



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Marcela Bruno de Carvalho Silva

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS CONSTRUÍDAS PELAS
FAMÍLIAS SOBRE O CUIDAR DO DOENTE MENTAL EM
DOMICÍLIO**

SALVADOR
2006

Marcela Bruno de Carvalho Silva

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS CONSTRUÍDAS PELAS
FAMÍLIAS SOBRE O CUIDAR DO DOENTE MENTAL EM
DOMICÍLIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra, área de concentração O Cuidar em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Dora Sadigursky

**SALVADOR
2006**

S586r Silva, Marcela Bruno de Carvalho

Representações sociais construídas pelas famílias sobre o cuidar do doente mental em domicílio/ Marcela Bruno de Carvalho Silva. Orientadora: Dora Sadigursky. – Salvador: 2006
121 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia – Escola de Enfermagem: Salvador, 2006

1. Representações Sociais – Família 2. Doente Mental – Família I. Título.

CDU 306.85

Marcela Bruno de Carvalho Silva

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS CONSTRUÍDAS PELAS
FAMÍLIAS SOBRE O CUIDAR DO DOENTE MENTAL EM
DOMICÍLIO**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, Escola de Enfermagem da
Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestre, área
de concentração O Cuidar em Enfermagem.**

Aprovada em 15 de fevereiro de 2006

BANCA EXAMINADORA

Dora Sadigursky_____

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Toyoko Saeki_____

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade de São Paulo

Enêde Andrade da Cruz_____

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

José Lucimar Tavares_____

Doutor em Enfermagem e Professor da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

À minha querida mãe, Maria Bruno, por sua dedicação, profundo amor e apoio, destinados a mim durante todo o período do Mestrado; por ser o exemplo e o referencial em tudo na minha vida.

A meu amoroso pai, Luiz Carlos, por ter sempre uma palavra de incentivo e de força, que me impulsionou para que meus objetivos fossem atingidos, além de ter sido meu consolo nos momentos mais difíceis desta caminhada.

A meu irmão Luiz Carlos Júnior, por estar ao meu lado, diariamente, trazendo-me alegria, companheirismo, nas madrugadas de estudo, quando precisei ficar acordada, e por seu amor, por mim, sempre incondicional.

À minha pequena irmã, Ana Izabel, por ser a luz na minha vida, meu motivo para sorrir, por me proporcionar momentos inesquecíveis.

AGRADECIMENTOS

A Deus e às boas energias espirituais que sempre me envolveram, confortaram e abençoaram, permitindo a conclusão deste sonho.

À minha orientadora, em especial, Prof^a Dr^a Dora Sadigursky, por abrir-me portas e iluminar meus caminhos, na construção da minha pesquisa, por sua confiança e incansável estímulo, e, principalmente, pela compreensão nos momentos em que mais precisei.

Às minhas colegas de Mestrado, que sempre estiveram por perto, proporcionando-me momentos de descontração, que tornaram este estudo menos árduo. Agradeço, de modo especial, as minhas companheiras Moelisa, Raymeire, Simone, Taís, Eva, Eliana e Jaqueline, por me receberem sempre com um sorriso e de braços abertos.

A meus grandes amigos, Fernanda Camelo, Márcio, Livia e Sabrina, pelo apoio, mesmo distante, pelos telefonemas e mensagens, que tornaram meus momentos tristes rápidos e suportáveis.

A minha família maravilhosa, em especial à minha Tia Iolanda, minhas primas: Fernanda e Brunna e aos meu avós Argemiro e Matildes.

RESUMO

A assistência ao portador de transtorno mental tem sido constantemente modificada ao longo da história. Desde a exclusão destes pacientes pela sociedade, onde eram trancafiados em porões ou isolados em locais sem as condições mínimas necessárias para sua sobrevivência, passando pela fase da medicalização da loucura, com a criação dos hospícios e dos fármacos psicotrópicos, até a atual fase da reforma psiquiátrica, em que se busca a integração do doente mental na sociedade e, principalmente, dentro de casa, com a família. Estudar esta temática é de extrema relevância para que se possa prestar uma assistência eficaz às famílias. O objeto deste estudo é, portanto, as representações sociais construídas pela família sobre o cuidar do doente mental em domicílio, e traz como objetivos apreender as representações sociais construídas pela família sobre o cuidar do doente mental em domicílio e explorar estas representações. Trata-se de uma pesquisa exploratória que aborda aspectos quantitativos e qualitativos, orientada pela Teoria das Representações Sociais. O campo de estudo foi o Centro de Saúde Mental Prof. Aristides Novis, na cidade de Salvador-BA; os sujeitos da pesquisa foram familiares que cuidam de doentes mentais em casa. Os dados foram coletados através de 100 sujeitos, e a coleta deu-se por meio de entrevista semi-estruturada do teste de associação livre de palavras. Os dados foram analisados através da Análise de Conteúdo Categorical Temática de Bardin (entrevistas) e da Análise Fatorial de Correspondência, através do *software* Tri-Deux-Mots, (testes de associação livre de palavras). A análise de conteúdo revelou quatro categorias: 1) descrições das manifestações sobre o cuidar do doente mental em domicílio (com as subcategorias: relacionais, socioeconômicas, psicossociais, explicativas/justificadoras); 2) implicações do cuidar (tendo como subcategorias: desestruturação familiar, restrição de liberdade, desgaste físico/psíquico); 3) atitudes frente ao cuidar (e as subcategorias: favorável e desfavorável); e 4) crenças (relacionadas à fé e à religiosidade). A partir destas categorias (e subcategorias), pôde-se apreender as dificuldades e sentimentos dos familiares cuidadores de doentes mentais em casa. Na análise fatorial de correspondência, objetivaram-se, por meio dos estímulos *doença mental* e *cuidar de um doente mental*, palavras como *atenção, dor, adoecer, agressão, desequilíbrio, acompanhar, asseio*, o que demonstrou que cuidar de um portador de transtorno mental constitui uma tarefa difícil e que causa sofrimento à família. Os resultados da análise de conteúdo e da análise fatorial foram convergentes e apontaram que as representações sociais do cuidar do doente mental pela família em domicílio ancoram-se em questões psicológicas, socioeconômicas e fisiológicas, e ocasionam sentimentos, tais como: medo, angústia e insegurança, bem como as dificuldades financeiras causadas pela improdutividade do doente mental, além das questões de desgaste físico nas quais os cuidadores demonstram cansaço e desgaste com a obrigação do cuidar diário. Os objetivos do estudo foram atingidos e alertaram para a necessidade de se prestar uma assistência, não só ao portador de transtorno mental, mas também à família que com ele convive, para que esta receba suporte e orientação no cuidar, evitando-se, ou pelo menos, amenizando-se os efeitos deste convívio, tornando-o menos cansativo e desgastante.

PALAVRAS-CHAVES: Representação social. Cuidar. Doente mental. Domicílio.

ABSTRACT

The form of taking care of a bearer of mental disorder has constantly been changed throughout history. From the exclusion of these patients by the society, where they were locked in basements or isolated in places without the least necessary conditions for survival, going through the madness medication phase, with the creation of hospices and of pharmacopsychotropic drugs, until the current phase of the psychiatric reform, which attempts the integration of the mental patient in the society and, mainly, at home, with the family. The phenomenon of taking care of an individual with mental disorder, at home, brings countless obstacles and difficulties to the family. Studying this thematic is of extreme relevance so that effective help may be given to families. The object of this study is, therefore, the social representations built by family on taking care of the mental patient at home and it brings as its goals: to apprehend the social representations built by the family on taking care of the mental patient at home, to analyze the aspects that influence taking care of them. It is an exploratory research that approaches quantitative and qualitative aspects and it is guided by the Theory of the Social Representations. The study field was the Center of Mental Health Prof Aristides Novis, in the city of Salvador - Bahia, the subject of the research were people who take care of mentally ill ones at home. The data were collected from 100 subjects and the collection was carried out through semi-structured interviews and the word free association test. They were analyzed through Barden's Thematic Category Content Analysis (interviews) and through Correspondence Factorial Analysis, by the software Tri-Deux-Mots, (word free association tests). The content analysis revealed four categories: 1) description of the manifestations on taking care of the mental patient at home (with the subcategories: relational, socioeconomic, psychosocial, explanatory/justificatory), 2) consequences of taking care of them (being subcategories: family breakup, freedom restriction, physical/psychic wear out), 3) positioning towards taking care of them (and the subcategories: favorable and unfavorable) and 4) beliefs (related to the faith and religiosity). From these categories (and subcategories) the difficulties and feelings of the relatives taking care of mentally ill people at home were apprehended. In the factorial analysis of correspondence, through the stimuli *mental disease and taking care of a mental patient*, words like *attention, pain, get sick, aggression, unbalance, to accompany, cleanliness* were aimed at, what demonstrated that taking care of a bearer of mental disorder is in itself a hard task and that it causes suffering to the family. The results of the content analysis and of the factorial analysis were convergent and they pointed that the social representations of taking care of the mental patient by the family at home is not an easy task and they are anchored upon psychological, socioeconomic and physiologic matters, and they aim at feelings as fear, anguish and insecurity, as well as the financial hardships caused by the unproductiveness of the mental patient, besides the matters of physical waste in which the caretakers appear tired and worn out by the obligation of taking care of the patient daily. The objectives of the study were reached and they alerted to the need for giving aid, not only to the bearer of mental disorder, but also, to the family that lives together with him or her, so that they may receive support and guidance as to taking care of them, thus avoiding, or at least, making the effects of this living less tough and making it less tiresome and stressful.

