

EXPLICAÇÕES DE FAMILIARES SOBRE O SOFRIMENTO PSÍQUICO: DIVERSIDADE E INTEGRALIDADE EM QUESTÃO¹

Nágilla Regina Saraiva Vieira ², Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-9138-450X>

Renata Fabiana Pegoraro ^{3 2}, Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-6052-5763>

RESUMO. Este estudo apresenta como tema as explicações de familiares sobre o sofrimento psíquico pelos itinerários terapêuticos de usuários na atenção em saúde mental a partir da ótica da família. O Itinerário Terapêutico (I.T.) é entendido como todos os movimentos suscitados por grupos ou indivíduos a fim de resguardar ou recuperar a saúde, que podem impulsionar diversos recursos, desde práticas religiosas e cuidados caseiros até os dispositivos biomédicos predominantes. O objetivo deste estudo foi identificar as explicações dadas pelo familiar a respeito do problema de saúde mental da pessoa em sofrimento psíquico. Efetuou-se um estudo qualitativo em que foram realizadas dez entrevistas com familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). De acordo com a análise das entrevistas com base na Teoria Fundamentada em Dados foi possível o agrupamento das explicações dadas em: (1) espirituais, (2) orgânicas, (3) histórico familiar, (4) eventos de vida, (5) diagnóstico e (6) outros. As explicações dadas pelos familiares envolvem um olhar múltiplo, que incorpora diferentes causas e motivos, aproximando-se da ideia de integralidade em saúde.

Palavras-chave: Saúde mental; família; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

EXPLANATIONS OF FAMILY MEMBERS ABOUT PSYCHOLOGICAL DISTRESS: DIVERSITY AND COMPREHENSIVENESS IN QUESTION

ABSTRACT. This study presents the explanations of family members about psychological distress through the therapeutic itineraries of patients in mental health care from the perspective of the family. The Therapeutic Itinerary (T.I.) is understood as all movements raised by groups or individuals in order to safeguard or recover health, which can boost various resources, from religious practices and home care to the predominant biomedical devices. This study aimed to identify the explanations given by the family member regarding the mental health problem of the person in psychological distress. A qualitative study was carried out in which 10 interviews were conducted with family members of users of a Psychosocial Care Center (CAPS). According to the analysis of the interviews based on the Grounded Theory, it was possible to group the explanations into: (1) Spiritual, (2) Organic, (3) Family history, (4) Life events, (5) Diagnosis and (6) Others. The explanations given by family members involve a multiple look, which incorporates different causes and reasons, approaching the idea of integrality in health.

Keywords: Mental health; family; Psychosocial Care Center (CAPS).

¹ Apoio e financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – Fapemig.

² Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Instituto de Psicologia, Uberlândia-MG, Brasil.

³ Email: rfpegoraro@yahoo.com.br



EXPLICACIONES DE FAMILIARES SOBRE EL SUFRIMIENTO PSÍQUICO: DIVERSIDAD E INTEGRALIDAD EN CUESTIÓN

RESUMEN. En este estudio se presenta como tema las explicaciones de familiares sobre el sufrimiento psíquico por intermedio de los itinerarios terapéuticos de usuarios en la atención en salud mental a partir de la óptica de la familia. El Itinerario Terapéutico (I.T.) es entendido como todos los movimientos suscitados por grupos o individuos a fin de resguardar o recuperar la salud, que pueden impulsar diversos recursos, desde prácticas religiosas y cuidados caseros hasta los dispositivos biomédicos predominantes. El objetivo de este estudio fue identificar las explicaciones dadas por el familiar acerca del origen del problema de salud mental de la persona en sufrimiento psíquico. Se efectuó un estudio cualitativo en el que se realizaron 10 entrevistas con familiares de usuarios de un Centro de Atención Psicosocial (CAPS). De acuerdo con el análisis de las entrevistas con base en la Teoría Fundamentada en Datos fue posible la agrupación de las explicaciones dadas en: (1) Espiritual, (2) Orgánico, (3) Historia familiar, (4) Eventos de la vida (5) Diagnóstico y (6) Otros. Las explicaciones, dadas por los familiares, involucra una mirada múltiple, que incorpora diferentes causas y motivos, aproximándose a la idea de integralidad en salud.

Palabras clave: Salud mental; familia; Centro de Atención Psicosocial (CAPS).

Introdução

No Brasil, o número de estudos que investigaram as explicações dadas por familiares a respeito do transtorno mental é limitado, segundo as buscas realizadas nas bases SciELO, Lilacs e BVS-Psi. Apenas seis artigos, publicados entre 2004 e 2013, elegeram essa temática para investigação. Alguns estudos (Budini & Cardoso, 2012; Moraski & Hildebrandt, 2005; Villares, Redko, & Mari, 1999) separaram em categorias as explicações que os familiares de usuários dão para a origem do transtorno mental. São exemplos: a tendência inata para o surgimento do transtorno mental, razões espirituais, e eventos de vida considerados traumáticos, tais como mortes e perda de emprego.

