



Revista Brasileira em Promoção da Saúde

ISSN: 1806-1222

rbps@unifor.br

Universidade de Fortaleza

Brasil

Barroso Carvalho, Ana Gláucia; Abreu Mesquita de, Luciana; Bezerra Almeida, Maria Auxiliadora;

Ibiapina Diniz, Sandra Lúcia; Brito Barreira de, Heleni

Transtornos mentais: o significado para os familiares

Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 17, núm. 3, 2004, pp. 99-108

Universidade de Fortaleza

Fortaleza-Ceará, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40817302>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

TRANSTORNOS MENTAIS: O SIGNIFICADO PARA OS FAMILIARES

Mental disorders: The meaning for relatives

Artigo original

RESUMO

Referido estudo foi realizado em uma unidade-dia de um hospital psiquiátrico público, localizado no município de Fortaleza-Ceará-Brasil. Teve como objetivo principal identificar o significado dos transtornos mentais para familiares de portadores. Este trabalho consistiu em uma pesquisa com abordagem qualitativa na linha etnográfica. Fizeram parte da investigação como informantes 20 familiares de nível socioeconômico predominantemente baixo, de graus diversos de parentesco, embora tenha ocorrido maior incidência de mães. Os dados foram coletados por meio dos seguintes instrumentos: observação-participante, entrevistas semi-estruturadas, contendo oito questões abertas, e o diário de campo. Para análise dos dados, foi utilizado o referencial da análise de conteúdo. No que se refere ao significado que os familiares atribuem aos transtornos mentais, foi possível observar que estes relacionam tais fenômenos a doença, desequilíbrio, sofrimento e grande complicação. Quanto às causas que estes atribuem ao fenômeno em estudo, foram detectadas causas de ordem biológica, psicológica e social. No tocante à convivência, observou-se que variou de harmoniosa a bloqueada. As supostas consequências e marcas desse convívio configuraram nas seguintes categorias: trauma, desarmonia, frustração e estresse. Finalmente, quando indagados acerca de manejos e sentimentos diante das crises apresentadas, foi desvelado que estes demonstram angústia e também paciência. Após esta pesquisa, foi possível concluir o quanto o transtorno mental ainda é um fenômeno incompreendido, difícil de lidar, permeado de preconceitos e estígmas, por parte dos familiares dos portadores.

Descritores: Psiquiatria; Serviços de saúde mental; Saúde mental; Hospital dia; Etnografia; Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

The study took place at a public psychiatric hospital's day-unit, in the municipal district of Fortaleza-Ceará-Brazil. Its main objective was to identify the meaning of the mental disorders for the relatives of the diseases carriers. This study consisted on a qualitative-ethnographic research. The informers who took part on the investigation were 20 disease carriers' relatives, mostly mothers, from predominant low socioeconomic level. Data were collected through the following instruments: participative observation, semi-structured interviews containing eight opened questions and a field diary. Data were analyzed by means of the content analysis referential. In what concerns the meaning that the relatives attribute to the mental upsets, it was possible to observe that they relate such phenomena to disease, unbalance, suffering and great complication. In respect to the causes they attribute to the disease there were detected biological, psychological and social causes. Concerning companionship, it was observed that it varied from harmonious to blocked. In relation to the supposed consequences and marks of that conviviality, there were configured the following categories: trauma, disharmony, frustration and stress. When asked about handlings and feelings in face of the presented crises, it was observed that they demonstrate anguish as well as patience. After this research, it was possible to conclude that a mental upset is still a not understood phenomenon, difficult to deal with, filled with preconceptions and stigmas by the disease carrier's relatives.

Descriptors: Psychiatry; Mental Health Services; Mental Health; Day hospitals; Ethnography; Qualitative research.

Ana Gláucia Carvalho Barroso⁽¹⁾
Luciana Mesquita de Abreu⁽²⁾
Maria Auxiliadora Almeida Bezerra⁽³⁾
Sandra Lúcia Diniz Ibiapina⁽⁴⁾
Heleni Barreira de Brito⁽⁵⁾

1) Assistente Social. Universidade Estadual do Ceará - UECE

2) Terapeuta Ocupacional. Universidade de Fortaleza - UNIFOR

3) Assistente Social. Universidade Estadual do Ceará - UECE

4) Assistente Social. Sociedade Visconde de São Leopoldo, Santos - SP

5) Psicóloga Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará – UECE, Mestra em Saúde Mental em Saúde Pública pela UECE. Professora Assistente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

INTRODUÇÃO

No texto *Teorias e “teorias” de famílias*,⁽⁴⁾ desde Freud, a família e, em especial, a relação mãe-filho têm aparecido como referencial explicativo para o desenvolvimento emocional do indivíduo. A descoberta de que os anos iniciais de vida são cruciais para o desenvolvimento emocional posterior focalizou a família como o *locus* potencialmente produtor de pessoas saudáveis, emocionalmente estáveis, felizes e equilibradas ou como o núcleo gerador de inseguranças, desequilíbrios e toda sorte de desvios de comportamento.

Por outro lado, a família pode ser referida como um campo “dinâmico e mutável” e que às vezes nos dá a sensação de que devíamos acrescentar algo, recomeçar⁽⁵⁾. Uma outra definição apresentada é que “A família é um modelo universal para viver. Ela é a unidade de crescimento; de experiência; de sucesso e fracasso; ela é também a unidade da saúde e da doença”⁽⁵⁾.

Outra definição de família é demonstrada por autores que relacionam a definição de família à idéia de sistema e conceitua-o como: elementos que formam uma unidade e interagem. Entretanto, chama-se a atenção para a confusão acerca da tendência em tornar o conceito de família sinônimo de sistema, quando anota que “a família é o que uma família é”, no entanto, tal pode ser vista por meio de uma óptica sistêmica⁽⁵⁾.

As teorias sobre família devem levar em consideração sua análise num plano psicológico, vida cotidiana e por último na relação entre a família e a sociedade. O autor condena a análise da família sob apenas um ponto, seja antropológico, psicológico etc. Segundo Barreto⁽⁶⁾, cada contexto sociocultural oferece elementos que fazem de uma família um modelo dinâmico com características próprias.