KEYWORDS: Social Representation, Taking Care, Mentally Ill, Home.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
2.1	A história da psiquiatria: da institucionalização da loucura ao processo de desinstitucionalização da doença/doente mental	17
2.2	A reforma psiquiátrica brasileira	26
2.3	A família e o cuidar do doente mental	32
2.4	O cuidar do doente mental no domicílio e as representações sociais	37
3	METODOLOGIA	42
3.1	Tipo de estudo	42
3.2	Campo de investigação	43
3.3	Sujeitos do estudo	44
3.4	Instrumentos e procedimentos de coleta de dados	46
3.4.1	Entrevista semi-estruturada	47
3.4.2	Teste de associação livre de palavras	48
3.5	Técnicas de análise de dados	48
4	ANÁLISE, DISCUSSÃO E RESULTADOS	53
4.1	O cuidar do doente mental pela família em domicílio como conhecimento socialmente elaborado e partilhado	54
4.2	Campo de representação ou imagem do cuidar do doente mental pela família em domicílio	76
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
	REFERÊNCIAS	91
	APÊNDICES	97
	ANEXOS	118

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1	Plano de análise de conteúdo categorial temático	49
Figura 2	Descrições das manifestações sobre o cuidar	56
Figura 3	Implicações do cuidar	66
Figura 4	Atitudes frente ao cuidar	71
Figura 5	Crenças religiosas	76

GRÁFICO

Gráfico 1	Representação gráfica do plano fatorial sobre o cuidar do doente mental em domicílio pela família	78
-----------	---	----

QUADROS

Quadro 1	Perfil dos sujeitos a partir das variáveis sociodemográficas	46
Quadro 2	Codificação das Variáveis Fixas.....	51
Quadro 3	Distribuição das categorias e subcategorias temáticas	55
Quadro 4	Distribuição das modalidades que contribuíram para formação dos fatores 1 e 2 e sua respectiva freqüência (f) diante das duas palavras indutoras	84

TABELAS

Tabela 1	Distribuição das unidades de análise temáticas e percentuais das subcategorias referentes às descrições das manifestações do cuidar do doente mental em casa. Salvador, 2005	57
Tabela 2	Distribuição das unidades de análise temáticas e percentuais das subcategorias referentes às implicações relacionadas ao cuidar do doente mental em casa. Salvador, 2005	67
Tabela 3	Distribuição das unidades de análise temáticas e percentuais das subcategoria referentes às atitudes frente ao cuidar do doente mental em casa. Salvador, 2005..	73

1 INTRODUÇÃO

As políticas de saúde mental no Brasil têm sua qualidade questionada ao longo da história pelos profissionais, familiares e usuários, principalmente no que se refere à forma de tratamento e dos cuidados prestados às pessoas portadoras de transtorno mental. Observa-se, ainda, na atualidade, a violação dos direitos humanos e de cidadania, visto que o paciente portador de enfermidade mental encontra-se condenado ao isolamento e aos maus-tratos dentro dos hospitais psiquiátricos, além de sofrerem, constantemente, preconceitos e discriminação por parte das comunidades nas quais estão inseridos.

Na concepção de Soares (2002), a sociedade ainda não aprendeu a conviver com o inesperado, com o diferente dos padrões, e observa, nos indivíduos com transtornos mentais, uma constante ameaça à sociedade. Sendo assim, os doentes mentais foram levados à institucionalização como uma forma de isolá-los do convívio com as pessoas normais e de libertar a sociedade deste “incômodo”.

De acordo com a história da psiquiatria, ocorreram inúmeros movimentos na Europa, entre os anos 1950 e 1960, que visavam combater os internamentos hospitalares e o modelo hospitalocêntrico. Esses movimentos serviram como influência ao processo de desinstitucionalização psiquiátrica no mundo e, também, no Brasil (SOARES, 2002).

A reforma psiquiátrica brasileira, que era baseada no Decreto-Lei de Paulo Delgado, em 1989, buscava, em especial, desestimular a internação de doentes mentais, visando assim a desinstitucionalização, argumentando que os hospitais psiquiátricos não exerciam a função terapêutica adequada, e, devido a isso, deveriam ser utilizados, apenas, como último recurso de tratamento (RUSSO, 1999).

Atualmente, existe a lei 10216 (06/04/2001), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Com a implantação da política de desinstitucionalização e com o processo de ressocialização do doente mental, a família passou a ter importante papel na assistência psiquiátrica, tornando-se, deste modo, um dos pilares de sustentação dos programas de saúde mental.

A sobrecarga causada pelo convívio contínuo com o paciente portador de transtorno mental, segundo Mello (1997), acaba por desestruturar o grupo familiar, no que diz respeito à vida social, ao lazer, a relação com os outros membros da família, à rotina doméstica, aos problemas financeiros que tal convívio acarreta, entre outros fatores que interferem no cotidiano dos familiares.

Sendo assim, é relevante compreender que, quase sempre, os familiares encontram-se despreparados para contornar essas dificuldades.

No entanto, não obstante este fato, sentem-se obrigados a enfrentar um penoso processo de adaptação e aceitação do paciente portador de transtorno mental em domicílio. No que se refere a esses problemas, a família encontra-se despreparada para cuidar e conviver com um membro da família acometido de sofrimento psíquico e o cuidar torna-se uma tarefa árdua e difícil.

Nesse sentido, observa-se que ao descobrir a enfermidade mental de um de seus membros, a família passa por um processo de desorganização para depois tentar reorganizar-se. Porém, muitas vezes, não consegue reestruturar-se para prestar assistência adequada, encontrando inúmeras barreiras para o cuidado e tratamento necessários ao seu membro no restabelecimento de sua saúde.

Em muitos casos, a família possui conhecimentos restritos em relação à patologia e ao cuidado específico que deve prestar ao paciente, o que reduz as chances de sua recuperação, já que este depende quase que inteiramente de seus familiares para a realização de tarefas consideradas rotineiras, assim como para a sua reintegração social.

Neste sentido, Keys e Hofling (1997) colocam que é desumano e fastidioso uma pessoa não poder ser independente e manejar sua própria existência, tendo assim que depender de outras pessoas para satisfazer suas necessidades vitais.

É relevante compreender que todo portador de doença mental precisa de cuidados. Cuidados que deverão proporcionar qualidade de vida ao indivíduo. Assim, cuidar é mais que um ato, é uma atitude e abrange mais do que um momento de atenção, zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 1999).

O modo de ser e agir de uma família que vivencia a doença mental, em um de seus membros, manifesta-se ao emergir sentimentos de angústia e de sofrimento. Diante de tal situação, a família pode encontrar-se incapacitada para facilitar o crescimento e o desenvolvimento do paciente, bem como de reconhecer, valorizar e conciliar as diferenças entre o familiar enfermo e os demais.

O interesse da autora, deste estudo, pelo tema em questão iniciou-se durante a experiência como acadêmica e monitora da disciplina Enfermagem em Saúde Mental, quando tive a oportunidade de observar e constatar a dificuldade que as famílias de portadores de doença mental têm para aceitar e dar assistência a esses pacientes. Neste sentido, muitos eram abandonados nas instituições psiquiátricas, mesmo após estarem com um quadro clínico estável/controlado.

Apesar da tentativa de conscientização da família por parte da equipe de saúde, para que esta assumisse o cuidado ao paciente portador de transtorno mental, a família criava grande resistência ao convívio com o paciente dentro de casa, voltando a reinterná-lo em outras instituições para livrar-se deste fardo.

Diante do contexto em que se insere a família no cuidar do doente mental em domicílio, tornou-se necessário abordar os aspectos psicossociais desta família, a fim de despertar-se para questionamentos e reflexões que priorizam as representações sociais do cuidar do doente mental, visto que as famílias encontram-se, ainda, despreparadas para cuidar do ente portador de transtorno mental, em casa, e isto vem causando sofrimento, medo e dificuldade para lidar com o doente mental.