Esta pesquisa apresenta como tema as explicações de familiares sobre o sofrimento psíquico⁴ a partir do itinerário terapêutico de pessoas em sofrimento psíquico. O Itinerário Terapêutico (I.T.) é entendido como todos os movimentos suscitados por grupos ou indivíduos a fim de resguardar ou recuperar a saúde, acionando para tal recursos diversos, desde práticas religiosas e cuidados caseiros até os dispositivos biomédicos predominantes (Cabral, Martinez-Hemáez, Andrade, & Cherchiglia, 2011). A definição de I.T. permite perceber que esse conceito não se restringe à identificação e à disponibilidade dos serviços de saúde locais, pois engloba também as distintas buscas individuais por cuidados em saúde e as possibilidades socioculturais de cada paciente, porque considera a complexidade do processo de escolha (Martins & Iriart, 2014). Na antropologia da saúde, o conceito de I.T. surgiu com o principal objetivo de interpretar os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) às diversas maneiras de tratamento (Alves & Souza, 1999).

⁴ Neste artigo, as expressões 'transtorno mental', 'sofrimento psíquico', 'sofrimento mental' e 'doença mental' serão utilizadas como sinônimos.

Ao lidar com a doença, o doente e as pessoas próximas a este (como família, amigos, terapeutas), formulam, (re) produzem e difundem um conjunto de maneiras e caminhos a serem trilhados segundo o universo sociocultural do qual fazem parte (Moreira & Bosi, 2014). A participação de outros indivíduos na construção do I.T. se dá, primeiramente e predominantemente, pelos familiares. Essa participação de outros na construção do itinerário é bastante frequente no caso de pessoas em sofrimento psíquico, tendo em vista o envolvimento da família nos cuidados do indivíduo, seja em momentos de crise ou não.

No caso do Brasil, com relação aos serviços que podem integrar o I.T. de pessoas em sofrimento psíquico, atualmente, existe uma rede de serviços hospitalares e comunitários espalhados pelos diferentes Estados e o Distrito Federal. Coexistem hoje os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os leitos em hospitais gerais e especializados, os dispositivos para desinstitucionalização (como as residências terapêuticas), a atenção em saúde mental no âmbito da atenção primária (na Unidade Básica de Saúde ou nas Unidades Básicas de Saúde da Família), entre outros, conforme a Portaria nº 3.088 (2011). Em todos esses equipamentos, a família está presente, seja como informante da condição da pessoa em tratamento, como corresponsável pelo cuidado do indivíduo ou ainda como alvo de cuidados das equipes.

A presença da doença pode fazer com que o usuário de serviços de saúde mental se torne dependente de seus familiares, e com isso a sobrecarga, que pode ser caracterizada por desgastes materiais, subjetivos, organizativos e sociais pode atingir a família (Covelo & Badaró-Moreira, 2015). Por isso, é importante ressaltar que o subsistema familiar é um dos que mais influencia a escolha do I.T. pelo indivíduo. A escolha das formas de cuidado depende dos conteúdos que foram associados à experiência do sofrimento psíquico, os quais são elaborações culturais partilhadas entre indivíduos e mobilizadas em situações de aflição e submetem, de modo direto, a um mundo compartilhado de práticas, crenças e valores (Moreira & Bosi, 2014). Logo, as explicações sobre o sofrimento psíquico podem influenciar as escolhas por formas de tratamento, tipos de serviços ou recursos terapêuticos.

Face ao exposto anteriormente, o objetivo geral desta pesquisa foi identificar as explicações dadas pelo familiar a respeito do problema de saúde mental da pessoa em sofrimento psíquico a partir da investigação dos itinerários terapêuticos.

Método

Os participantes da pesquisa foram dez familiares de pessoas que se encontravam em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) localizado no triângulo mineiro. Esses usuários eram maiores de 18 anos e tinham, ao menos, histórico de uma internação psiquiátrica. Já os familiares não tinham internação psiquiátrica prévia ou tratamento realizado/em andamento em CAPS.

O instrumento, utilizado em um estudo de maior amplitude, foi um roteiro de entrevista semiestruturado que investigou, além de dados sociodemográficos do depoente, as explicações dadas pelo familiar sobre a doença ou transtorno mental; a busca por suporte após identificação do problema; tratamentos já realizados pelo usuário; e sentimentos da família sobre sua inclusão nos serviços de saúde mental. Para este estudo foram utilizados os trechos das entrevistas que versaram sobre as explicações dadas pelos familiares sobre o problema de saúde mental da pessoa em sofrimento psíquico. Além do roteiro de entrevista, foi utilizado também um questionário para colher dados sociodemográficos e a história clínica do usuário (diagnóstico, número de internações,

medicação em uso) a partir dos prontuários no CAPS, adaptado de Scheine e Boeckel (2009) com autorização dos autores.

Foram convidados a participar da pesquisa os familiares que se apresentaram ao CAPS para acompanhar o usuário em consultas médicas e/ou atividades grupais/reuniões de família. Foram fornecidas informações verbais sobre a pesquisa e, caso o familiar aceitasse participar, era agendada uma entrevista em data, horário e local a sua escolha (sua residência ou em sala apropriada da universidade). Foi utilizado no dia da entrevista o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, para ciência e assinatura, conforme modelo aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (parecer 1.007.528). Todas as entrevistas foram gravadas apenas em áudio e, para garantir o sigilo quanto à identidade do participante, as entrevistas foram numeradas de 1 a 10, utilizando-se a denominação E1 para a primeira entrevista, E2 para a segunda, e assim, sucessivamente.

