ente.

No que concerne o sobrenatural, Montero (1985) afirma que tais explicações abrem a possibilidade de preencher os “espaços vazios” do discurso médico dominante, invertendo-lhe as regras do jogo e furtando-se ao seu sentido, impondo uma

compreensão própria em que cabe até mesmo a superação do problema presente, independente do difícil prognóstico apontado pelo saber científico.

Nesta linha de raciocínio, o sofrimento psíquico associa-se à atuação de um agente exterior ao próprio indivíduo, assim tem-se a ideia de que a “doença” implica numa relação agressor/vítima, em que a agressão se constitui em ameaça a ordem social mais abrangente. Assim sendo, a “vítima”, por meio das explicações sobrenaturais, pode neutralizar esta ameaça a partir do movimento de tentar compreendê-la (Montero, 1985).

Por outro lado, esse mesmo sentimento de resignação pode levar a uma conformação e/ou ainda uma desresponsabilização dessas famílias pelo cuidado, já que não resta o que fazer, para além de esperar uma “atuação sobrenatural” ou do próprio indivíduo em sofrimento psíquico na direção de neutralizar tais influências. Certamente, isso comparece como um obstáculo à luta pela desinstitucionalização almejada, que aponta para um movimento conjunto pela mudança cultural, política, social, ideológica e ética no modo de lidar com o sofrimento psíquico.

Concordamos que tal explicação, a partir do sobrenatural, trazida por usuários e familiares, deve ser reconhecida, principalmente considerando a importância da religiosidade na vida das pessoas e da sociedade, que pode também contribuir para o processo de enfrentamento das dificuldades advindas desta situação de adoecimento. Contudo, trata-se de uma temática que deve ser trabalhada com muita delicadeza pelos serviços de saúde, para que isso também não se reverta em culpabilização da pessoa pela não supressão de seus sintomas a partir da fé.

Os serviços de saúde, em destaque os CAPS, devem se apresentar como um suporte para os usuários e seus familiares, ofertando a eles um cuidado, que pode vir na forma de esclarecimentos e informações sobre a complexidade desse processo de sofrimento psíquico; e/ou ainda, a partir de um trabalho interdisciplinar e intersetorial de desconstrução de qualquer ideia que leve a culpabilização dessas famílias e de seus entes pela situação vivenciada (Borba, Schwartz, & Kantorski, 2008).

Outra justificativa para o adoecimento apreendida a partir dos prontuários, por parte das famílias, apontou a associação do sofrimento psíquico à maneira de ser da própria pessoa adoecida, de modo que o foco causador passa a ser o próprio sujeito. Foi frequente nas falas dos familiares: “é o jeito dele”, “ele sempre foi assim”, “sempre teve

um pensamento na cabeça”, “sempre foi retraído”. Diante disto, mais uma vez, questionamos o risco dessas famílias caírem no conformismo de não ter o que fazer, potencializando as limitações das pessoas em sofrimento psíquico (Moraski, & Hildebrandt, 2005) pela culpabilização por seu próprio adoecimento.

Assim como devemos trabalhar por desfazer a ideia de culpa dos familiares pelo sofrimento psíquico de seu ente, não podemos transferir tal responsabilidade unicamente ao próprio sujeito em sofrimento. Existe um conjunto de fatores atuantes que devem ser considerados, para que não reduzamos uma questão tão complexa – que envolve inclusive a atuação do Estado em proporcionar melhores condições de vida a população – a desvios individuais de conduta.

Como bem esclarecem Villares et al (1999) não se pode perder de vista, no estudo do sofrimento psíquico, o enfoque multidimensional que reúne, necessariamente, aspectos biológicos, sociais, psicológicos, ambientais, econômicos e culturais. Todos estes pontos são importantes para se pensar intervenções efetivas de promoção à saúde mental, incluindo uma atenção e cuidado para com as relações familiares construídas cotidianamente.