A situação-problema refletida no presente estudo relaciona-se ao despreparo das famílias de portadores de transtornos mentais para cuidar destes pacientes em domicílio, visto que a família é parte fundamental no processo de ressocialização deste paciente.

Considera-se importante o posicionamento da família frente aos motivos que as levam ao medo e a não aceitação por completo da presença do portador de transtorno mental em domicílio.

Neste contexto, visando analisar tais aspectos, ancorou-se este estudo na Teoria das Representações Sociais, que, de acordo com Moscovici (2005), vai além dos fatos de instituição, da coleta das ideologias e dos documentos, interessa-se por crenças e pelo modesto cotidiano do pensamento e do sentimento. Logo, o que esta teoria atinge não é algo excepcional ou sistemático, mas antes a banalidade, e o que não nos chama a atenção é o fato anônimo ao qual ninguém se detém.

As representações sociais, segundo Jodelet (2001), são o conhecimento do senso comum ou, ainda, o saber ingênuo, natural, que é tido como um objeto de estudo legítimo

devido sua importância na vida social e à elucidação possibilitadora dos processos cognitivos e das interações sociais.

Jodelet (1989) evoca que as representações sociais são o produto e o processo de uma atividade externa ao pensamento e de elaboração psicológica e social desta realidade. Neste sentido, há uma relação estabelecida entre um conteúdo (que inclui imagens, opiniões, informações) relacionado a um objeto a partir de um sujeito.

Desse modo, o fenômeno das representações sociais é construído por meio de universos consensuais de pensamento, onde os objetos de pesquisa que deles se derivam são um universo retificado da ciência. Desta forma, os fenômenos sociais são mais complexos que os objetos de pesquisa que construímos a partir deles, isso quer dizer que há uma simplificação. Podemos afirmar, então, que a construção do objeto de pesquisa é um processo pelo qual o fenômeno de representação social é simplificado e tornado compreensível pela teoria para a finalidade da pesquisa (SÁ, 1996).

Na concepção desse autor, primeiro deve-se enunciar exatamente o objeto da representação a ser considerado para que não haja uma “contaminação” pelas representações de objetos próximos a ele. Em seguida, decidir quais serão os sujeitos (grupos, populações); e, logo após, deve-se decidir quanto do contexto sociocultural e de que natureza deve-se levar em consideração.

A representação dada pelo sujeito de uma pesquisa sobre um determinado objeto deve ser efetivamente praticada e não apenas suposta, isto é, deve ser detectado em comportamentos e comunicações que, de fato, ocorreram sistematicamente. Sob este aspecto, o fenômeno social do cuidar de um doente mental em domicílio envolve uma série de representações que estão disseminadas na cultura, nas instituições, nas práticas sociais, nas comunicações interpessoais e de massa, como também nos pensamentos individuais (SÁ, 1996).

A questão da doença mental é colocada frente às abordagens sucessivas daquilo em que incide a doença e daquilo pelo qual ela advém, e emerge, da incessante afirmação de que ela “está ali” “no” doente. Quem convive com o doente mental vê a doença mental como uma construção bipolarizada em torno do cérebro e dos nervos, como uma doença que limita (JODELET, 2005).

Após observar a convivência do indivíduo com transtorno mental no cotidiano domiciliar, pôde-se verificar a dificuldade dos integrantes do domicílio em lidar com tal indivíduo, apesar de estes demonstrarem saber que se trata de um problema, de uma doença.

Deste modo, durante a experiência na graduação, pôde ser percebido que tal convivência é um fenômeno social; e partindo desta constatação, procurou-se delimitar, como sujeitos deste estudo, a família do doente mental, devido ao fato de ser esta a população que vivencia tal fenômeno. Sendo assim, para responder aos questionamentos exigidos sobre o convívio dos familiares com aqueles que são mentalmente incapacitados, determinou-se como objeto de estudo as representações sociais construídas pelas famílias sobre o cuidar do doente mental em domicílio.

Partindo então do interesse de estudar “o cuidar do doente mental pela família” sob a ótica das representações sociais, alguns questionamentos são relevantes:

- Quais as representações sociais do cuidar do doente mental em domicílio construídas pela família?
- Quais são os aspectos capazes de influenciar esse cuidar?

Ao buscar-se solucionar tais questionamentos, foram colocados como objetivos deste estudo: Apreender as representações sociais construídas pela família sobre o cuidar do doente mental em domicílio e analisar as representações sociais apreendidas que influenciam o cuidar do doente mental no domicílio.

É importante esclarecer que a utilização das representações sociais para nortear essa pesquisa trouxe novas contribuições em relação ao cuidado prestado pela família ao doente mental, em domicílio, bem como ao suporte que esta família necessita receber, para dar um cuidado mais adequado a este paciente; pois de acordo com as representações sociais é possível detectar aspectos que nem sempre se exteriorizam, mas que influenciam, consideravelmente, a forma como a família lida com a questão do cuidar do portador de transtorno mental.

A relevância deste estudo tornou-se nítida ao observar-se que a desinstitucionalização do doente mental tem como base e suporte a família; entretanto, esta também precisa de acompanhamento e assistência por parte dos serviços de saúde. Para que esta assistência seja bem elaborada e torne-se satisfatória, é notória a necessidade de apreender as representações do cuidar dos doentes mentais na concepção destas famílias, posto que, ao fazer isso, será possível atingir as raízes da questão, dentro do seu contexto sociocultural, além de proporcionar a oportunidade do conhecimento do senso comum para melhor elaboração de um plano de assistência à família do indivíduo portador de transtorno mental.

2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 A história da psiquiatria: da institucionalização da loucura ao processo de desinstitucionalização da doença / doente mental

A chamada “loucura”¹ pode ser considerada um fenômeno social, que, ao longo da história da civilização humana, foi sofrendo modificações na sua interpretação e na forma como era vista em determinado contexto social. O que é perceptível, no entanto, na história da loucura é que a sociedade que excluía os indivíduos portadores da doença mental era a mesma sociedade que nunca desistiu de tentar entendê-la.

Os doentes mentais, ao longo da história, foram considerados como não cidadãos, incapazes de interagir e de produzir economicamente, significando um peso à sociedade, por representarem uma ameaça que deve ser excluída do contexto social. No enfoque da doença mental, o que é considerado crucial é a exclusão moral observada até os dias atuais (SOARES, 2002).

Entende-se que desde as civilizações antigas, sempre existiram excluídos, quer seja por doenças mentais, velhice, doenças degenerativas, quer seja deficiência física, dentre outros. Da mesma forma, as sociedades ao longo dos tempos buscaram incessantemente uma maneira de isolar essas pessoas do convívio social.

Cuadra e Apalategui (1991) afirmam que a importância das civilizações antigas no desenvolvimento da psiquiatria aparece na origem das primeiras concepções psicológicas sistematizadas e precisas. Contudo, a cultura da Grécia Antiga e a cultura romana partem de uma concepção mais organicista da enfermidade e da loucura. No pensamento popular

¹ De acordo com o Dicionário Aurélio, esse termo significa estado ou condição de louco (que perdeu a razão); insanidade mental (FERREIRA, 1986).

continuava a atribuição de critérios sobrenaturais à loucura, e os tratamentos davam-se através de rituais de purificação.

Esses autores, também, sugerem que a Idade Média foi um período difícil, podendo ser situado entre a queda do Império Romano e o Renascimento. Durante este período, houve o retorno das práticas de magia, do curandeirismo e da bruxaria; e, ainda, o aumento do poder da Igreja, onde as sessões de exorcismo, na intenção de retirar o demônio do corpo dos possuídos, e as sentenças de morte na fogueira, eram constantes. Nesta perspectiva, a doença mental não tinha uma identidade própria, os loucos eram perseguidos como transgressores da lei.

De acordo com Luis (2000), ainda na Idade Média, teve início a construção de inúmeros asilos para abrigar velhos, peregrinos, enfermos, pobres, inválidos e enjeitados de toda a sorte, entre eles os loucos. Entretanto, o cuidado destinado a estes indivíduos era visto de forma caritativa, considerado um trabalho santo.

Os grandes asilos foram o marco na história da doença mental; de acordo com Soares (2002), os asilos foram o principal meio de exclusão encontrado pela sociedade para manter distante “os indesejáveis”, para controlar uma doença que assustava e que não se podia entender.

As práticas de institucionalização, utilizadas em todo período da Idade Média, vão consolidar-se no asilo, modelo de exclusão que aparecerá nos anos subsequentes, como um meio encontrado para solucionar os problemas gerados por indivíduos portadores de doenças, como loucura e doenças infecciosas transmissíveis, entre elas, a hanseníase. (ORNELLAS apud LUIS, 2000 p. 16).