O número de entrevistas foi determinado pelo procedimento de saturação dos dados (Fontanella et al., 2011) e após a transcrição literal, a análise ocorreu com base nas etapas delimitadas pela 'Teoria Fundamentada em Dados', a saber: codificação aberta, axial e seletiva para redução de dados, identificação das propriedades das categorias de análise e estabelecimento de relações entre categorias (Straus & Corbin, 2008 apud Biaggio & Erdmann, 2011). Como apoio para a construção de categorias foi empregada a 'Árvore de Associação de Ideais', conforme Spink e Lima (1999). A elaboração de uma árvore para cada entrevista, com destaque para as falas que respondiam ao objetivo desta pesquisa, permitiu a codificação aberta do material. Em seguida, foram destacadas as palavras-chave em cada árvore de associação de ideias, possibilitando a codificação axial. Outro passo consistiu na identificação do conteúdo em comum das entrevistas, na etapa de codificação seletiva. E, por fim, o último passo foi referente à montagem dos resultados em categorias temáticas: 1) espirituais, 2) orgânicas, 3) histórico familiar, 4) eventos de vida, 5) diagnóstico, 6) outros.

Resultados e discussão

A maioria dos familiares era do sexo feminino, sem companheiro, com escolaridade baixa, com parentesco direto com o usuário, com idade acima dos 45 anos. Já os usuários, de acordo com os dados dos prontuários, eram em sua maioria do sexo feminino, com idade mínima de 19 anos e máxima de 55 anos, sem companheiro, a escolaridade não foi informada no prontuário ou se restringia ao fundamental completo ou incompleto, a maioria estava afastada do mercado de trabalho ou estava aposentada, os números de internações variaram de, no mínimo, 1 e, no máximo, 6, e o principal diagnóstico encontrado foi o de esquizofrenia. O gênero predominante entre os cuidadores também foi destacado em outros estudos (Pegoraro & Caldana, 2008). De acordo com Follador (2009), historicamente o papel que a sociedade espera das mulheres se relaciona ao cuidado: da casa, das crianças, do marido e a submissão às leis dos homens. E, por mais que a entrada no mercado de trabalho e a conquista de direitos civis tenham mudado o modo de existir das mulheres, acarretando na construção de uma nova subjetividade feminina (Boris & Cesídio, 2007), essa herança do cuidado ainda persiste, principalmente nos casos de familiares com transtornos psíquicos que se mostram mais dependentes, e que na maioria dos casos, como mostra os resultados deste estudo, são filhos, maridos e/ou irmãos dessas mulheres.

Os familiares não apresentaram um entendimento único e uniforme acerca do sofrimento psíquico, mas sim, diversas hipóteses e suposições, que apontaram múltiplas

explicações dadas pelos mesmos, evidenciando o quão complexo é entender o sofrimento psíquico. Apenas na segunda e terceira entrevistas há apenas um tipo de explicação para o problema. Para os demais entrevistados (Tabela 1) não há uma única causa ou explicação para o sofrimento psíquico.

Tabela 1. Tipo das explicações dadas em cada entrevista a respeito do sofrimento psíquico

Explicações	Entrevistas
Espirituais	1, 4, 5, 8
Orgânicas	1, 2, 3, 5, 8
Histórico familiar	5, 7, 10
Eventos de vida	4, 5, 6, 7, 8, 9
Diagnóstico	4, 6, 7, 9, 10
Outros	4, 5, 7

Fonte: As autoras.

De acordo Budini e Cardoso (2012) e, em consonância com os achados desta pesquisa, esse saber múltiplo é construído entre a família e a pessoa em sofrimento psíquico em relação direta com o tempo e com os comportamentos que essa pessoa apresenta, ou seja, as explicações podem mudar e/ou evoluir de acordo com o tempo e/ou de acordo com as mudanças comportamentais apresentadas. Como apresentam Villares et al.(1999), o enfoque multidimensional é muito importante, pois engloba, no estudo do sofrimento psíquico, os diversos âmbitos da vida: biológicos, sociais, psicológicos, ambientais, econômicos e culturais, que são de primordial relevância para se pensar intervenções na área de promoção à saúde mental, incluindo o cuidado com as relações familiares cotidianas.

Com relação às ‘explicações espirituais’, em duas entrevistas (E1 e E8), os familiares associaram a origem do sofrimento psíquico à dominação do corpo do usuário por um espírito maligno, o qual lhe fazia ouvir e ver coisas, fazendo com que tivesse atitudes mais agressivas. Procurar ajuda em instituições religiosas para que os usuários não fossem mais internados foi a solução encontrada por esses familiares, que afirmaram melhora no quadro: “É então, eu acho que é mais [...] essas vozes não é boa não [sic] [...] acho que não é [...] é voz do inimigo, que aproveita a doença dela e aí entra e fica porque só fala coisa negativa, só pra deixar ela nervosa” (E8).