Ao se fazer uma retrospectiva histórica sobre o conceito de família. A família que normalmente visualizamos é aquela composta por pai, mãe e filhos, vivendo sob o mesmo teto. Tal imagem corresponde a um modelo que é o da família nuclear burguesa, criada no início do século XVIII e muito valorizada pela Igreja. No período colonial, vigoravam as famílias verticais, nas quais os casamentos endogâmicos, tanto da elite quanto das classes mais populares, preservavam as propriedades e consolidavam as posses. Já ao final do século XIX eram mais comuns casamentos exogâmicos (transferência socioeconômica); são essas as famílias horizontais⁽⁵⁾. Seguem-se alguns tipos de famílias e suas características em suas concepções atuais: família de origem – ascendência e descendência (laços de sangue); família extensa – pessoas unidas pelo sangue ou por afinidade; família nuclear – pais e filhos (vigoram as relações biológicas)⁽⁶⁾; família substituta –

não possuem laços de parentesco. Adverte-se para a idéia de que o fato de a família ser um espaço privilegiado de convivência não quer dizer que não existam conflitos nesta esfera. Entretanto, todos os autores chamam a atenção para a necessidade da presença de relações significativas para constituição de famílias⁽⁷⁾.

Na perspectiva de contemplar a construção do objeto deste estudo, torna-se relevante fazer algumas reflexões sobre os transtornos mentais, o que parece coincidir com a própria história da loucura. Faz-se necessário, no entanto, recorrer às idéias dos autores para obtenção de maior consistência teórica.

Tradicionalmente, considera-se que os transtornos mentais podem ser causados por agressão à integridade ou ao funcionamento do sistema nervoso central ou por influências psicológicas e sociais desfavoráveis. Assim, é estabelecida uma dicotomia: transtornos orgânicos de um lado e psicogênicos de outro⁽⁸⁾.

A psicose pode ser caracterizada por um afastamento do vínculo com a realidade, no qual o indivíduo se retira para um mundo particular, fantasioso, e não consegue reagir às coisas que ocorrem em seu ambiente, ou pode reagir com emoções e ações exageradas, inadequadas à situação. Mas esse comportamento não é permanente na vida do psicótico: quando não está em crise, zela por seu bem-estar, alimenta-se, evita machucar-se, estabelece contatos com pessoas reais.

Considerados como um fenômeno social, os transtornos mentais foram vistos de formas diversas de acordo com a cultura de cada época. Serrano⁹ diz que, na Antigüidade, caracterizavam-se como de ordem sobrenatural. Os loucos eram concebidos como “mensageiros dos deuses”, portanto, imprescindíveis para decifrar as mensagens divinas, situando o homem, enfim, na condição de mais próximo do desconhecido, ficando, assim, mais próximos de Deus e de Suas aspirações para a Terra.

Na Idade Média, os portadores de transtornos mentais passaram de “assessores divinos” para pessoas com mentes e “espíritos possuídos” (bruxos), contrariando, portanto, os dogmas da sociedade, regida então pela Igreja. Mendigos, desempregados, vagabundos, inválidos, doentes, idosos e promíscuos eram considerados loucos por não estarem inseridos no regime de produção. Eles sofriam discriminações, punições (sangrias, trepanações, purgações e exorcismo; os médicos perdem lugar para os exorcistas e autoridade para os teólogos) e exclusão social.

Surgiram, enfim, no início da Idade Moderna, espaços destinados ao abrigo de loucos, mendigos, desempregados, prostitutas, inválidos, os hospitais gerais, com o objetivo de “limpar a sociedade”. Os enclausurados viviam em condições

precárias de higiene, alimentação e saúde; não recebiam tratamento médico (já que a loucura não tinha um caráter patológico) e eram vítimas de trabalho forçado como forma de punição e diminuição do ócio. Tais hospitais gerais tinham uma ordem social de exclusão, assistência e filantropia para os desafortunados abandonados pela sorte divina e material. “A fronteira com que se trabalha encontra-se referida a ausência ou não de razão, e não a critérios de ordem patológica”⁽⁹⁾.

Com o advento da Revolução Francesa e seus ideais de igualdade, liberdade e fraternidade, houve uma tentativa de diminuir as seqüelas da internação; os loucos passaram a receber cuidados médicos, os transtornos mentais passaram a ter caráter patológico. Isso foi favorecido pela criação dos asilos⁽⁵⁾.

Na sequência destes acontecimentos, surgiu Philippe Pinel, considerado o “pai da Psiquiatria” e um dos precursores do tratamento moral (consistia na terapêutica médica por meio do trabalho) na França do século XVIII. Ele separou os doentes mentais dos outros internos, a fim de executar regulamentos de polícia interna e observar a sucessão de sintomas para descrevê-los, e aboliu o uso dos grilhões. Não sendo ainda o modelo mais humano, deu espaço para o aparecimento de seguidores interessados em acabar com as práticas brutais ainda usadas por Pinel⁽¹⁰⁾. Mesmo com a decadência do tratamento moral, seu exemplo foi seguido por vários países, que desenvolveram o tratamento por meio da ocupação. Foram criados hospitais psiquiátricos, inclusive no Brasil. O primeiro deles foi o Pedro II, em 1852, onde já se utilizava a oficina como instrumento da prática médica.

Embora sem devolver a cidadania ao doente mental, o tratamento moral constituiu-se um grande início do movimento de Reforma Psiquiátrica, que teve como ponto de partida as experiências de Franco Basaglia, psiquiatra italiano, a partir da década de 1970. Ele e sua equipe mostraram ser possível haver uma nova Psiquiatria, capaz de romper com os padrões psiquiátricos da loucura como um fenômeno exclusivamente médico-clínico sem, contudo, negar a doença mental, negando sim o monopólio da Psiquiatria sobre a complexidade de tal fenômeno.

Basaglia acreditava, portanto, na produção de vida, de novas subjetividades e possibilidades, buscando a sociabilização, humanização e produção do doente mental. Defendia a noção de que o louco era, acima de tudo, um cidadão, e assim teria direito a receber uma assistência digna do seu sofrimento.