Em meados do século XV, durante a inquisição, milhares de pessoas portadoras de doença mental foram condenadas à morte e queimadas vivas em fogueiras. Os homens e as mulheres doentes mentais eram considerados pela Igreja, respectivamente, feiticeiros e bruxas que precisavam ser exorcizados (WILSON, 1969).

Por sua vez, ainda no século XV, Alexander e Selesnick (1980) referem que o movimento humanístico deu origem ao Renascimento. Deste modo, ao surgir o Renascimento, foram dados os primeiros passos das civilizações ocidentais em direção ao entendimento da psiquiatria de forma mais realista, após grande período de ignorância Medieval. Entretanto, mesmo com as mudanças na forma de encarar a doença mental, ainda era forte a influência das crenças populares que correlacionavam a loucura a fatores místicos e sobrenaturais.

Cuadra e Apalategui (1991) colocam que, durante o Renascimento, influências árabes juntamente com alguns princípios aristotélicos contribuíram para que se tivesse uma visão mais realista da natureza humana, com destaque para a unidade corpo-mente e os fundamentos biológicos da psicologia. Ressaltam, ainda, que a doença mental era considerada uma doença somática atribuída a uma utilização deficiente da razão.

Os autores afirmam que, no século XVI, apesar das importantes mudanças que ocorreram na contextualização da doença mental, a assistência aos menos afortunados e aos loucos permanecia nas mãos da Igreja que proporcionou a criação de várias ordens asilares e hospitais importantes. Assim, ocorreu a criação do primeiro manicômio do mundo, em Valencia; paralelamente foi fundado o Hospital de Belém, na Inglaterra, conhecido, principalmente pela assistência desumana e pelos maus-tratos aos internos.

Segundo Foucault (1975), no século XVII, as pessoas que tinham dívidas com a lei foram excluídas no mesmo processo de pobres, velhos, inválidos, mendigos e loucos; neste contexto, as referidas pessoas eram punidas com o trabalho forçado no intuito de corrigir os vícios e pecados da ociosidade. Ainda em meados desse século, surgiram os asilos exclusivos para o tratamento dos loucos e a Medicina foi, definitivamente, inserida, para tratar, de forma vigilante, os delírios dos doentes.

Ainda no século XVII, de acordo com Cuadra e Apalategui (1991), os doentes mentais eram marginalizados e repudiados pela sociedade; e, esta, com intuito de educar moralmente os loucos e demais excluídos, realizou movimentos de criação de casas de correção e reformatórios, dando origem a um movimento asilar que buscava, principalmente, retirar os pacientes acometidos por transtornos mentais do convívio social.

Juntamente com o modelo asilar apareceram outras tendências contrárias a esse processo. Uma dessas tendências surge das idéias de Conolly, de que a loucura é uma perturbação do cérebro provocada pelo desequilíbrio da saúde corporal, da alimentação e da educação como exercício do espírito, sendo o tratamento direcionado à correção destes desequilíbrios. Este pensamento fundamentou, posteriormente, a medicina psicossomática (CUADRA; APALATEGUI, 1991).

De acordo com Oliveira e Alessi (2003), a loucura, no século XVII, foi inscrita na *desrazão* e estabeleceu ligações com o universo da marginalidade social.

O século XVII marca um tempo de silêncio da loucura, do qual não conseguiu sair por um longo período. O louco, na época, por ter sido agrupado juntamente com vagabundos, libertinos e criminosos, formou laços de parentesco que não se romperam, mas permaneceram nas representações sociais e no imaginário coletivo. A loucura estabeleceu um parentesco, com culpas morais e sociais, que parece longe de ser rompido, contribuindo para o processo de estigmatização do louco. (OLIVEIRA; ALESSI 2003, p. 28).

Segundo Jacobina (2000), no século XVIII, com a Revolução Industrial, houve grandes e importantes transformações na vida das sociedades, as atenções se voltaram ao processo produtivo e, com isso, os doentes mentais passaram a ser vistos e enquadrados em dois grupos: os capazes de produzir (produtivos) e os incapazes de produzir (improdutivos).

Oliveira e Alessi (2003) comentam que, nesse período, os loucos passaram a ser percebidos como um desperdício da força de trabalho. Desta forma, aqueles que foram institucionalizados junto com os loucos (libertinos, pobres e demais excluídos) foram postos

em liberdade, com exceção dos criminosos e dos próprios loucos que, a partir daí, passaram a ter um espaço específico e a ser de responsabilidade da Medicina.

Em meados do século XVIII, a loucura passa a ser vista não só como a perda da razão, mas sim como a total desconexão com a essência da natureza humana. Isto fez com que os loucos fossem diferenciados dos demais excluídos e passassem a ocupar um lugar determinado na ordem social (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

No final do século XVIII, Resende (1987) afirma que, com as idéias advindas do Iluminismo e da Revolução Francesa, houve um crescimento significativo dos movimentos de denúncia contra as internações arbitrárias, nas quais, eram colocados os doentes mentais, com todos os tipos de excluídos sociais, além de sofrerem com os tratamentos que os submetiam à tortura indiscriminada.

Neste contexto, surge Philippe Pinel,² que, segundo Jorge et al (2003), compreende a loucura como uma disfunção do sistema nervoso, onde os sintomas foram classificados como: mania, melancolia, demência e idiotismo. As causas seriam de ordem física e moral, incluindo-se até as paixões intensas e exageradas.

Segundo Luis (2000), Pinel introduziu a psiquiatria no campo das especialidades médicas e não considerava as causas de ordem física como fatores desencadeantes da doença mental. Pinel visava sanar a “desordem intelectual”, através da observação demorada, buscando identificar lesões “da vontade ou juízo” e, por meio dessa observação, estabelecer o quadro clínico do paciente. Neste contexto, ele coloca a instituição hospitalar como fator de extrema importância no diagnóstico e tratamento dos doentes mentais.

² Philippe Pinel, médico francês pioneiro no tratamento de doentes mentais, considerado o pai da Psiquiatria, passou a se interessar pela Psiquiatria em meados de 1780, e iniciou o tratamento com doentes mentais por volta de 1786. Publicou trabalhos direcionados às doenças mentais, sendo em *Traité médico-philosophique sur l'alienation mentale(1801)* sua obra considerada mais importante (JORGE, et al, 2003).

Ainda, de acordo com este autor, Pinel estabeleceu as causas da loucura, como sendo de ordem educacional relacionada aos hábitos de vida daquele doente (estilo de vida); e introduziu, com isso, a visão moralista da loucura, na qual o tratamento deveria ser baseado na mudança de costumes do sujeito portador da patologia mental; ou seja, este deveria ser enquadrado dentro dos padrões considerados normais pelas regras sociais (moralizado).

Desta forma, a loucura ganha o status de alienação mental, em que a alienação não significa a perda total da razão, apenas a perda parcial. Neste caso, o gesto de Pinel de desacorrentar os loucos não era no sentido de retirá-los das instituições, mas sim de dar-lhes o tratamento adequado e a possibilidade da cura, que, no seu entendimento, era um retorno ao mundo dos "normais" (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

As correntes dos alienados quebradas por Pinel liberam o louco da superstição e da delinquência permitindo à psiquiatria, ao diferenciar a subjetividade do doente, criar o objeto que lhe pertence: a instituição psiquiátrica, com a função de “refúgio e proteção” do enfermo e de “laboratórios”, uma vez que é este local que ele se transforma em objeto das primeiras investigações. (LUIS, 2000 p. 19).

De acordo com Soares (2002), no século XIX, inicia-se a medicalização da loucura e, com isso, a composição da prática médica psiquiátrica. Entretanto, ainda eram utilizadas técnicas arcaicas de tratamento, como, por exemplo, a prática de girar o paciente em momentos de delírios até que este desmaiasse.

Entendemos, que a medicalização teve grande impacto no cenário da psiquiatria mundial, porque, a partir dela, podem ser desenvolvidas técnicas hospitalares de cuidado ao doente mental. A instituição asilar passou a ser indispensável no tratamento de doentes, pois os afastava de tudo que, teoricamente, lhes provocava alienação (a sociedade, a família, os amigos), além de ser um local moralmente correto, coordenado por leis, obrigações e restrições, e que levaria a cura aos alienados (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

O século XIX é o momento em que a doença mental passa do enclausuramento moral ao enclausuramento médico, ou seja, os doentes

mentais aprisionados nos porões dos asilos tornam-se, também, prisioneiros de sua própria alma; médicos com a arma do saber oferecem à loucura o status de doença psicopatológica. Excluídos nos hospitais, agora se encontram presos no interior dos seus delírios, corpo e alma; tudo em nome de uma significação psicológica. (SOARES, 2002, p. 38).