Algumas explicações espirituais apresentadas pelos familiares neste estudo relacionam a ideia do sofrimento psíquico ao sobrenatural, como espíritos, magia negra e feitiços, indo na mesma direção que outros estudos da área (Cirilo & Oliveira Filho, 2008; Iglesias, Quintanilha, & Avellar, 2016; Villares et al., 1999). Para Villares et al. (1999), essas explicações geram sentimento de aceitação frente às dificuldades vividas, trazendo conforto e a não culpabilização da família pela doença. Entretanto, para Iglesias et al. (2016), esse sentimento de aceitação pode levar à uma conformação e/ou desresponsabilização das

famílias pelo cuidado de seu familiar, visto que não há mais nada a se fazer além de esperar a atuação divina. Todavia, as outras explicações espirituais dadas nesta pesquisa se associam ao esgotamento de recursos já procurados, sobrando, então, as instituições religiosas para a busca de cuidado e da 'cura', que a medicina não foi capaz de proporcionar.

Em outras duas entrevistas (E4 e E5), os familiares recorreram às instituições religiosas pelo esgotamento de recursos já procurados que não surtiram efeitos; sendo que em uma das entrevistas, a iniciativa tomada se deu por meio de um conselho dado por uma amiga próxima da família. Mais uma vez, os familiares afirmam melhora no quadro após tomarem essa iniciativa. "Inclusive, a gente pensa assim, a gente pensa que é tipo espiritual [...] Hoje mesmo, ontem, eu fui aconselhado a tentar levá-lo para aquela clínica do doutor X, né? Porque a gente pensa em várias possibilidades para resolver, para ajudar [...]" (E4). De acordo com a literatura, as instituições religiosas e as religiões podem ser um amparo importante para essas famílias, porque elas oferecem suporte social por meio dos fiéis da comunidade, além de compreender o sofrimento que legitima a experiência vivida (Budini & Cardoso, 2012). Contudo, Iglesias et al. (2016) fazem alerta para os serviços de saúde tratarem esse assunto com bastante delicadeza, para que não haja culpabilização do indivíduo caso seus sintomas não desapareçam a partir da fé. Além disso, nossos dados também apontaram que a procura por ajuda e ingresso nos serviços de saúde foi impulsionada pela busca da melhora dos sintomas percebidos pela família, os quais se tornaram insuportáveis para a mesma, como também apontam os estudos de Budini e Cardoso (2012), Iglesias et al. (2016) e o clássico trabalho de Tsu (1993).

As 'explicações orgânicas' foram encontradas em cinco entrevistas. Em quatro delas (E1, E2, E3 e E5), os familiares utilizaram expressões como "[...] fraco das ideias" (E1), "[...] problema na cabeça" (E3; E5), "[...] problema no cérebro" (E2), como o trecho ilustra: "Até hoje eu penso que eu não sei o que é mesmo que a X tem [...] eu sei uma coisa, foi [...] é problema de cabeça, só [risada], mais nada" (E3). Outra entrevistada explica o motivo de seu irmão possuir 'problema no cérebro' por meio de observações de seu comportamento: "Senta, deita, põe a cabeça no meu colo, né, aí eu coloco um pano, molhado, gelado, na testa que fica muito quente. Então dá a entender que é um distúrbio que tem ali, no cérebro dele, né?" (E2). Trata-se, portanto, de uma localização física do problema, ainda que a causa não seja declaradamente conhecida pelos participantes.

Dois familiares (E2 e E8) identificaram o começo do sofrimento psíquico dos usuários durante a primeira infância, relatando dificuldades de desenvolvimento quando comparados a outras crianças, como atraso motor, cognitivo, de linguagem, entre outras. "O desenvolver dele não era igual a das crianças ou outros filhos que a mamãe já tinha tido. Ele demorou a andar, ele demorou a falar, ele demorou a engatinhar. Ele demorou a ter o desenvolvimento numa criança normal" (E2).

Além disso, os entrevistados 3 e 8 identificaram que, a partir de um determinado acontecimento, houve mudança no comportamento dos usuários, como delírio seguido de desmaio, fazendo com que a esposa não ficasse mais "[...] boa da cabeça" (E3) ou após uma intensa dor de cabeça, não ter sido mais possível que a filha realizasse tarefas com a facilidade anterior: "Eu perguntei 'o que que é esse problema, é depressão?', aí ele falou que não é, que o cérebro dele não funciona normal, e que esses remédios é pra voltar o que, voltar pelo menos como era antes" (E8, grifo nosso).

As explicações orgânicas para o sofrimento psíquico dadas pelos familiares neste estudo indicaram que eles acreditam na existência de algum problema na constituição e/ou no funcionamento da cabeça ou de algum órgão específico – no caso, o cérebro –,

corroborando com estudos de Moraski e Hildebrandt (2005), Spadini e Souza (2004), Azevedo e Gaudêncio (2007). Isso acontece, de acordo com Tsu (1991, p. 49, grifo do autor), porque os familiares acreditam “[...] que a doença mental é algo que ocorre ‘dentro’ do espaço corporal. A subjetividade do indivíduo é descartada, operando-se uma redução que o transforma em objeto danificado [...]”, descartando-se então a dimensão psicossocial. Outro motivo para esse tipo de explicação ser a mais citada (juntamente com os eventos de vida), de acordo com Moreno (2000), é que os familiares possuem pouco entendimento sobre o sofrimento psíquico, sendo assim, eles buscam compreender através dos exames médicos áreas no cérebro que possam ter sido afetadas explicando, então, as alterações de comportamento apresentadas pelo paciente.