Apesar de muitas resistências às idéias de Basaglia, iniciou-se um processo de esvaziamento dos hospitais psiquiátricos, já que ele propôs construir outras formas de

assistência. Estruturou-se uma equipe aberta muito produtiva e viu-se que era imprescindível o respaldo dos serviços da previdência social, que garantisse um tratamento baseado na dedicação e num maior tempo disponível para cada paciente.

Em 1978, sob pressão popular, foi aprovada pelo Parlamento italiano a Lei nº 180, que proibia novas internações em manicômios, determinava seu esvaziamento progressivo e definia a necessidade da criação de estruturas territoriais que respondessem à demanda, abolindo a ligação imediata e necessária entre a doença e a noção de periculosidade social⁽¹¹⁾.

As intervenções da Medicina não deveriam mais ter como objetivo principal acabar com as disfunções patológicas, mas sim desenvolver as potencialidades do sujeito e intensificar o seu funcionamento “normal” a fim de encontrar caminhos e significados para que as pessoas vivessem suas vidas da melhor maneira possível⁽¹²⁾.

Muitos avanços puderam ser constatados no processo de Reforma Psiquiátrica no Ceará, o que nos permitiu garantir algumas importantes conquistas, não obstante continuarmos com o modelo centrado no hospital psiquiátrico. Diz ainda que a luta em prol da cidadania das pessoas com transtornos mentais, da organização extra-hospitalar, do sistema assistencial e da prática interdisciplinar, realiza um salto de qualidade frente a uma história repleta de tentativas de reforma, todas vinculadas a experiências europeias ou norte-americanas bastante avançadas para cada época, mas pouco críticas em relação à realidade socioeconômica e cultural brasileira. Dentre estes avanços destacamos: ações de saúde mental em UBS (unidades básicas de saúde), unidades ambulatoriais de atenção intensiva em saúde mental (hospitais-dia, CAPS - centros de atenção psicossocial), centros de convivência, unidade de saúde mental em hospital geral (emergência e enfermaria), isoladamente ou integrados em sistemas de referência e contra-referência⁽¹³⁾.

O presente estudo buscou compreender o que significa para os familiares possuírem um parente com algum tipo de transtorno mental, identificando o nível de conhecimento que estes têm acerca desta problemática.

Podemos comparar as patologias psiquiátricas com determinadas experiências pessoais. A dificuldade de recordar ou de aprender está relacionada à demência ou retardos; a tristeza e a alegria assemelham-se à depressão e à mania; o medo e a ansiedade perante situações corriqueiras têm relações com os transtornos de ansiedade. A distinção está, pois, na perda de contato com a realidade.

Para alcançar os objetivos propostos, seguiu-se a abordagem qualitativa que se apresentou como o caminho mais viável para o estudo.

A idéia de realizar uma pesquisa sobre esta temática decorreu, sobretudo, da experiência das autoras, todas atuantes na área de saúde mental. Foi observada a falta de envolvimento das famílias no processo terapêutico, muitas vezes, chegando a comprometê-lo. Tornou-se imprescindível conhecer o significado do transtorno mental para os familiares, no sentido de facilitar a demarcação das diretrizes para intervenções futuras. Sabe-se que foi a partir do Movimento de Reforma Psiquiátrica, amparado nos pressupostos da desinstitucionalização, que aconteceu ampliação significativa da função da família, agora, considerada co-participante do processo de tratar e reabilitar.

Acredita-se ser importante construir conhecimento nesta perspectiva, pois, muito embora tenham ocorrido grandes avanços na área da saúde mental, ainda são fortes os preconceitos e estigmas relacionados à pessoa portadora de transtorno mental.

Desse modo, é oportuno tecer considerações acerca de temas que contribuam para a construção do objeto desta investigação, sendo um deles a família.

Foi delineado como objetivo principal para o estudo identificar o significado dos transtornos mentais para familiares de portadores, bem como traçar o perfil sócio-demográfico dos familiares investigados, detectar o nível de conhecimento destes acerca dos transtornos mentais e descrever padrões culturais relacionados à concepção e manejo adotados por estes familiares.

MÉTODOS

Trata-se de estudo qualitativo, descritivo, seguindo uma linha etnográfica que consiste em uma das teorias direcionadas à pesquisa qualitativa, na qual a idéia principal é a cultura; dessa forma, tem como característica a descrição de um sistema de significados culturais de determinado grupo.

“A idéia de ir ao campo e fazê-lo material indispensável para que o discurso sobre o outro tenha sentido, é o que fundamenta a postura etnográfica, uma vez que as técnicas de campo só ganham sentido a partir da descrição que dele se fizer, e a noção de descrição amplia o conceito de etnografia, não mais como um simples método de observação, e sim uma metodologia global”⁽¹⁾.

A escolha pela abordagem qualitativa decorre do fato de se apresentar como instrumento mais coerente com o desenho deste estudo, já que supre as expectativas das autoras por uma postura científica que favoreça o entendimento dos processos subjetivos e sociais, por meio da decodificação do conteúdo das falas dos sujeitos investigados.

Este estudo foi realizado na unidade-dia do Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM), situado no município

de Fortaleza, no período de agosto de 2002 a setembro de 2003. O HSMM é um centro de referência para atendimento psiquiátrico vinculado à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Foi inaugurado em 23 de março de 1963, contando, pois, 40 anos de fundação.

A opção pelo regime de unidade-dia permite que os pacientes voltem diariamente ao convívio familiar e não sejam excluídos de seu entorno original, como acontece nas instituições clássicas. Até então, havia apenas dois modelos de atendimentos para psicóticos: o da relação dual em consultório (modelo psiquiátrico) e o da relação asilar, cada profissional encarregando-se de um aspecto estanque, cristalizando sua fragmentação. Em contraposição a estes dois modelos, o dispositivo grupal situa o paciente num estado em que ele pode compartilhar problemas semelhantes, retirando-o da solidão social e propiciando-lhe oportunidades de encontros, troca de experiências e mudanças.