No século XX, Freud (1856 – 1939) torna-se responsável por um método de exploração do inconsciente denominado de psicanálise, uma nova teoria sobre o funcionamento da mente. O trabalho de Freud teve um caráter revolucionário em relação à forma como a loucura era vista. Apesar de Freud não ter mudado a presente superioridade do médico em relação ao doente, ele alterou o tratamento dado a este, na medida em que foi dada “voz” a esse indivíduo (LUIS, 2000).

No período pós-guerras (1ª e 2ª guerras mundiais), quando estava ocorrendo a reestruturação de muitos países europeus, a psiquiatria tornou-se foco de discussões em relação ao tratamento prestado aos doentes mentais no ambiente asilar. Com isso, surgiram no mundo, importantes movimentos psiquiátricos que auxiliaram a transformação na forma de assistência prestada aos alienados.

O primeiro destes movimentos, conhecido como Comunidade Terapêutica, surgiu em 1946, e desenvolveu-se na Inglaterra a partir de 1950, com Maxwell Jones. A Comunidade Terapêutica baseava-se em uma série de experiências, por meio de terapias de grupos, realizadas dentro das instituições, no intuito de transformar a dinâmica institucional e os métodos socioterapêuticos de tratamento aos doentes mentais. Além de proporcionar, aos pacientes, a fuga da ociosidade (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Segundo as autoras supramencionadas, no início da década de 1950, originou-se na França a chamada Psicoterapia Institucional, que visava à transformação do ambiente hospitalar em ambiente terapêutico. Este movimento tinha como enfoque, a cura de doentes a partir de modificações no funcionamento do manicômio, de tal forma que o local deveria ser menos alienante possível para promover a recuperação do doente.

Com a Psicoterapia Institucional, foi criado o Hospital Saint-Alban por François Tosquelles e seus seguidores. Esse hospital tornou-se, rapidamente, um espaço para abrigar militantes, surrealistas e freudianos, e foi transformado em um cenário de lutas contra a segregação manicomial. A instituição deveria, portanto, ter um caráter menos hierarquizado possível nas relações psiquiatra-enfermeiro, enfermeiro-pacientes, isto é, deveria haver uma maior horizontalidade nas relações intramuros (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Entendemos, com isso, que a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional serviram para demonstrar que as instituições manicomiais necessitavam de modificações no seu funcionamento. E que apesar de serem estas tentativas de transformação restritas ao sistema intrainstitucional para o tratamento dos alienados, tais movimentos serviram como influência inicial para outros movimentos importantes no processo de desinstitucionalização do doente mental.

No século XX, houve uma evolução da Medicina com a introdução de novas formas de tratamento destinadas aos doentes mentais, também pelo surgimento dos chamados psicotrópicos, grandes aliados na contenção e no controle do comportamento dos chamados loucos. A contenção através de psicofármacos ocorre, principalmente, após a Segunda Guerra Mundial, nos anos 1950. Essa forma de tratamento medicamentoso torna-se um importante aliado da medicina atual (SOARES, 2002).

Surge, ainda, na França, a chamada Psiquiatria de Setor, em 1960, que tinha como objetivo o tratamento dos pacientes fora do ambiente hospitalar, na área de abrangência onde morava o doente e dentro do convívio social. Esta política de setor contava com uma equipe multiprofissional e foi adotada como modelo psiquiátrico do país (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Ainda em 1960, e de acordo com as autoras, nos Estados Unidos, com o provável objetivo de diminuir os custos hospitalares com pacientes psiquiátricos, surgiu um movimento

denominado Psiquiatria Preventiva ou Comunitária. Este, assim como a Psiquiatria de Setor, foi um movimento que convergiu para a desinstitucionalização dos portadores de doença mental. A Psiquiatria Preventiva enfatizava que existiam indivíduos mais e menos adaptados à vida social, e que era a partir da crise³ que se podia iniciar uma intervenção junto ao indivíduo para promover sua saúde mental. Portanto, a doença mental toma características de desadaptação à vida social.

Na Inglaterra, também nos anos 1960, surgiu a Antipsiquiatria, um movimento que buscava romper com o modelo assistencial predominante e com a medicalização da doença mental. Este movimento fez várias críticas à instituição psiquiátrica, considerando que, a forma de tratamento asilar tornava crônico o doente. Além disso, a Antipsiquiatria foi o primeiro movimento a questionar as estruturas sociais, em especial, a família, que passou a ser vista como núcleo gerador da loucura (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Nesta mesma década, inicia-se, na Itália, um grande movimento coordenado por Franco Basaglia e sua equipe, que objetivava romper com o paradigma da institucionalização, além de buscar a aceitação social da loucura e admitir as diferenças entre os indivíduos no intuito de proporcionar-lhes o direito real ao cuidado (AMARANTE, 1994).

Conforme Sadigursky (1997), na busca de uma nova forma de lidar com os doentes mentais, através da defesa dos direitos civis destes doentes e da avaliação da conduta médica, surgiu, em 1973, na Itália, com Basaglia, a chamada Psiquiatria Democrática, que objetivava demonstrar a falência do sistema asilar e a necessidade de mudança na forma de tratamento do doente mental.

O movimento da Psiquiatria Democrática, juntamente com usuários dos serviços de saúde mental, familiares, profissionais, políticos e, até mesmo, a comunidade em geral criaram condições para a Reforma Psiquiátrica italiana pela aprovação, no parlamento, da Lei

³ Considerada o grande momento do desajustamento (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

180, conhecida também por Lei Basaglia, que foi sancionada em 1978 (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Esta reforma psiquiátrica italiana desencadeou o que se chamou de desinstitucionalização, que, segundo Rotelli; Leonardis e Mauri (1990), significa mais que desospitalização, é todo o processo de reestruturação do modelo psiquiátrico.

Esses movimentos, ocorridos no cenário mundial, visavam a desinstitucionalização do doente mental bem como sua reinserção social, e influenciaram consideravelmente a reforma psiquiátrica no Brasil.

2.2 A reforma psiquiátrica brasileira

A história da Psiquiatria no Brasil demonstra que a exclusão social e moral em relação ao doente mental estava presente, assim como em outras partes do mundo; entretanto, segundo Rosa (2003), o contexto histórico no qual o Brasil estava inserido no século XVIII era bem diferente do que existia na Europa, no mesmo período.

No Brasil, de acordo com a autora citada, o modelo assistencial adotado pela psiquiatria era o modelo hospiciocêntrico/hospitalocêntrico, inserido em uma sociedade de hábitos feudais, coloniais e rurais na qual ainda era bastante viva a escravidão.

De acordo com Amarante (1994), a chegada da Família Real ao Brasil foi um marco na história do país. A Família Real veio no intuito de provocar mudanças sociais, para que fosse viabilizado o crescimento ordenado das cidades. Diante de tais fatos, a doença mental foi excluída pela administração estatal, como parte do projeto de reorganização para o desenvolvimento urbano.

Neste sentido, o processo de institucionalização dos doentes mentais no Brasil iniciou-se de forma caritativa e religiosa, através das Santas Casas de Misericórdia, que foram

as primeiras instituições de atendimento à saúde no Brasil. Esses atendimentos de caráter religioso eram o sistema de saúde, por assim dizer, que prevalecia no país desde o Brasil Colônia de 1543, através dos jesuítas (ROSA, 2003).

A autora afirma, ainda, que, em 1852, foi fundado o 1º hospício do país, o Hospício Pedro II, que marcou a história da psiquiatria no Brasil:

Surge como resposta à loucura e ao louco, alçado o problema social, no bojo das ameaças à ordem pública e à paz social, desencadeadas pelo crescimento no número de pessoas livres e ociosas que circulavam pelas cidades mais importantes do Império e, principalmente, na sede da Corte. (ROSA, 2003 p. 86).

Soares (2002) afirma que o isolamento era uma característica básica do modelo assistencial do Hospício Pedro II. Os médicos da época convencem a sociedade de que o insano deveria ser mantido afastado do convívio social. No século XIX, a eficácia do hospício é demonstrada e sua presença torna-se bastante aceita pela sociedade brasileira à época, que caracterizava a doença mental como uma doença especial e que, assim, justificava esse tipo de intervenção.

De acordo com Rosa (2003), a psiquiatria brasileira entra em uma nova fase, sai do empirismo para uma fase científica. O nome do Hospício Pedro II é modificado para Hospital Nacional de Alienados, ao tempo em que é desconectado da Santa Casa de Misericórdia, e passa a ser uma instituição pública com características específicas; isso ocorre por volta de 1890. Nesse mesmo ano, foi criada a "Assistência Médica e Legal dos Alienados" que era vinculada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores da República.