Outras explicações encontradas neste estudo dizem respeito ao ‘histórico familiar’ como causador do sofrimento psíquico. Nessas explicações, três entrevistados apontaram que os usuários têm comportamentos bastante similares a outros parentes próximos, como mães e tios. Uma entrevistada (E5) relatou quatro casos de sofrimento psíquico em sua família, lembrando que uma médica sugeriu que o surgimento do problema pudesse ser hereditário. A essa explicação a entrevistada somou também a perspectiva orgânica: “P: Você acha que no caso dela [...] E1: É resguardo mesmo. Quem vê é hereditário mesmo. É da cabeça. P: Você acha que é [...] que é hereditário. E1: É hereditário e de cabeça mesmo” (E5). Uma segunda entrevistada (E7) destacou o histórico familiar como causa do sofrimento psíquico, pois os parentes relacionavam o problema atual da cunhada ao de sua mãe, afirmando que as duas possuíam problema de ‘louco’: “E pelo quadro que eles falam dela, é que ela é igual à mãe dela. Diz que o mesmo problema que ela tem é o que a mãe dela tinha. A mãe dela morreu parece que com trinta e poucos anos, diz que estava louquinha da cabeça, e ela o quadro dela, quando ela fica [...]” (E7).

Na última entrevista (E10), a familiar conta que a usuária tinha um irmão e uma irmã com o mesmo diagnóstico que o dela, sendo que a irmã cometeu suicídio colocando fogo na casa e que foi depois desse acontecimento que a família se preocupou com o caso da usuária do CAPS: “A mulher tinha os problemas que a minha mãe tem [...] quando [o marido] chegou em casa a mulher pôs fogo na casa e morreu queimada com o celular do lado, com as pernas cruzadas, morreu do jeito que ela estava. Então foi onde a gente preocupou [...]” (E10).

Vários estudos (Iglesias et al., 2016; Pereira, 2003; Spadini & Souza, 2004; Tsu & Tofolo, 1990) trazem o histórico familiar como causa citada pelos familiares e apontam que o fator hereditariedade conforta a família por não lhe implicar a responsabilidade pelo adoecimento diretamente mas, ao mesmo tempo, traz a desesperança, pelo fato de a família não enxergar mudança ou melhora em algo hereditário. Ademais, um dado que nos chamou a atenção nas entrevistas, que vai contra os achados das pesquisas supracitadas, se refere ao fato de que, na maioria das vezes, mesmo com histórico familiar presente, os familiares não relacionaram esse histórico familiar com a explicação da origem do transtorno mental.

As ‘explicações por eventos de vida’ foram encontradas em seis entrevistas. Em duas entrevistas (E4 e E8), os familiares apontaram que o surgimento do sofrimento psíquico foi decorrente das brigas e divórcio dos pais. “Então tem um bom tempo né?! Isso ehh [...] esses comportamentos bem diferentes começaram mais ou menos quando meus pais separaram né?! Eles separaram [...]” (E4). Ainda exemplifica:

[...] aí então [...] aí na verdade ela [...] nós não sabemos se é isso, é porque eu mais o pai dela a gente não dava certo [...] aí de vez em quando a gente brigava e ela não gostava [...] ela pedia assim,

quando eu discutia com o pai dela ela falava, brigava com o pai também que não era para brigar comigo [fala em tom de voz baixo], aí ficava nervosa [...] mas não sei se é isso [...] (E8).

Em quatro oportunidades (E4, E5, E6 e E7), os familiares relacionaram a origem do sofrimento psíquico dos usuários com o nascimento de seus filhos (E4 e E5): “P: E me conta, é [...] como, como que apareceu, assim, esse problema? E5: Resguardo! [responde enfaticamente] P: Foi durante o resguardo? E5: Foi” (E5). Da mesma forma, outra entrevistada aponta: “A minha irmã, a mais velha, depois que perdeu o filho ela ficou meio transtornada, tomando um monte de remédio. Esqueci o remédio que ela toma [...]. Remédio de psicólogo [sic] [...] Ela está fazendo acompanhamento com psicólogo e lá no CAPS [...]” (E6).

Em dois casos (E6 e E7), os entrevistados apontaram que a perda de um filho ou o desapontamento causado em seus pais foram motivos para o transtorno mental: “Desgosto! Porque os filhos, quando ela entrou em depressão foi quando o filho dela faleceu de acidente e depois os filhos foram crescendo, tudo foi para o caminho errado sabe? Ela não tem gosto pelos três filhos” (E6). Outro exemplo: “[...] o filho dela [...] falou para todo mundo que não gostava da mulher, que gostava era de homem. Aí soltou, ela desmaiou [a usuária]. Aí diz que nesse desmaio que ela deu, ela já não voltou boa mais” (E7).