Fizeram parte do estudo, como informantes, vinte pessoas possuidoras de um membro portador de psicoses do tipo esquizofrenia, psicose não especificada, transtorno delirante e transtorno afetivo, com a idade variando entre 18 e 45 anos e com tempo de morbidade de 2 a 15 anos. A faixa etária dos informantes variou de 18 a 66 anos, com graus de parentesco diversos: mãe - oito (08), pai - quatro (04), tios - três (03), irmãos - três (03), prima - uma (01), filho - um (01). O grau de instrução variou desde analfabetos até o nível superior. Estado civil: solteiros - seis (06), casados - sete (07), divorciados - quatro (04) e viúvos - três (03). Religião: católicos - dezesseis (16), evangélicos - três (03) e espírita - um (01). Ocupação: ativos - oito (08), desempregados - sete (07) e inativos - cinco (05). Renda: menos de um salário mínimo - dois (02), um salário - nove (09) e até cinco salários - nove (09).

Os critérios de exclusão para o estudo coincidiram com as normas do serviço da unidade-dia, as quais excluem pacientes residentes fora de Fortaleza e que sejam acometidos de deficiência mental e dos seguintes transtornos mentais: transtorno de personalidade, transtorno de natureza orgânica, psicoses alcoólicas.

A pesquisa seguiu os padrões éticos do comitê responsável por experimentação humana (Institucional ou Regional); obedeceu, também, aos ditames propostos pela declaração de Helsinki de 1975. Os informantes foram devidamente esclarecidos acerca dos objetivos e da não-divulgação da identificação dos familiares e dos pacientes.

Os dados da pesquisa foram obtidos através dos seguintes instrumentos: observação participante, entrevistas contendo questões abertas e diário de campo. Os contatos com os informantes foram mantidos durante as reuniões semanais de familiares e equipe técnica.

O diário de campo foi utilizado para o registro dos dados, das impressões, das percepções, das angústias, dos questionamentos e das informações obtidos durante toda a pesquisa. É um instrumento usado pelo pesquisador desde a primeira visita em campo e só termina ao final da pesquisa. “Quanto mais rico for em anotações, esse diário, maior será o auxílio que oferecerá à descrição e à análise do objeto estudado”⁽²⁾.

Os dados coletados durante o trabalho de campo foram analisados a partir do referencial da análise de conteúdo⁽³⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A utilização da análise de conteúdo permitiu a organização do material coletado, por meio do discurso dos informantes em unidades de significação, possibilitando a compreensão de que estes constroem espécies de esquemas figurativos, como forma de atribuir sentido ao fenômeno investigado. Desse modo, no que diz respeito ao significado que os familiares associam ao transtorno mental, possibilitou a organização de três categorias de análise, as quais serão expostas aqui, de acordo com a freqüência em que surgiram nas falas dos informantes: *Doença, Desequilíbrio e Grande Complicação*.

Doença se constituiu a categoria mais freqüente, uma vez que esteve presente em 48% das respostas que relacionam transtorno mental à doença. Vale ressaltar, no entanto, que nesta categoria se verificou grande variabilidade, existindo, assim, referência a transtorno mental como doença associada a uma fraqueza, que pode ser tanto da cabeça, como do cérebro, da mente, do juízo e da razão, o que reflete a idéia de transtorno mental como um fenômeno de ordem biológica (cérebro e cabeça) e psicológica (mente, juízo e razão).

Algumas falas ilustram esta concepção: “*Pessoa que fica fraca do cérebro, que não está funcionando normal*” (R.P.S. 59 anos, mãe); “*É como se tivesse um problema na cabeça, que tem que cuidar do problema*” (J.S.S.F. 42 anos, mãe); “*... tem a mente perturbada*” (N.S.R. 65 anos, mãe); “*Doença de fraqueza no juízo, dava alimentação mais forte, com o tempo ele melhorava*” (J.F.V. 56 anos, pai); “*Doença em que a pessoa perde a razão das coisas, depende dos outros, não sabe o que está fazendo...*” (Z.M.R. 35 anos, irmã).

Alguns informantes chegaram mesmo a mencionar o transtorno mental como uma doença na qual o cérebro não funciona normalmente, comparando-o a uma máquina ou computador,⁽¹⁴⁾, o qual diz que vivemos hoje em uma cultura psicológica nova denominada de cultura computacional, em

que o cérebro é visto como semelhante a um processador ou armazenador de informação. De acordo com esse modo de perceber, o transtorno mental é considerado como uma “programação” ou “instalação” deficiente do cérebro. O transtorno mental é percebido por alguns como uma: “*Doença gravíssima, sem cura, o pior dos males*” (F.V.A.N. 47 anos, prima). Este comentário revela o teor estigmatizante relacionado a esse modo de adoecer.

A idéia de doença também foi vinculada a um modo específico de transtorno mental denominado de depressão. Sabe-se que este tipo de doença vem crescendo de modo significativo no mundo inteiro: “*É uma doença triste*” (F.V.A.N. 47 anos, prima). Estes dados são convergentes em estudo⁽¹⁵⁾, em que os transtornos mentais são percebidos como doença, podendo esta ser dos nervos, do cérebro, do sistema nervoso, sangue fraco, nervosismo ou, até mesmo, doença do outro mundo. Tal fato indica que estes transtornos são associados principalmente a doenças de outra ordem, não só a doença do corpo, o que reforça a concepção de dualidade, mente e corpo.

A segunda categoria organizada em torno desse núcleo de significação foi chamada de *Desequilíbrio* e apareceu em 30% das falas dos informantes, que revelam a noção de desequilíbrio em função de um comportamento ou modo de ser e estar no mundo. Essas falas retratam a idéia de comportamentos desviantes, desordenados, agressivos, descontrolados, como ilustram os trechos dos discursos a seguir: “*Vem pensamento desordenado, agressividade, tristeza*” (M.J.M. 34 anos, tia); “*... a pessoa muda de repente... dá o desvio e ela muda. Não consigo entender*” (M.P. 43 anos, tia); “*Que a pessoa está descontrolada em casa, chorando, agressiva, quebrando as coisas*” (Z.M.M. 57 anos, mãe); “*Pessoa agoniada, agressiva, fazendo coisas que não deve, gritando...*” (M.C.A.L. 66 anos, mãe). “*... desequilíbrio mental, que não tem a mente em ordem.*” (M.T.B.C. 65 anos, tia).