Ainda em relação aos entendimentos trazidos pelos familiares, compareceu em um prontuário a associação do sofrimento psíquico a conflitos familiares. Para este familiar a “mania de perseguição, a falta de sono, o medo, a depressão e o choro intenso” surgiram por conta da pressão dos familiares para que a usuária passasse a trabalhar e sustentar seu filho. Por outro lado, foi frequente nos prontuários analisados a associação, pelos familiares, do adoecimento a uma questão hereditária: “ele pegou isso da família, tem um monte de gente na família com problema de nervo”.

Vários estudos trazem a hereditariedade como uma das principais causas de sofrimento psíquico citada por familiares e por pessoas não acometidas por transtorno mental. Assim como outras explicações trazidas por esses familiares, o fator hereditário pode dar certo conforto ao familiar acompanhante, visto que – por mais que esteja relacionado a ele, de certa forma – não necessariamente lhe implica a responsabilidade por aquela situação de adoecimento. Mas, ao mesmo tempo em que pode conferir certo conforto, tal justificativa também pode suscitar conformismo e desesperança, pela restrição de possibilidade de mudança de algo de caráter hereditário (Spradini, & Souza, 2006; Pereira, 2003; Tsu, & Tofolo, 1990).

Outra explicação comum, presente nos prontuários, reporta à infância do usuário para esclarecer a situação presente de sofrimento psíquico. Os familiares associam o sofrimento vivenciado no presente à timidez, a dificuldade de fala e de aprendizado experienciadas na infância e/ou ainda a problemas orgânicos e sociais vividos pelo seu ente neste momento da vida, como problemas neurológicos e orgânicos, maus tratos, envolvimento em brigas na escola, dentre outras situações.

Associação próxima com a encontrada neste estudo compareceu nas pesquisas de outros autores (Spradini, & Souza, 2006; Pereira, 2003; Cirilo, & Oliveira Filho, 2008), que relatam o fato das famílias vincularem o transtorno mental a algo que atacou o organismo físico daquele seu ente na infância, perturbando suas relações afetivas.

Faz-se importante considerar todos esses entendimentos trazidos pelos usuários e familiares. Assim como, a diversidade de acontecimentos vivenciados também na infância dessa pessoa em sofrimento psíquico; sem perder de vista que uma única situação isolada – seja ela de caráter físico, social ou emocional – não é suficiente para esclarecer tal alteração psíquica. Por mais que a maioria dos familiares, e até mesmo alguns profissionais da saúde, insistam em relacionar o sofrimento psíquico a um evento particular, que precedeu tal adoecimento, há que se considerar a complexidade do sofrimento em questão e, assim, trabalhar junto a estas famílias e usuários as possibilidades de mudanças deste contexto (Moraski, & Hildebrandt, 2005).

Outra concepção trazida pelos familiares relaciona o sofrimento psíquico a acontecimentos diversos mal resolvidos: morte de algum familiar ou amigo, acidente de trabalho, traição no casamento, mudança de cidade, dentre outros episódios. Destacamos alguns casos, como o de um usuário que, segundo a família, começou a ficar “deprimido” logo após a morte de sua avó materna, responsável por sua criação; há também um usuário que passou a ver e ouvir coisas após seu tio ter cometido um homicídio; outro começou a sentir-se perseguido depois de ter sofrido um acidente de trabalho e, ainda, o relato do usuário que começou a apresentar sinais de sofrimento psíquico após ter mudado de cidade, do interior do Estado para a capital.

As perdas financeiras e afetivas também foram usadas como argumentação pelos familiares para explicarem o sofrimento psíquico de seu ente. “Foi a partir do término de um namoro que ela começou a ficar confusa da mente, ficar apática e descuidada

com a higiene”. Outra família afirmou que o sofrimento psíquico veio com a perda financeira e a separação da esposa, que aconteceu ao mesmo tempo.

Foi frequente também a associação, por parte dos familiares, do uso de drogas ao desencadeamento da crise psicótica. Na fala de um familiar: “ele está assim porque usou drogas na adolescência e ficou com problema de comportamento, chegou até a tentar suicídio”. Em outro relato: “depois que ele começou a usar drogas, passou a ficar sujo, agressivo, lutava com alguém imaginário, quebrava as coisas, falava e ria sozinho, andava na rua sem rumo, ouvia vozes”.