Além disso, em três entrevistas (E4, E7 e E9), os familiares conseguiram identificar acontecimentos que resultaram na piora do quadro dos pacientes como, por exemplo, a perda do pai. “Pode ser, por exemplo, uma depressão, principalmente o comportamento dele após que meu pai faleceu piorou muito, ele só quer ficar deitado, ele não sai de casa, muitas vezes ele tem que ir lá no CAPS ele não vai, ele não levanta cedo [...]” (E4).

Outros acontecimentos relatados e relacionados à piora no quadro do usuário foram gestação e estresse relacionado a perda de emprego e renda: “Parece que na segunda gravidez dela do E. parece que ela já não ficou [...] o trem parece que agravou mais. Porque diz que ela já não queria olhar o menino, não aceitava o menino, ela era muito agressiva, muito nervosa [...]” (E7). Outro exemplo: “[...] ele não consegue viver sob pressão [...] Quando ele tem alguma dificuldade, preocupado com alguma coisa, ele surta. Ele não dá conta! Então [...] dessa vez foi o que desencadeou” (E9).

As explicações por eventos de vida nos achados desta pesquisa relacionavam eventos estressores passados ao surgimento do transtorno mental em seus familiares, como se tal evento fosse o divisor entre a saúde e a doença, assim como apontado nos estudos de Pimenta e Romagnoli (2008), Budini e Cardoso (2012), e Iglesias et al. (2016). De acordo com Rodrigues (2007), essas explicações manifestam a dimensão social contida nestes discursos, pois a doença mental é representada como parte de uma pessoa que integra um sistema social que a afeta e, quando os familiares a explicam por essa perspectiva, eles estão também atribuindo causas externas e menos estigmatizantes à doença. Além disso, Villares et al. (1999) dizem que a atribuição do surgimento do sofrimento psíquico a causas específicas, para as famílias, é menos constrangedora e dolorosa do que reconhecer, descobrir e pensar outras causas e/ou denominá-las pelo seu nome científico.

As ‘explicações dadas por diagnósticos’ apareceram em cinco entrevistas. Em três das entrevistas dessa categoria (E4, E9 e E10), os familiares entrevistados acreditavam e concordavam com o diagnóstico dado pelos médicos: “Eu iria pela opção do médico, do laudo, que ele tem esquizofrenia progressiva [sic] [...]” (E4); “Igual ao médico que faz plantão lá na [clínica psiquiátrica], médico psiquiatra, ele estava me explicando a questão da [...] Ele é bipolar e ele tem esquizofrenia também [...]” (E9) e “Então, pelo laudo médico realmente é o transtorno bipolar, mas tem uma outra [...] um outro nome, negócio de

maníaco, mania, essas coisas, sabe? Que ao mesmo tempo que ela está bem, ela já fica agitada, fica nervosa [...]” (E10).

Nas outras entrevistas (E6 e E7), os familiares por ora sustentaram suas informações no diagnóstico médico recebido, mostrando que em algumas vezes não compreendem tão bem esse diagnóstico e, em outras, não acreditaram no mesmo: “Só que a gente não entendia o que era depressão não, né? A gente não sabia o que ela tinha [...]” (E6). “Ó [...] eu sei contar o fato que eu sei assim pelos laudos dela [...] que ela tentou suicídio três vezes [...] porque ela estava com uma crise depressiva muito forte. Ela tentou suicídio, é o que eu sei te falar [...]” (E7).

Nesta pesquisa foi possível observar que o diagnóstico psiquiátrico pelos critérios consagrados do CID e DSM pode ser vazio de sentido para os familiares. A maioria dos familiares entrevistados não possui familiaridade com as nomenclaturas científicas e com os termos técnicos utilizados pelos médicos, assim, ao ouvir as entrevistas, temos a impressão de que essas palavras estão jogadas ao acaso em meio às suas explicações. Alguns familiares, entretanto, explicam o surgimento do sofrimento psíquico de acordo com o diagnóstico recebido sempre relatando, juntamente com os dizeres médicos, as experiências diárias vividas, os sintomas e comportamentos do paciente, mostrando, assim, que sozinho o diagnóstico psiquiátrico não faz sentido, o que está em concordância com os resultados da pesquisa de Moraski e Hildebrandt (2005).

Três entrevistas apresentaram ‘outras explicações’ com motivos diversos sobre a origem do sofrimento psíquico dos usuários que não se encaixaram nas categorias anteriores. O entrevistado 4 expõe duas dessas explicações: a primeira relacionada a não tomada de medicamento e a relação entre essa recusa e o problema por ele apresentado: “Assim [...] a gente imaginava que tomava, ele falava que tomava e muitas das vezes não, ele mentia, então a gente até hoje na verdade a gente não sabe se o problema é porque ele não toma os remédios [...]” (E4). A segunda está relacionada à malandragem do paciente. Segundo o familiar, o usuário porta-se dessa maneira para não ter que lidar com as dificuldades da vida: “Mas porque nós trabalhamos, a gente vai atrás, ele nunca foi de trabalhar, ele nunca gostou de trabalhar. Então, eu acho que talvez ele faz um teatro para não encarar a vida sabe? Para não ir atrás [...]” (E4).