Resultados similares foram obtidos⁽¹⁵⁾, ao se observar os esforços dos sujeitos de sua investigação para explicar os transtornos mentais. As explicações apresentadas referem-se à idéia de desequilíbrio, ou seja, a comportamentos que divergiam dos padrões estabelecidos pelo meio social, considerados, portanto, fora do normal, comportamentos estes variando desde andar sem roupa, comer excrementos, até praticar violências.

Em relação, à terceira categoria denominada de *Grande Complicação*, esta obteve um percentual de 22%, considerando o transtorno mental como algo complicado e de compreensão difícil. Sendo o transtorno mental um fenômeno de extrema complexidade, foi possível entender o

ponto de vista desses informantes, além das dificuldades que têm em aceitar um parente com essa problemática e de enfrentar as dificuldades decorrentes desta forma de adoecer, uma vez que, para lidar eficientemente com a pessoa acometida de transtorno mental, seria necessário um grau razoável de conhecimento sobre tal adoecimento. O desconhecimento e o precário nível de informação sobre os transtornos mentais facilitam a proliferação de problemas, complicações e conflitos nas relações familiares. Seguem falas que denunciam esta realidade: “A gente associa logo a doença mental a problemas.” (M.V.N.P. 46 anos, irmã); “Eu acho que a pessoa não está bem de saúde... problema mental já é uma grande complicação... E lá em casa que eu tenho dois...” (M.Z.F.A. 48 anos, mãe); “É uma pessoa que tem conflitos...” (M.T.B.C. 65 anos, tia).

A partir do questionamento sobre o significado de ter um familiar com transtorno mental, surgiram duas categorias: *Muito Difícil e Sofrimento*.

Não é à toa que a primeira categoria surge com 60% de freqüência, dada a grande dificuldade relatada pelas famílias acerca da percepção da presença do problema transtorno mental na família. Esta é vista como muito difícil, descontrolada, ruim, motivo de preocupação, permanentemente alerta, problema. “...uma tarefa muito difícil porque é permanente, não acaba” (M.T.B.C. 65 anos, tia); “Difícil, complicado. Até às vezes a gente não aceita...” (M.V.N.P. 46 anos, mãe); “É muito difícil porque perturba toda a família...” (M.C.A.L. 66 anos, mãe); “... a gente tem que ficar em permanente alerta é um acompanhamento eterno” (M.T.B.C. 65 anos, tia); “... a gente fica preocupada sem saber como agir...” (M.P. 43 anos, tia); “Ah, não é bom não... Mas quando as coisas vêm, a gente tem que aceitar” (Z.M.M. 57 anos, mãe); “Muita preocupação, cuidados, compreensão... O que não acontece com todos os membros da família que consideram sem-vergonhice, safadeza e preguiça” (F.V.A.N. 47 anos, prima); “Significa o descontrole da família totalmente... Existe a busca de culpado” (Z.M.R. 35 anos, irmã).

Sofrimento foi a segunda categoria, com 40% de freqüência. Aparece na tentativa dos informantes de externar os sentimentos, no não-saber como agir diante do quadro, projetos de vida e sonhos não realizados. O sofrimento encontra-se aqui representado por sentimentos de dor, desgosto, tristeza, pena e finitude, conforme os discursos seguintes: “É sofrimento” (M.V.N.P. 46 anos, irmã); “É uma verdadeira cruz...” (M.T.B.C. 65 anos, tia); “É muita tristeza, acabou-se a minha vida” (M.Z.F.A. 48 anos, mãe); “... pena” (F.V.A.N. 47 anos, prima); “... posso até dizer que é doloroso” (M.V.N.P. 46 anos, irmã); “Tem lutado muito... Tenho uma

dor na alma” (N.S.R. 65 anos, mãe); “... dá desgosto ver uma pessoa com problema” (M.C.A. L. 66 anos, mãe).

No tocante à percepção do informante acerca do problema do seu parente, correspondendo ao terceiro item (questão) da investigação, foram organizadas duas categorias de análises, sendo a primeira, com 70% de freqüência, “Algo Muito Ruim”, seguida de “Precisa de Tratamento”, com 30%.

Fazendo um paralelo entre as duas categorias, observou-se que, muito embora os informantes identifiquem a problemática como algo terrível, muito ruim, ao mesmo tempo não se pouparam do investimento no tratamento, atribuindo a este e à fé as opções para uma possível recuperação.

A respeito da primeira categoria, intitulada de “Algo Muito Ruim”, expressões como “é terrível”, “pior que o câncer”, “muito sério”, “sem jeito”, “só Deus pode resolver”, “coisa que veio sem esperar”, “coisa impossível”, denotam o quanto devastadora é a percepção da doença para os familiares, acarretando, assim, sérias dificuldades em aceitar, compreender e lidar com esta problemática. Nesta categoria, é esclarecido porque o transtorno mental é “pior que o câncer”, “pior dos males”, “não mata”. O indivíduo deixa de ser sem deixar de existir: “É muito ruim, a gente fica preocupada sem saber como agir...” (M.P. 43 anos, tia); “É terrível... pior que o câncer. A pessoa sabe que está com ela e vai à luta, já o transtorno mental não mata... a doença dele tira a vontade de tudo” (L.X.T. 54 anos, mãe); “Eu vejo uma coisa impossível...” (N.S.R. 65 anos, mãe); “O problema dele é muito sério...” (M.T.B.C. 65 anos, tia); “Eu entendo que foi uma coisa que veio sem a gente esperar” (Z.M.M. 57 anos, mãe); “Sem jeito. Só Deus pode resolver” (M.C.A.L. 66 anos, mãe). A doença mental continua sendo um desafio a nossa compreensão, pois, para um grande número de transtornos mentais, não existe a cura, mas o controle da doença, contribuindo para a inclusão social do doente, por intermédio dos grupos de apoio, terapia familiar e do uso das novas medicações.