Destacam-se, ainda, no caso de usuários do sexo feminino, os relatos que relacionam o sofrimento psíquico ao nascimento do segundo filho da usuária em questão. No relato da família, a crise foi desencadeada no período puerperal com alterações comportamentais, como, fala confusa, desorientação, inquietude, agressividade, risos imotivados, insônia, delírios, alucinações auditivas e visuais, alterações de humor, dentre outras.

A situação de vulnerabilidade das mulheres em seu período reprodutivo parece ser um ponto passivo entre os epidemiologistas, que tratam dos transtornos mentais. Segundo esses estudiosos esse risco não se eleva, necessariamente, no período puerperal, estima-se que aconteça um caso de cada 500 a 1000 crianças nascidas. Essa situação se inverte nos casos de mulheres que apresentaram alguma manifestação anterior a gravidez, aumentando a estimativa de risco de recorrência de psicose puerperal para 30% a 50% de cada parto subsequente (Andrade, Viana & Silveira, 2006).

Há também aqueles que falam do sofrimento psíquico como sinônimo dos sinais e sintomas apresentados pelo usuário. No relato colhido no prontuário: “ele ficou doente quando começou a não dormir e a não comer direito. Começou a falar sozinho, sempre confuso. Via coisas. Ele começou a tirar a roupa e andar atrás das mulheres, as pessoas no bairro estavam revoltadas. Depois ficou parado e caladão, esquisito”. A partir dessas situações é que os familiares se disseram impulsionados a buscar o serviço de saúde, sob a justificativa de que a convivência se tornou difícil.

Moreira e Andrade (Moreira, & Andrade, 2003) discorrem sobre a entrada no mundo da psiquiatria como um episódio decorrente de atitudes e alterações do comportamento não suportáveis socialmente. Neste contexto, por vezes, ocorre um corte

com o mundo anterior e essa pessoa em sofrimento psíquico passa a ocupar outra posição dentro da família e da sociedade, inaugurando sua nova condição: de doente mental.

Diante disso faz-se imprescindível a consolidação de um cuidado em saúde mental voltado à promoção à saúde, que atue pela garantia dos direitos destas pessoas, de modo que o seu lugar no mundo não se restrinja ao de doente mental, mas seja visto sempre como um cidadão de direito. Para tanto, a aproximação entre serviço de saúde e familiares se destaca, mais uma vez, como importante para o compartilhamento de entendimentos entre estes atores sociais. Com isto, não pretendemos uma padronização de concepções, de modo a igualar as percepções dos familiares às dos especialistas, mas facilitar a comunicação entre ambos, para que as ações e lutas pela reabilitação psicossocial da pessoa em sofrimento psíquico se efetivem e, assim, possam ser respeitadas e reconhecidas em todas as suas diferenças.

Assim como existem aqueles familiares que reconhecem a situação de adoecimento de seu ente e buscam explicações para entender e amenizar os sofrimentos, também encontramos famílias – talvez com a mesma intenção de criar estratégias para lidar com aquela situação de sofrimento psíquico de seu ente – que trazem respostas muito imprecisas sobre a situação de seu familiar ou mesmo negam a existência de qualquer questão de saúde mental naquele membro da família atendido no CAPS. Alguns exemplos dos relatos encontrados nos prontuários: “de repente passou a ter medo”; “de repente sua mente fechou e ficou falando confuso”; “de repente ela passou a agredir crianças e ter ciúme da casa”; “de repente saiu nu dentro do supermercado e começou a ouvir coisas”.

Villares et al¹ afirmam que esse tipo de resposta sugere uma estratégia construída pelos familiares para lidarem com a realidade carregada de dificuldades e sofrimentos. A isso se associa também as respostas de negação encontradas nos prontuários. Segundo o acompanhante, seu familiar atendido não possui qualquer problema de saúde, já que ele continua a cuidar da casa. Sendo assim, o acompanhante admitiu que somente buscou tratamento no CAPS a fim de atender ao encaminhamento feito pela Unidade de Saúde.