Existiam dois argumentos que os médicos utilizavam para justificar a necessidade de isolamento de seus pacientes: o primeiro era de que a convivência com outras pessoas, em especial, pessoas da família impossibilitariam o paciente de romper com maus hábitos e costumes. O segundo argumento, estável, relacionava-se à possibilidade de intervenção terapêutica. Os hospitais psiquiátricos eram distantes dos centros urbanos e isolavam por

completo o doente mental do mundo externo, com a justificativa de não haver interferências na relação médico e doente (MACHADO et al, 1978).

Desta forma, as iniciativas reformadoras que ocorreram ao longo do século XIX visavam buscar orientação científica dos locais responsáveis pelo cuidado dos doentes mentais, ou seja, dos manicômios. Contudo, na virada para o século XX, tais iniciativas passaram a orientar-se pelas críticas feitas aos asilos, produzindo, com isso, os modelos de colônias agrícolas (TENÓRIO, 2002).

Através da influência dos movimentos de Reforma Psiquiátrica ocorridos na Europa no início do século XX, obteve-se a primeira reforma psiquiátrica brasileira caracterizada, principalmente, pela criação de colônias, visando a interação do doente mental com o trabalho e a família. Foi, portanto, criada, no Rio de Janeiro, a Colônia de Alienados do Engenho de Dentro, tendo como alvo as mulheres indigentes; e, também, tiveram início as obras da Colônia de Alienados de Jacarepaguá e do Manicômio Judiciário (AMARANTE, 1994).

Em 1934, foi promulgada a lei que regeu a assistência prestada aos doentes mentais; esta tinha como proposta fundamental a hospitalização e o asilamento do paciente portador de transtornos mentais, visando, sobretudo, manter a ordem e a moral pública (GONÇALVES; SENA, 2001).

Na década de 1950, o Brasil passava por inúmeras mudanças no setor industrial através da adesão ao modelo capitalista. Com isso, a medicina no país teve um acréscimo considerável de novas tecnologias, incluindo aumento dos complexos hospitalares e criação de novos fármacos e novos equipamentos. Houve, ainda, a construção de grandiosos hospitais para atendimento aos previdenciários. Entretanto, a psiquiatria não foi incorporada a este processo da mesma maneira que os outros setores da saúde, pois não era considerado um atendimento de relevância (OGATA; FUREGATO; SAEKI, 2000).

Ao final desta década, conforme as mencionadas autoras, a situação da assistência a pacientes portadores de transtorno mental no País era preocupante. A situação incluía superlotação dos asilos, deficiência de pessoal, maus-tratos aos pacientes e péssimas condições de estrutura dos abrigos. Foi nessa época, de poucas mudanças significativas no sistema psiquiátrico, que surgiram os psicofármacos, provocando consideráveis mudanças no interior dos asilos e no tratamento dados aos pacientes.

O surgimento dos psicofármacos começou a provocar uma intensa transformação na postura dos psiquiatras, que passaram a utilizá-los em decorrência, muitas vezes, da pressão da indústria; outras vezes, eram ignorados os efeitos do uso destas medicações, além de passarem, também, a ser utilizadas como forma de repressão e violência, ou então com o objetivo de tornar o enfermo mais “dócil” em relação à internação (AMARANTE, 1994).

Na década de 1960, a doença mental volta-se quase que exclusivamente para o lucro; houve um grande investimento por parte do governo para estimular as internações hospitalares. A maior parte dos recursos de saúde mental era destinada à área hospitalar, ocorrendo um acréscimo considerável do número de vagas psiquiátricas e, conseqüentemente, de internações (AMARANTE, 1994).

Nos anos de 1970, na área da saúde mental, são registrados inúmeros protestos e denúncias contra a política nacional de saúde mental, em relação à política privatizante, quanto às condições de atendimento e de assistência prestada ao portador de transtorno mental. Ainda neste período, houve a criação do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, que se iniciou no Rio de Janeiro e, em seguida, surgiu em vários pontos do País. Esses movimentos fizeram a sociedade perceber o *louco* como resultado da opressão e da violência imposta pelo Estado autoritário; deste modo, passaram a questionar as políticas psiquiátricas do País, que se baseavam na violência institucional, na desassistência e na marginalização dos doentes mentais (ROTELLI; AMARANTE, 1992).

Em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental não obteve o êxito esperado; isso porque, segundo Rotelli e Amarante (1992), não obstante ter sido possível reformar a Política Nacional de Saúde Mental e reescrever suas normas, esta jamais foi posta em prática, sendo que, assim, o quadro da assistência psiquiátrica no País pouco se modificou.

O Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental passou a ter como lema: "Por uma sociedade sem manicômios", que incentiva a aceitação do Projeto de Lei de Paulo Delgado (1989), que determinava a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos. Outro fator importante foi a Conferência sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, realizada em 1990, na cidade de Caracas, que reuniu ministros e chefes de Estado dos países Pan-americanos, incluindo o Brasil, quando foi elaborada a chamada Declaração de Caracas (ROTELLI; AMARANTE, 1992).

A Declaração de Caracas, embora aborde a questão psiquiátrica de forma genérica e pouco precisa, aceita e proclama a necessidade premente da "reestruturação" imediata da assistência psiquiátrica, pela adequação das legislações dos países de tal forma que, "assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes mentais e promovam a reorganização de serviços que garantam seu cumprimento". Esta conferência vem demarcar a crescente tendência internacional de superação dos velhos modelos de psiquiatria e reforma psiquiátrica e dá legitimidade às transformações que vêm ocorrendo nos países latino-americanos, até então com uma certa nuance de 'marginalidade'. (ROTELLI; AMARANTE, 1992, p. 50).

Através dos movimentos de Saúde Mental no Brasil, a Reforma Psiquiátrica ganha espaço, e, com ela, surgem novos protagonistas na política de saúde mental do País: os usuários e as famílias, tendo em vista que a Reforma Psiquiátrica brasileira engloba o processo de desinstitucionalização, e faz com que haja novas discussões em relação à assistência prestada ao doente mental. A família surge nesse cenário como participante da formulação de políticas públicas e da assistência ao doente mental (VIANNA; BARROS, 2004).

No início, a desinstitucionalização apresenta-se como um trabalho de desconstrução do manicômio, enfatizando-se a mudança na política interna dos hospícios em relação à assistência aos pacientes. Isto se inicia através de gesto de eliminar meios de contenção, restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo, reconstruir o direito e a capacidade de uso de objetos pessoais, abrir portas e promover intercâmbios sociais, fazendo com que as transformações institucionais sejam produzidas internamente, trabalhando com aquilo que já existe (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990).

O novo sistema de saúde mental nasce não do externo, ao lado e de suporte ao manicômio, mas através da reciclagem, da reconversão e da transformação progressiva das possibilidades financeiras, do pessoal, das competências existentes, dos espaços físicos, etc. E é exatamente graças a essa gênese da desmontagem do manicômio que essas estruturas externas conseguem ser, em relação a ele, inteiramente substitutivas e a suprimir (substituindo) as práticas preexistentes. (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990 p. 35).

Com a evolução do processo de desinstitucionalização, esta pode ser conceituada como sendo mais do que a desconstrução do aparato manicomial, mais do que a derrubada da estrutura física, pois engloba, também, o desmantelamento de toda a trama de saberes e práticas vigentes, com a conseqüente reconstrução de novas formas de lidar com a questão do tratamento de doentes mentais fora dos hospitais (ROTELLI; AMARANTE, 1992).

Segundo Rotelli; Leonardis e Mauri (1986), o processo de desinstitucionalização é caracterizado por três processos: a construção progressiva de uma nova política de saúde mental; a centralização do trabalho terapêutico, com o objetivo de tornar os doentes mentais sujeitos ativos e não objetos da relação com a instituição; e a construção de estruturas externas que sejam totalmente substitutivas da internação hospitalar porque nascem a partir de sua decomposição.

De acordo com Tsu (1993), medidas têm sido tomadas no sentido de *desospitalização*, tais como: atendimento ambulatorial, equipes de saúde mental em

unidades básicas, a diminuição de leitos disponíveis para a psiquiatria e a redução das internações de pacientes psiquiátricos.

Entretanto, é importante frisar que desinstitucionalizar é diferente de desospitalizar; segundo Sadigursky (1997), não se pretende com a desinstitucionalização apenas a redução de leitos hospitalares ou de gastos financeiros, ou a devolução dos doentes mentais a suas famílias sem que estas estejam preparadas para recebê-los, ou mesmo, o fechamento dos hospitais psiquiátricos. Desinstitucionalizar representa, portanto, um movimento específico para modificar as práticas psiquiátricas ainda dominantes, e não, simplesmente, acabar com a estrutura física do manicômio.