Ainda a respeito da medicação, em uma entrevista, identificou-se o questionamento sobre a possibilidade de que um remédio forte administrado no passado tivesse desencadeado o atual problema.

O caso da [usuária] [...] é que antigamente a psiquiatria era muito torturada, né? Não tinha essa [...] essa quimioterapia, né? [sic] Não tinha essa [...] tratamento médico, né? E ela foi muito judiada, entendeu? Aí ficou um [...] um trauma muito pesado. E antigamente os remédios eram muito fortes, então no caso da minha mãe o que aconteceu [...] ela [...] não voltou. Era para ter firmado (E5).

Por fim, a entrevistada 7 relaciona o surgimento do sofrimento psíquico de sua cunhada à loucura, dizendo diversas vezes durante a entrevista os comportamentos que a familiar apresenta: “[...] as loucuras, coisas que ela faz, são de gente muito louco mesmo [...]” e porque “[...] tem hora que ela não fala coisa com coisa, às vezes bate, ela bate no rosto, puxa o rosto dela [...] Ah, é muito estranho” (E7).

Nos achados desta pesquisa, a maioria dos entrevistados expressou seus conhecimentos sobre o sofrimento psíquico pelos sintomas e comportamentos de seus familiares (estar agressivo, não sair de casa, estar transtornado), que de acordo com Budini e Cardoso (2012), é um dos modos que a doença mental pode ser significada. A partir do exposto acima, os múltiplos olhares desses familiares para com a pessoa adoecida não sinalizam conflito. Pelo contrário, diferentes explicações construídas pelos entrevistados

podem somar-se, indicando como a família reflete sobre o sofrimento psíquico, e sugerindo um olhar mais integral em relação ao outro. Assim como pontuam Moraski e Hildebrandt (2005), entende-se também neste estudo que o sofrimento psíquico não se localiza em apenas uma região do cérebro, mas que engloba um ser múltiplo que apresenta outras áreas que podem interagir e serem afetadas, para além do corpo biológico exclusivo. Ademais, um entendimento para a multiplicidade das explicações trazidas pode ser a estratégia adotada pela família para lidar com sua realidade mórbida que se apresenta de distintas maneiras e evolui sem um padrão previsível (Moraski & Hildebrandt, 2005).

A partir dessas explicações trazidas, as famílias legitimam seu próprio cuidado para com o familiar, mostrando que são capazes e que podem cuidar de seu familiar, aliando atenção com os serviços de saúde; legitimam também o seu saber frente ao familiar, que é denominado de informal pela ciência que nomeia de leigos os conhecimentos adquiridos na vivência, entretanto, esses resultados nos ensinaram que as famílias também são especialistas no que fazem e no cuidado que dão, e que, por vezes, os profissionais de saúde ('reais' especialistas), desconhecem e demoram muito tempo para descobrir simplesmente por falta de diálogo com a família, interferindo diretamente no trato com o usuário; e, por fim, as famílias legitimam os cuidados informais, mostrando que eles ajudam e que, aliados com os cuidados formais, podem até ser resolutivos em suas vidas. Os múltiplos olhares dos familiares para a pessoa em sofrimento psíquico podem aproximar as famílias da noção de integralidade. As explicações dadas pelos familiares legitimam a necessidade de cuidado à pessoa, destacam que recursos no itinerário terapêutico podem ser considerados mais ou menos resolutivos na perspectiva da atenção integral à saúde. Segundo Venâncio de Siqueira, Holanda e Jardim Motta (2017, p.1399):

A integralidade na sua dimensão das práticas de saúde obriga a pensar o outro da relação de produção em saúde como o outro diferente do que somos. Uma diferença com potencial de criatividade e exercício de alteridade. Sendo assim, as relações com o outro passam a ser mediadas pelos diferentes olhares que atravessam a relação, podendo interferir no acesso e qualidade do cuidado prestado.

Por fim, uma questão para se refletir diz respeito ao fato de que famílias dos usuários, usuários e serviços de saúde são agentes importantes na construção e direcionamento dos itinerários terapêuticos, uma vez que eles são os principais responsáveis por essas escolhas que determinam o percurso que esses usuários seguirão. Acreditamos que os I.T. são um processo, uma construção social, ou seja, eles foram e são feitos, conjuntamente, em um movimento que nunca cessa, pelos próprios usuários, suas famílias e sua rede de suporte social.

Considerações finais

Este artigo visou identificar as explicações dadas por familiares de pessoas em sofrimento psíquico e com histórico de internação psiquiátrica a respeito do problema de saúde mental dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. Ao serem identificadas diferentes explicações e a possibilidade de múltiplas concepções sobre o sofrimento psíquico, avaliamos que o objetivo foi cumprido, apresentado e debatido ao longo do artigo. Como contribuição deste estudo destaca-se a concepção mais integral de saúde/doença dos familiares ao dirigirem um olhar capaz de envolver diferentes explicações sobre o sofrimento psíquico. Foram limitações dessa pesquisa sua realização em um único serviço e ter convidado para participar familiares que estavam no local aguardando atendimento para si ou para o usuário. Uma sugestão aos serviços é que considerem a necessidade de

maior abertura para conhecer as explicações dos familiares sobre o sofrimento psíquico tendo em vista que as mesmas podem subsidiar escolhas de formas e locais de cuidado ao usuário, são múltiplas e complexas, não podendo se encerrar em uma única resposta.