A partir desses dados reiteramos a necessidade de apoio e cuidado às famílias dos usuários dos CAPS, para que possam se implicar frente a situação de adoecimento

de seu ente, sem precisar negar o sofrimento psíquico por medo, por exemplo, e/ou ainda utilizar de explicações a fim de encontrar culpados. As explicações, como dito, são múltiplas, complexas e multifacetadas e, em absoluto, não se encerram em uma única e definitiva resposta.

É certo que as explicações não são identificas, nem tampouco têm os mesmos efeitos na vida das famílias e usuários. Por isso, a defesa pela manutenção constante de um diálogo entre serviços de saúde, familiares e usuários com vistas a garantir o suporte necessário no lidar, cotidianamente, com os desafios colocados pelas questões da saúde mental. Com isso, pretendemos que a trajetória das famílias, com seus entes em sofrimento psíquico, não seja mais o isolamento e o manicômio psiquiátrico, mas sempre o convívio social pelo respeito as diferenças.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou conhecer as características dos usuários atendidos por um CAPS da região sudeste, bem como a percepção de seus familiares sobre o início do processo de sofrimento psíquico desse mesmo usuário. Entendemos que se faz importante conhecer esses fatores, para possibilitar a aproximação dos pontos de vistas dos profissionais (com seus entendimentos clínicos e terapêuticos) das ideias trazidas pelas pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares (que apontam suas necessidades dentro de um contexto social) e, assim, suscitar parcerias por mudanças culturais, políticas, sociais, ideológicas e éticas no modo de lidar com o sofrimento psíquico. Em outras palavras, é por meio de uma perspectiva dialógica entre os diversos atores sociais – usuários de saúde, seus familiares, gestores e profissionais de saúde – que poderemos ampliar as possibilidades de uma efetiva atuação em saúde mental, condizente com as propostas da desinstitucionalização da loucura.

Desta forma, indicamos como imprescindível a aproximação dos entendimentos dos profissionais, dos familiares e usuários, de modo que todas essas concepções sejam respeitadas e cada um destes atores possa agregar a suas percepções saberes que possibilitem reafirmar os direitos de cidadão destas pessoas em sofrimento. Além disto, entendemos que tal aproximação pode facilitar a comunicação entre estas pessoas, já que os profissionais podem acessar as necessidades destas famílias e usuários, utilizando-se de linguagem, intervenções e questionamentos condizentes com as crenças

dessas famílias e usuários, os quais, por sua vez, podem se beneficiar de uma terapêutica que não trabalhe a ideia de culpa, mas a co-responsabilização pelo processo de luta por um tratamento digno e próximo às comunidades.

Outros estudos e pesquisas se fazem relevantes envolvendo as percepções destas famílias e usuários sobre o sofrimento psíquico, a fim de apreender, por exemplo, as possíveis mudanças de concepções decorrentes da inserção de um membro da família no CAPS.

REFERÊNCIAS

Andrade, L. H. S. G., Viana, M. C. & Silveira, C. M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 43-54.

Avellar, L. Z. (1992). *Saúde Mental e Recursos Terapêuticos: Representação das perturbações psíquicas e estratégias adotadas para a sua resolução*. [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Ballone, G. J. Psicose na Adolescência - in. *PsiquWeb*. (2003). Acessado em 6 de agosto de 2015, de <http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/adolesc4.html>.

Borba, L. O., Schwartz, E. & Kantorski, L. P. (2008). A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(4), 588-594.

Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Cavalheri, S. C. (2010). Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1),51-57.

Chaves, A. C. (2000). Diferenças entre os sexos na esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 21-22.

Cirilo, L. S. & Oliveira Filho, P. de. (2008). Discursos de usuários de um centro de atenção psicossocial-CAPS e de seus familiares. *Psicologia: Ciência e Profissão [online]*, 28(2),316-329.

Maciel, S. C., Barros, D. R., Silva, A. O., & Camino, L. (2009). Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(3), 436-447.

Mari, J. J. & Leitão, R. J. (2000). A epidemiologia da esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 15-17.

Montero, P. (1985). *Da doença à desordem: a magia na umbanda*. Rio de Janeiro: Graal.