Conforme foi mencionado, anteriormente, a família passa a ter um papel fundamental no processo de desinstitucionalização dos pacientes portadores de transtornos mentais; isso porque, segundo Vianna e Barros (2004), a família surge como peça fundamental na assistência ao doente mental. Entretanto, as famílias, em muitos casos, desconhecem as metas propostas pela reforma psiquiátrica e apresentam medo frente ao novo modelo assistencial. É de fundamental importância a compreensão do movimento dialético entre o cuidar e o delegar a assistência em saúde mental.

2.3 A família e o cuidar do doente mental

Cuidar de um portador de doença mental no âmbito domiciliar não é uma tarefa fácil, exige dedicação, tempo e uma boa dose de paciência. A família deste paciente, na maioria das vezes, passa por um intenso processo de desorganização e, muitas vezes, não consegue reestruturar-se para prestar assistência encontrando, desta forma, inúmeras barreiras para o cuidado e tratamento necessários ao seu membro na reconstrução de sua saúde.

O cuidar engloba vários adjetivos que traduzem seu significado, tais como: atenção, cautela, precaução, diligência, desvelo, zelo, responsabilidade, vigilância, entre

outros. Além de ações que o revelam: ter cuidado, dar cuidado, tratar doentes, preocupar-se com, reparar, aplicar atenção, causar inquietação, entre outros (WALDOW, 1998).

Pode-se definir o cuidar como um ato individual, que se pode prestar a si próprio, desde que se conquiste a própria autonomia, mas que, também, pode ser definido como sendo um ato de reciprocidade, posto que se é levado a prestar a todas as pessoas que precisam de ajuda em suas necessidades vitais (COLLIÈRE, 1999).

Entretanto, segundo Boff (1999), a definição de cuidar é o que se opõe ao descuido, é muito mais que um ato, é uma atitude que representa, na maioria das vezes, ocupação, preocupação de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

O cuidar faz parte do cotidiano, desde a Antiguidade; nas primeiras relações entre os homens o cuidado já estava presente, não como um ofício ou como uma profissão, mas como uma questão de sobrevivência. Era preciso perpetuar a espécie, lutar contra a morte do indivíduo ou do grupo; fazia-se, portanto, necessário cuidar uns dos outros (COLLIÈRE, 1999).

Garantir a sobrevivência era – e continua a ser - um fato cotidiano, onde utiliza-se uma das mais velhas expressões do mundo, tomar conta. Ainda hoje a expressão tomar conta, cuidar, transmite o sentido inicial e original da palavra que representa um conjunto de atos que tem por fim, manter a vida dos seres vivos, com o objetivo de reproduzirem-se e perpetuar a vida do grupo. Foi e será sempre este o fundamento de todos os cuidados. (COLLIÈRE, 1999, p. 28-29).

O significado de cuidar, segundo Ferreira e Cols (2002), difere do significado de cuidado, sendo que o primeiro expressa a ação, a prática propriamente dita, e o segundo representa o objeto da prática.

De acordo com Waldow (1998), o cuidado foi entendido como ação de cuidar/assistir e que, como resultado das ações de assistir, o cuidado leva à idéia de “procedimento” e de “atenção e zelo”, o estar disponível, dedicar a atenção a alguém. Já o cuidar é o ato em si, o ato de prestar assistência, o ato de cuidar.

Entretanto, existe, ainda, a expressão cuidar/cuidado que é de origem norte-americana e, segundo Waldow (1992), tem como seus principais ingredientes o conhecimento das necessidades do outro; os ritmos alternados que consideram que experiências passadas podem servir como aprendizagem; a paciência de ser tolerante e ouvir o outro; a honestidade para estar aberto para si e para o outro; a confiança para perceber que o ser cuidado crescerá em seu próprio ritmo e tempo apropriado; a humildade que inclui a aceitação das limitações pessoais; a esperança e, por fim, a coragem para assumir riscos.

Segundo a autora, a pessoa que cuida tem uma relação com o ser que é cuidado e há uma relação de envolvimento. O cuidar não tem, no entanto, características apenas emocionais, mas é provido de racionalidade e pensamento lógico, embora, muitas vezes, o sentimento ultrapasse a racionalidade, o que dificulta o cuidar de forma autêntica.

Culturalmente o cuidar é uma atribuição feminina, segundo afirma Collière (1999, p. 41):

Durante milhares e milhares de anos, a prática de cuidados correntes, isto é, todos os cuidados que suportam a vida de todos os dias, ligam-se fundamentalmente às atividades da mulher. É ela que dá a luz, é ela que tem o encargo de “tomar conta” de tudo que mantém a vida cotidiana nos seus pormenores.

O cuidado do doente mental em domicílio não difere muito do geral em relação às mulheres, nesta situação, de acordo com Rosa (2003), o cuidado dado ao portador de transtorno mental sempre foi atribuído à instituição hospitalar ou à família. E, no âmbito familiar, este cuidado tem um componente de gênero, pois, majoritariamente, é um encargo atribuído e assumido pela mulher.

Nesse contexto, o impacto causado por esse cuidado na individualidade da mulher está relacionado, basicamente, a dois fatores: o primeiro no que se refere ao grau de evolução da doença mental; e o segundo referente ao grau de parentesco e de aproximação que a cuidadora tem com o ser cuidado (ROSA, 2003).

Não se afirma, entretanto, que o cuidar do doente mental esteja a cargo apenas do sexo feminino, a família como um todo participa deste processo, que, segundo Alves (1999), a família constitui um grupo de pessoas que avançam juntas no tempo, apesar de viverem momentos diferentes na vida, por apresentarem idades diversas. É importante ressaltar que existe um vínculo entre estes indivíduos capaz de mantê-los partilhando experiências diárias e criando entre si laços de mútua responsabilidade, não importando a estrutura na qual a família se apresente. Estrutura essa que pode ser modificada facilmente quando existe a responsabilidade por uma pessoa mentalmente enferma.

Cuidar de um paciente portador de transtornos psíquicos em domicílio é uma tarefa árdua, pois, na sua grande maioria, o doente mental apresenta uma pluralidade de sintomas, incluindo perda de consciência, perda de habilidades de comportamento e para relaciona-se com outras pessoas. Além disso, o comprometimento produzido pela doença mental depende, em especial, do estágio de evolução da doença, das particularidades do indivíduo portador de transtornos psíquicos e da relação que esse indivíduo mantém com o cuidador (ROSA, 2003).

O nível de comprometimento produzido pelo transtorno mental pode ser avaliado a partir do fato de ter atingido a autonomia e a independência da pessoa enferma. No interior do movimento de pessoas portadoras de deficiência, a autonomia se relaciona às condições de domínio do meio, no que se refere ao espaço físico e social, que permite ao portador de transtorno mental preservar ao máximo sua privacidade e dignidade. Já a independência diz respeito à faculdade do indivíduo decidir. (ROSA, 2003, p. 63).

Neste sentido, o cuidado prestado ao doente mental no modelo hospitalocêntrico prevaleceu, por muitos anos, como única forma de tratamento para o doente mental, com características de isolamento e violência contra os pacientes. Atualmente, junto com os movimentos para a desinstitucionalização do doente mental, pelo menos na teoria, este quadro se modificou, o confinamento ficou restrito aos momentos de crises agudas, sendo recomendado para a remissão dos sintomas. Fora da crise, o paciente é reintegrado ao

convívio familiar, e recebe orientação para que faça o acompanhamento do cuidado ambulatorial (ROSA, 2003).

Contudo, entende-se que, para a concretização desse modelo assistencial, que defende a desinstitucionalização, seja plenamente efetivado, é fundamental e indispensável uma preparação da família do indivíduo portador de doença mental, para que esta possa prestar os cuidados necessários à recuperação do paciente.

Em muitos casos, a família possui conhecimentos restritos em relação à patologia e o cuidado específico a este paciente, o que reduz as chances de recuperação do doente mental, já que este depende quase que inteiramente de seus familiares para a realização de tarefas consideradas rotineiras e para a reintegração social.

Dentro do espaço domiciliar, de acordo com Rosa (2003), há uma outra dificuldade no que se refere ao cuidado do paciente fora do ambiente hospitalar, isto porque a família, além de cuidar deste doente mental, também é responsável pela medicação que ele utiliza. Muitas vezes, o cuidador chega a contribuir, de certa forma, para o abandono do tratamento, ou por encontrar-se despreparado para lidar com a medicação ou por criar perspectiva de resultados imediatistas para o estado clínico do paciente.

Na opinião de Gonçalves e Sena (2001), a ressocialização/reabilitação do doente mental desospitalizado reflete, de forma negativa, sobre a família, pois é nesta que se dá o embate com a realidade cotidiana do cuidado com o doente mental. Os autores afirmam, ainda, que a sobrecarga que a família enfrenta na convivência com o doente mental, principalmente por ocasião da alta hospitalar, desencadeia atitudes de incompreensão e até de rejeição. Deste modo, na maioria das vezes, a instituição familiar mostra-se contrária ao processo de desinstitucionalização do doente mental por não encontrar respaldo institucional ou governamental que o prepare para assumir esta responsabilidade.