A categoria seguinte - “Precisa de Tratamento” - indica que, apesar de tudo, há crença na terapêutica, como confirmam os discursos seguintes: “Como se ela precisasse de um tratamento seriíssimo” (J.S.S.F. 42 anos, mãe); “Acredito em recuperação. Tenho esperança. Acho que o Hospital-Dia está sendo muito bom para ela” (Z.M.R. 35 anos, irmã).

Várias são as explicações⁽¹⁶⁾, para as causas do adoecimento psíquico. Uma delas é com base na teoria de conteúdo organicista (pancada na cabeça, suspensão da regra, doença do cérebro), educativo (a criação dos pais), hereditário (os pais eram nervosos), sobrenatural ou místico (inveja, trabalho de macumba).

No presente estudo, surgiram três categorias distintas sobre as causas dos transtornos mentais, denominadas de: *Causas Biológicas*, (com 45% de freqüência), *Causas Psicológicas* (29%) e *Causas Sociais* (com freqüência de 26%).

Múltiplas são as percepções acerca do surgimento da doença. No entanto, mais freqüentemente são atribuídas à ordem somática, de acordo com Bezerra Júnior¹⁶ (in TUNDIS E COSTA), ou *Biológica*, encontradas em: “herança da mãe”, “doença”, “doença de sangue e de família”, “nascenteza”, “fraqueza”. “Bem, ele tinha um tio que era esquizofrénico” (M.J.M. 34 anos, tia); “Foi uma doença que ele teve, AVC. Problema de pressão alta” (J.E.D.S. 61 anos, irmão); “... uma doença. A pessoa teve a infelicidade de manifestar” (M.V.N.P. 46 anos, irmã); “Eu atribuí a um problema hereditário da parte da mãe. Tem vários casos na família” (F.A.L.S. 53 anos, pai); “Não sei explicar. Acho que foi de nascenteza...” (J.S.S.F. 42 anos, mãe); “... eu não pensava que essa doença era de família... era uma doença de sangue de família” (L.X.T. 54 anos, mãe); “... também pode ser herança da mãe que era muito estranha, parecia uma índia com atitudes arredias e anti-sociais” (F.V.A.N. 47 anos, prima); “A fraqueza” (J.F.V. 56 anos, pai); “... Tem caso de doença mental na família do pai.” (Z.M.R. 35 anos, irmã).

Os dados catalogados como *Causas Psicológicas* indicaram um percentual de 29%, sendo estes referentes a perdas, frustrações e mudanças. “... por não ter conseguido realizar seus sonhos” (F.V.A.N. 47 anos, prima); “Eu acho que foi uma contrariedade muito grande que ela teve... Não imagino o que aconteceu, através da Igreja... Apesar da médica dizer que é de família” (M.N.F.N. 57 anos, mãe); “Às vezes, fico assim pensando que é porque ele foi desprezado pelo pai. Foi cuidado pela mãe” (M.P. 43 anos, tia); “Eu acho que foi a morte do pai dela. Antes ela era cheia de vida” (M.Z.F.A. 48 anos, mãe); “... Ela perdeu a virgindade e não disse nada a gente e ele abandonou ela” (Z.M.M. 57 anos, mãe); “Teve uma deceção com a tia: pediu para lhe chamar de mãe, mas ela não permitiu” (F.V.A.N. 47 anos, prima); “Sofre muito com mudança da lua nova e cheia, ele fica agitado, perturbado, e dá muito trabalho” (R.P.S. 59 anos, mãe); “Devido aos maus-tratos, ao sofrimento, quando era criança, foi criada por outra pessoa...” (M.C.A.L. 66 anos, mãe).

Causas Sociais teve uma freqüência de 26%, tendo sido aí identificados os seguintes fatores: “falta de alimentação”, “maus-tratos”, “drogas”, “má companhia”, “ausência de remuneração pelo trabalho”. “Deixa eu vê, ano passado ela trabalhou um ano sem receber dinheiro...” (P.C.L.C. 18 anos, filho); “Ficou doente porque só estudava. Ficava pensando e entrou na mente dele” (A.M.A. 58 anos, pai); “Eu acho

que foi que ele viu a desarmonia dentro de casa... Ele queria ser piloto e não conseguiu...” (N.S.R. 65 anos, mãe); “Tem o problema do pai que bebia muito. Chegava em casa bêbado e batia em mim. Quebrava tudo dentro de casa e a minha filha ficava deprimida...” (Z.M.M. 57 anos, mãe); “Também devido à falta de boa alimentação...” (M.C.A.L. 66 anos, mãe); “O pai tratava ele como animal, ele fugiu de lá foi pro interior, começou a beber demais, se juntou com amigos que não eram boa companhia e começou a usar droga. Ele era bonzinho, foi do dia pra noite” (M.P. 43 anos, tia); “Ele se envolveu muito cedo com o uso de maconha, 16 ou 17 anos. Acho que isso afetou” (D.M.F. 66 anos, pai).

Quando os sujeitos foram indagados sobre a convivência com o portador de transtorno mental, apresentaram respostas que variaram em duas vertentes, ou seja, para alguns a convivência parece ser estabelecida na base da harmonia, existindo apoio e aceitação do problema. Para outros, a convivência não é fácil, existindo pontos de estagnação, nos quais o diálogo é dificultado, tornando o relacionamento complicado e até mesmo doloroso.

Desse modo, foram construídas duas categorias para explicar a convivência da família com o parente portador de transtorno mental. São elas: *Convivência Harmoniosa* e *Convivência Bloqueada*.

Convivência Harmoniosa aparece no estudo com uma freqüência em torno de 52% e exemplifica um ambiente amigável e pacífico, no qual os componentes do grupo familiar se sentem bem, apesar de possuírem um membro com esta problemática. “A convivência é muito boa...” (M.Z.F.A. 48 anos, mãe); “É normal. A gente trata bem, faz o que pode...” (M.P. 43 anos, tia); “A gente vive em paz em casa” (Z.M.M. 57 anos, mãe).