Moraski, T. R. & Hildebrandt, L. M. (2005). As percepções de doença mental na ótica de familiares de pessoas psicóticas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 07(02),195-206.

Moreira, M. I. B. & Andrade, A. N. (2003). Ouvindo loucos: Construindo possibilidades de viver com autonomia. *Revista Psicologia Saúde e Doença (Lisboa)*, 4(2), 249-66.

Moreno, V. (2008). A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 17(4), 680-88.

Pegoraro, R. F. & Caldana, R. H. L. (2008). Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saúde e Sociedade*,17(2), 82-94.

Pereira, M. O. (2003). Representação da doença mental pela família do paciente. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 7(12),71-82.

Pereira, M. A. O. & Pereira Junior, A. (2003). Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 37(4),92-100.

Pimenta, E. S. & Romagnoli, R. C. (2008). A relação das famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no Centro de Apoio de Atenção Psicossocial. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 3(1),75-84.

Rolin, M. A., Ide, C. A. & Colvero, L. de A. C. (2002). Família e Doença Mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38,197-205.

Rosa, L. C. S. (2003). *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez.

Severo, A. K. de S., Dimenstein, M., Brito, M., Cabral, C., & Alverga, A. Reinecke. (2007). A experiência de familiares no cuidado em saúde mental. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(2), 143-155.

Spadini, L. S. & Souza, M. C. B. M. (2006). A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(1), 123-27.

Tsu, T. M. J. A. & Tofolo, V. (1990). Concepções etiológicas de pacientes psiquiátricas. *Psicologia-USP*, 1(2),155-166.

Villares, C. C., Redko, C. P., & Mari, J. (1999). Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 36-47.

Parentes que acompanharam os usuários

Mães	30,25%	Primas	1,80%
Irmãs	12,50%	Madrinhas	1,80%
Pais	8,90%	Mãe e esposa	1,80%
Irmãos	5,35%	Mãe e tia	1,80%
Tias	3,60%	Mãe e irmã	1,80%
Filhas	3,60%	Mãe e sobrinha	1,80%
Mãe e pai	3,60%	Mãe e amiga	1,80%
Mãe e padrasto	3,60%	Esposa e filha	1,80%
Mãe e irmão	3,60%	Mãe e amigo	1,80%
Maridos	3,60%	Mãe, pai e irmão	1,80%

Figura 1

Percentual das idades de entrada no CAPS

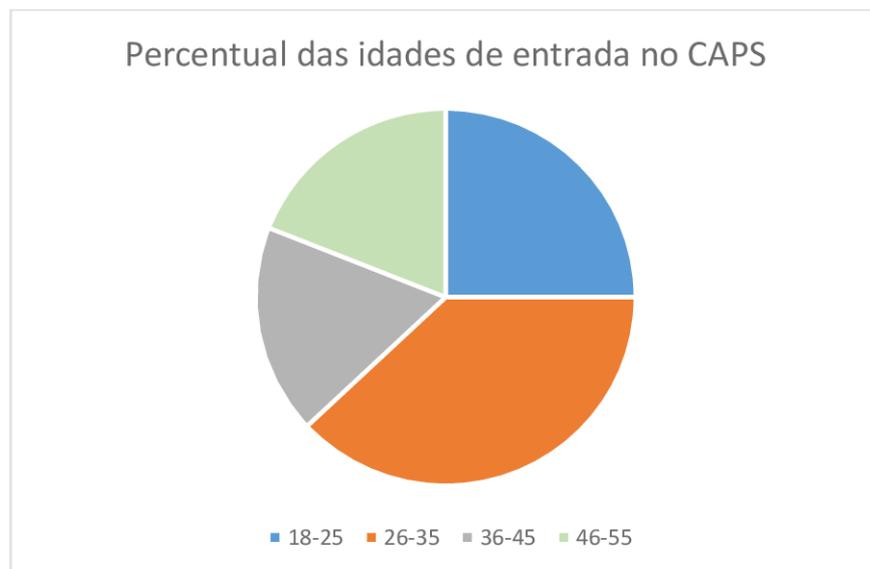


Figura 2
Parentes que acompanharam os usuários