Referências

- Alves, P. C. B., & Souza, I. M. A. (1999). Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In M. C. M. Rabelo, P. C. B. Alves & I. M. A. Souza, (Org.), *Experiência de doença e narrativa* (p. 125-138). Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.
- Azevedo, D. M., & Gaudêncio, M. M. P. (2007). A esquizofrenia sob ótica familiar: discurso dos cuidadores. *Revista Nursing*, 10(11), 366-371.
- Biaggio, M. A., & Erdmann, A. L. (2011). Teoria fundamentada nos dados ou Grounded Theory e o uso na investigação em Enfermagem no Brasil. *Revista de Enfermagem*, 3(3), 177-188.
- Boris, G. D. J. B., & Cesídio, M. H. (2007). Mulher, corpo e subjetividade: uma análise desde o patriarcado à contemporaneidade. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 7(2), 451-478.
- Budini, C. R., & Cardoso, C. (2012). Concepções de doença mental por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. *Perspectiva*, 36(136), 143-154.
- Cabral, A. L. L. V., Martinez-Hemáez, A., Andrade, E. I. G., & Cherchiglia, M. L. (2011). Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4433-4442.
- Cirilo, L. S., & Oliveira Filho, P. (2008). Discursos de usuários de um centro de atenção psicossocial-CAPS e de seus familiares. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(2), 316-329.
- Covelo, B. S. R., & Badaró-Moreira, M. I. (2015). Laços entre família e serviços de saúde mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(55), 1133-1144.
- Follador, K. J. (2009). A mulher na visão do patriarcado brasileiro: uma herança ocidental. *Revista Fato & Versões*, 2(1), 3-16.
- Fontanella, B. J. B., Luchesi, B. M., Saidel, M. G. B., Ricas, J., Turato, E. R., & Melo, D. G. (2011). Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(2), 389-394.
- Iglesias, A., Quintanilha, B. C., & Avellar, L. Z. (2016). O sofrimento psíquico na percepção dos familiares. *Psicologia em Foco*, 6(1), 95-113.
- Martins, P. V., & Iriart, J. A. B. (2014). Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de hanseníase em Salvador, Bahia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(1), 273-289.
- Moraski, T. R., & Hildebrandt, L. M. (2005). As percepções de doença mental na ótica de familiares de pessoas psicóticas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 7(2), 195-206.

- Moreira, D. J., & Bosi, M. L. M. (2014). Considerações sobre itinerário terapêutico na rede de atenção psicossocial [trabalho completo]. In *Anais do 14º Seminário Internacional do Projeto Integralidade: Saberes e Práticas no Cotidiano das Instituições de Saúde* (p. 1-12). Porto Alegre, RS.
- Moreno, V. (2000). *Vivência do familiar da pessoa em sofrimento psiquiátrico* (Tese de Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- 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. A. O. (2003). Representação da doença mental pela família do paciente. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 7(12), 71-82.
- 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. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 3(1), 75-84.
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. (2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Rodrigues, L. L. S. M. (2007). *A representação social da doença mental: o olhar da família do portador de esquizofrenia* (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica e da Saúde). Universidade Jean Piaget de Cabo Verde, Cabo Verde.
- Schein, S., & Boeckel, M. G. (2009). *Sobrecarga familiar: cuidando de um membro com transtorno mental* (Trabalho de Conclusão de Curso em Psicologia). Faculdades Integradas de Taquara (Faccat), Gramado.
- Spadini, L. S., & Souza, M. C. B. M. (2004). A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(1), 123-127.
- Spink, M. J. P., & Lima, H. (1999). Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In M. J. P. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (p. 93-122). São Paulo, SP: Cortez.
- Tsu, T. (1993). *A internação e o drama das famílias*. São Paulo, SP: Editora da Universidade de São Paulo.
- Tsu, T. M. J. A. (1991). Vício e loucura: estudo de representações sociais de escolares sobre a doença mental através do uso de procedimento de desenhos-estórias com tema. *Boletim de Psicologia*, 41(94/95), 47-55.
- Tsu, T. M. J. A., & Tofolo, V. (1990). Concepções etiológicas de pacientes psiquiátricas. *Psicologia-USP*, 1(2), 155-166.

Venâncio de Siqueira, S. A., Hollanda, E., & Jardim Motta, J. I. (2017). Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (5), 1397-1406.

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

Recebido em 22/02/2018

Aceito em 30/08/2019

Nágilla Regina Saraiva Vieira: É psicóloga, mestra em Educação e especialista em Psicopedagogia pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

Renata Fabiana Pegoraro: Psicóloga, mestra e doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo – campus Ribeirão e concluiu estágio pós-doutoral em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.