A segunda categoria (com 28%), elaborada em torno do núcleo de significação para convivência, consiste em *Convivência Bloqueada*, que reflete o oposto da categoria anterior, isto é, para estes informantes, conviver com as ocorrências próprias do adoecimento psíquico é algo da ordem do empecilho, do entrave, da sobrecarga e do isolamento, dificultando, sobretudo, a comunicação. “A convivência é difícil... a família toda se afastou...” (R.P.S. 59 anos, mãe); “... a dinâmica familiar é muito difícil...” (F.V.A.N. 47 anos, prima); “A convivência é muito difícil. Ela tem que ficar isolada...” (Z.M.R. 35 anos, irmã); “O relacionamento é difícil por conta da rebeldia dele...” (M.T.B.C. 65 anos, tia); “Poderia definir esta convivência como dolorosa” (M.V.N.P. 46 anos, irmã); “... ficou uma pessoa fechada, trancada...” (D.M.F. 65 anos, pai).

Os informantes também foram solicitados a refletir e verbalizar suas opiniões a respeito das consequências e

supostas marcas resultantes do convívio com o parente portador de transtorno mental. As respostas referentes a este quesito foram selecionadas de modo a configurar quatro categorias: *Trauma*, *Desarmonia*, *Frustração* e *Estresse*.

A categoria *Trauma*, com a freqüência de 29%, supõe experiências traumáticas vivenciadas no cotidiano, envolvendo a presença do indivíduo com doença mental, principalmente aquelas relacionadas a situações de crises. “*A marca disso deixa mais coisa, muito trauma...*” (L.X.T. 54 anos, mãe); “*Só duma vez, que ela queria se jogar no trilho pra o trem passar por cima... e uma vez se envenenou*” (P.C.L.C. 18 anos, filho).

A segunda categoria, denominada *Desarmonia*, aparece com freqüência de 26%, remetendo à idéia de relações tumultuadas, que variam do desrespeito à agressividade. “*Agressões verbais e físicas, exigências,... é violento*” (M.T.B.C. 65 anos, tia); “*Acontece muita confusão. Quando ela fica agitada bate nas filhas e elas não a respeitam...*” (M.C.A.L. 66 anos, mãe).

Frustração foi apresentada na fala de 13% dos entrevistados, significando uma espécie de desgosto, de impedimento e, até mesmo, incapacidade de mudar o “*status quo*”, resultando, assim, num tipo de dor emocional que surpreende e que é difícil de aceitar. “*...impáia minha vida...*” (M.N.F.N. 57 anos, mãe); “*...ele era um menino muito inteligente... Foi um baque!*” (M.J.M. 34 anos, tia); “*É um grande desgosto*” (M.C.A.L. 66 anos, mãe).

O *Estresse* foi detectado em 13% dos discursos, revelando a maneira dos familiares reagirem às crises, conflitos decorrentes da doença, principalmente em situação de crise. “*Estresse, ansiedade... porque não admitem a doença, não aceitam. Minha mãe tem muito medo dele*” (F.V.A.N. 47 anos, prima); “*Só quando está em crise a gente fica mais aperreada...*” (M.P. 43 anos, tia).

Os informantes foram também investigados acerca dos procedimentos e sentimentos da família diante da crise do indivíduo acometido por transtorno mental. A categoria “*Angústia*” liderou com uma freqüência de 57% em relação à categoria “*Paciência*” com 43%, demonstrando que lidar com as crises para os familiares dos portadores de transtorno mental é uma tarefa demasiadamente angustiante em razão da sobrecarga intensa, comprometendo a dinâmica familiar e por vezes a rede social. No entanto, apesar do sofrimento, os familiares utilizam-se da *Paciência* (2ª categoria) como instrumento de enfrentamento do problema. Estas famílias ainda representam a principal alternativa ao Hospital Psiquiátrico⁽¹⁷⁾.

As falas seguintes ilustram a categoria denominada *Angústia*: “*..., as outras irmãs ficam apavoradas... Fico*

angustiada sem saber se sua medicação pode acalmar” (M.V.N.P. 46 anos, irmã); “*A minha avó é doente, fica logo nervosa...*” (P.C.L.C. 18 anos, filho); “*A primeira crise a mãe dele fez tanta coisa..., foi para centros, igrejas cristãs, católicas. Apelou para tudo. Aí veio para o hospital...*” (M.J.M, 34 anos, tia); “*... O pai chama ela de doida. Ele não quer aceitar.... Eu preciso tá o tempo todo em casa pra defender ela e o pai., ela já prometeu esfaquear ele*” (M.N.F.N. 57 anos, mãe).

Esta angústia parece intensificar-se, quando existem outras morbidades no ambiente familiar, comprometendo sobremaneira as relações. “*A família não aceita*” (M.T.B.C. 65 anos, tia); “*... chegou a tentar se enforcar com a rede... Já tentou a minha, dizendo que se tirasse a minha vida ele iria ficar bom. Eu não tenho confiança, não demonstro*” (L.X.T. 54 anos, mãe).

Em outros trechos verifica-se a angústia decorrente de episódios extremos ou limites, como em casos de tentativas de homicídio e suicídio. “*Todo mundo da família fica preocupado e procura logo um recurso. Ou internar ou aumentar os remédios e ficar dando em casa. Já andamos no espiritismo e na igreja dos crentes, mas só o que resolve é o tratamento*” (Z.M.M. 57 anos, mãe).

A angústia, em outras falas, parece ter sido atenuada após tratamento farmacológico. Além, do tratamento clínico, as buscas espirituais diversas configuram tentativas de diminuir a angústia. “*A irmã, que era responsável, cansou. A família não consegue controlar, abandonaram...*” (Z.M.R. 35 anos, irmã); “*Em crise tenta resolver, fecha a casa*” (R.P.S. 59 anos, mãe).

Quando a angústia não pode ser dissipada por vias terapêuticas, o abandono ou isolamento apresenta-se como única saída possível.

Na categoria *Paciência*, foram reunidas frases que transmitiram a idéia do manejo utilizado por familiares para lidar com os comportamentos muitas vezes considerados inadequados em decorrência das crises. Tais manejos envolvem uma espécie de calma, acolhimento, cuidado e carinho. “*Acalmando ela. No começo ela queria sair de casa, mas a gente não deixava. Explicava tudo pra ela com muita calma*” (J.S.S.F. 42 anos, mãe); “*A gente lida com paciência, com preocupação, sem ele perceber. Se preocupa em acertar...*” (D.M.F.65 anos, pai); “*Converso com ele com todo cuidado...*” (R.P.S. 59 anos, mãe).

Sendo o transtorno mental um fenômeno de extrema complexidade, foi possível entender o ponto de vista desses informantes, além das dificuldades que têm em aceitar um parente com essa problemática e de enfrentar os problemas decorrentes desta forma de adoecer, uma vez que, para lidar eficientemente com a pessoa acometida de tal transtorno,

seria necessário um grau razoável de conhecimento sobre tal adoecimento. O desconhecimento e o precário nível de informação sobre os transtornos mentais facilitam a proliferação de problemas, complicações e conflitos nas relações familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou compreender que a doença mental ainda é percebida como fenômeno causador de sofrimento não apenas ao indivíduo que passa por essa experiência, mas também aqueles de seu entorno social, principalmente a família. Os resultados apontaram que os sujeitos investigados têm consciência da complexidade que envolve tal fenômeno, daí terem mencionado como é difícil e complicado aceitar um familiar com tal problema.

A idéia de sofrimento remete a algo que se repete, se arrasta, desnorteia, desequilibra, tornando a relação complicada, sofrida, difícil de aceitar e conviver com a angústia de ter um doente mental na família. Pode-se inferir daí que tal sofrimento talvez seja intensificado pelo fato de serem comuns neste transtorno as recorrências, ou seja, os sucessivos surtos, diferentemente de alguns quadros patológicos que podem, muitas vezes, ser solucionados completamente ou que apresentam períodos prolongados sem a manifestação expressa dos sintomas. Alguns informantes consideram o transtorno mental como uma doença intermitente, fazendo referências a quadros graves ou crônicos, significando para eles um padecimento a tarefa de terem que lidar com esse familiar, como algo que não acaba. Isso denota quão traumática é essa convivência, uma espécie de “cruz”, que maltrata, machuca, deixa marcas não só no portador, mas também em seus familiares, como se a doença do outro causasse chagas nos familiares que acompanham de perto esse processo de adoecer.

O estudo também detectou padrões culturais, não só no que se refere à concepção dos transtornos mentais, mas também quanto ao manejo e quanto às causas atribuídas ao surgimento da doença mental.

As formas de se compreender a doença apresentam variabilidade de acordo com o nível sociocultural dos sujeitos pesquisados. Enquanto, alguns associam este fenômeno a uma doença de ordem biológica, psicológica ou social, outros vêm como “desequilíbrio” ou “grande complicaçāo”. É notório, portanto, o precário nível de informação dos familiares sobre o adoecer psíquico, ensejando, dessa forma, conflitos no âmbito das relações familiares.

Espera-se que os resultados deste estudo venham a instigar o desenvolvimento de outras pesquisas relacionadas ao fenômeno aqui abordado, subsidiando novas intervenções

da equipe técnica que compõe a unidade-dia, contexto desta investigação, na perspectiva de facilitar a relação do portador de transtorno mental e sua família.

REFERÊNCIAS

1. Boumard P. La démarche ethnographique dans la formation professionnelle continue. In: Actes du Colloque de l'ARFIRSE - Formação, saberes profissionais e situações de trabalho. Lisboa (PT): Universidade de Lisboa; 1995. p.465-75. v.1.
2. Cruz Neto O, Gomes R. Pesquisa social: teoria, modo e criatividade. 3^a ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1993. p.31-50.
3. Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Paris (FR): Edições 70; 1977.
4. Szymanski H. Teoria e Teorias de famílias. In: Carvalho MCB, organizador. A família contemporânea em debate. São Paulo: Cortez; 2000. p.23-27.
5. Cerveny, CMO. A família como modelo: desconstruindo a patologia. Campinas (SP): Editorial Psy II; 1994.
6. Barreto, A. Os Desencantados. Família Famílias. Jornal O Povo 1995; Universidade Aberta:2 (Fascículo 7).
7. Gandesso M, organizador. Terapia e justiça social. São Paulo: Associação Paulista de Terapia Familiar; 2001.
8. Hirata ES, Ferreira MP. Transtornos mentais orgânicos agudos e crônicos. In: Louzã Neto, MR, Motta T, Wang Y, Elkis, H organizadores. Psiquiatria básica. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1995. p.67-92.
9. Serrano AI. O que é Psiquiatria alternativa. São Paulo: Brasiliense; 1982.
10. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2^a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
11. Barros DD. Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Universidade de São Paulo/Lumos Editorial; 1994.
12. Russo JF. Silva JF. Duzentos anos de psiquiatria. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UFRJ; 1993.
13. Sampaio JJC. Hospital psiquiátrico público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro; 1988.
14. Turkle S. O segundo eu: os computadores e o espírito humano. Tradução de Manuela Madureira. Portugal (PT): Editorial Presença; 1989.

15. Brito, HB. Dizem que sou louco: representação social e subjetividade do adoecer psíquico [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Estadual do Ceará; 1999.
16. Bezerra Junior, B. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: Tundis SA, Costa NR, organizadores. Cidadania e Loucura. Políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis (RJ): Vozes; 2001. p.133-169.
17. Mello, JHR. Esquizofrenia: sobrecarga do cuidador [tese].

Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro – Psiquiatria e Saúde Mental; 1997.

Endereço para Correspondência:

Heleni Barreira de Brito
Rua Capitão Antonio Aguiar, 60 – Aldeota.
CEP: 60115-250 – Fortaleza-CE.
e-mail: helen@unifor.br