2.4 O cuidar do doente mental no domicílio e as representações sociais

O processo de cuidar do doente mental pela família foi intensificado a partir do surgimento da Reforma Psiquiátrica, que veio como um movimento que se opõe às práticas de exclusão, segregação e enclausuramento dos portadores de transtornos mentais.

A Reforma Psiquiátrica propõe uma nova visão em relação à convivência do doente mental com a família. Esta reforma defende o retorno do paciente ao convívio dos seus, bem como o acompanhamento deste paciente pelas formas alternativas de tratamento, que têm o objetivo de dar suporte aos doentes mentais sem a necessidade de prendê-los em hospícios.

Assinale-se que conviver com um doente mental em casa traz para a família uma gama de questionamentos e dúvidas sobre a doença em si, e sobre como cuidar daquele paciente. Não se trata, portanto, de uma elucidação sobre quais as melhores formas de cuidar destes doentes, ou mesmo, sobre quais os métodos de lidar com o paciente dentro de casa, não de forma técnica e sistematizada, mas de apreender o que representa para a família cuidar de um portador de transtorno mental.

Ao estudar o que representa para a família cuidar de um doente mental em domicílio, pode-se identificar e explorar os determinantes que dificultam, ou não, este processo de cuidar e, ainda, conhecer e compreender o posicionamento dos atores sociais frente a este fenômeno. Com isso, torna-se clara a utilização da teoria das representações sociais neste estudo.

Esta foi aceita como teoria, categoria explicativa ou analítica, ou como conceito, sendo o termo representação social bastante útil ao processo de compreensão de diferentes objetos, em especial, nas áreas do conhecimento, como é o caso do cuidar do doente mental

pela família, em que a subjetividade é, inegavelmente, partícipe das práticas cotidianas (MOREIRA, 2000).

A teoria das Representações Sociais foi elaborada em 1961, por Serge Moscovici, e apresentou-se como renovação do interesse pelo estudo dos fenômenos coletivos, e mais exatamente pelas regras que regem o pensamento social (ABRIC, 1971).

Sob este aspecto, as representações sociais devem ser observadas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que já se sabe. Elas ocupam uma posição em algum ponto entre conceitos, que têm como principal objetivo retirar sentido do mundo e introduzir, nele, ordem e percepções que reproduzam o mundo de uma forma significativa (MOSCOVICI, 2003).

Desse modo, as representações sociais podem ser apresentadas como uma forma de interpretação da realidade que orienta condutas e organiza as relações do indivíduo com o mundo, determinando comportamentos no meio social. Este sistema de solidificação das formas de comunicação social permite ao indivíduo assimilar as práticas sociais e os modelos de conduta, a partir de suas experiências. Por meio das representações sociais o indivíduo consegue construir e apropriar-se de objetos socializados (PERRUSI, 1995).

Os fundamentos das representações sociais estão na imaginação cultural que torna realidade às coisas que habitam o mundo social. As pesquisas científicas que utilizam a teoria das representações sociais recorrem a construtos teóricos com uma significativa história estabelecida, como é o caso da loucura, ou de deficiências ou de doenças. As representações destes objetos fazem o mundo compreensível para os membros dos grupos sociais, bem como definem os atores sociais como parte integrante do objeto e dão sentido por permanecerem na comunidade e culturas específicas (GERGEN et al, 1992).

Jodelet (2001, p.36) afirma que “representações sociais são uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

Neste sentido, entendemos que as Representações Sociais são o estudo do senso comum, que é influenciado pela crença e pela cultura de cada sociedade, sem que seja avaliado se o saber é correto ou não, é a visão de determinado grupo social sobre determinada situação, em um determinado espaço.

Segundo Moscovici (2003), as representações sociais são compostas pelas funções de orientação na comunicação e formação de condutas. As funções identitária e justificadora foram propostas, posteriormente, por Abric (1994). Enquanto fenômeno psicossocial, as representações sociais influenciam na vida dos indivíduos implicados no fenômeno em foco.

Ainda, seguindo os ensinamentos de Moscovici (1978), este mostra como se estrutura cada representação, através de um esforço incessante de tornar uma coisa não familiar em familiar; assim, estas aparecem como fases indissociáveis: a fase figurativa e a simbólica. O surgimento destas fases permite compreender que os processos formadores das representações sociais têm como função atribuir a todo sentido uma figura e a toda figura um sentido. Isso ele chamou de objetivação e ancoragem.

Objetivação é um processo que, segundo o autor supracitado, consiste em uma “operação imaginante e estruturante” na qual se dá forma ao conhecimento acerca do objeto, transformando o que é abstrato em concreto, reproduzindo-o em uma imagem; é, portanto, traduzir um esquema apenas conceitual em realidade existente e presente no cotidiano.

De acordo com Jodelet (1984), objetivação é um processo pelo qual o indivíduo absorve um excesso de significações, materializando-as; ou seja, é um processo de construção formal de um conhecimento, pelo indivíduo. É ainda um processo que se constitui de três

fases: 1) seleção ou descontextualização das informações, crenças e idéias, em função de fenômenos culturais e normativos; 2) núcleos figurativos, que a partir dos elementos selecionados, organiza a esquematização que busca transformar algo novo em conhecido e familiar; 3) naturalização dos elementos do núcleo figurativo, os elementos do pensamento tornam-se elementos de sua realidade do senso comum. Este fato é o resultado do processo de objetivação.

O segundo processo denominado ancoragem é, segundo Sá (1996), a relação da análise dos laços entre representações e pertencimentos sociais específicos. Sendo assim, o estudo sobre Representações Sociais não deve constituir-se apenas do senso comum, mas deve estudar, também, suas modulações.

Segundo este autor, o elo existente entre objetivação e ancoragem é que nos permite compreender determinados comportamentos, pois o núcleo figurativo da representação depende da relação que o sujeito mantém com o objeto e da finalidade da situação. Na teoria das Representações Sociais, estes dois processos – objetivação e ancoragem – ajudam os sujeitos do estudo a materializar suas idéias e percepções durante o processo de desenvolvimento da pesquisa.

Moscovici (1978) define ancoragem como um processo de domesticação da novidade sob a influência dos valores do grupo, transformando-se em um saber com capacidade de influenciar. Jodelet (1989) afirma que tal processo une a representação ao seu objeto, em uma relação que se lhe permite adequar aos valores sociais. Perrusi (1995) relata que ancoragem inscreve o objeto, enquanto novidade, em uma estrutura de valores através de um processo de familiarização.

Após abordar as funções e os processos formadores das representações sociais é válido apontar que as representações sociais implicam em considerar que para se adaptar à situação social particular e, mais especificamente, elaborar, planejar e administrar suas

estratégias comportamentais, pode-se esperar que as famílias dos doentes mentais utilizem não só as informações captadas na condição de cuidadores, como também aquelas informações já disponíveis que são acionadas sempre que necessárias, socialmente (BERGER; LUCKMAN, 1991).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

As “representações sociais construídas pelas famílias sobre o cuidar do doente mental em domicílio” tratam de um estudo exploratório que aborda aspectos quantitativos e qualitativos em que se busca apreender e analisar as representações sociais do cuidar do doente mental em domicílio relacionadas ao objeto de estudo, tendo como ponto de partida o senso comum das famílias.

A pesquisa do tipo exploratória é desenvolvida com o objetivo de favorecer uma visão geral e aproximativa de determinado objeto, e constitui a primeira etapa de uma investigação mais ampla, que tem como principal finalidade ampliar, esclarecer e alterar o sentido de conceitos e idéias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos (GIL, 1999).

A abordagem quantitativa enfatiza os atributos mensuráveis da experiência humana, a logicidade e o raciocínio dedutivo. Focaliza uma pequena quantidade de conceitos específicos, inicia-se com idéias previamente estabelecidas, e utiliza procedimentos estruturados que servem para a coleta de dados (POLIT; HUNGLER, 1995).

Por outro lado, a pesquisa qualitativa caracteriza-se por preocupar-se com a realidade que não pode ser quantificada, como também por buscar compreender os significados e a intencionalidade das ações e relações humanas (MINAYO, 1994). E sendo uma abordagem que trabalha com o universo dos significados, motivos e atitudes dos atores não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A escolha pela Teoria das Representações Sociais (RS) deve-se ao fato de esta ser capaz de apreender vários aspectos psicossociológicos envolvidos no cuidar do doente mental,

considerando as condições de vida, vivências psicossociais das famílias que cuidam do doente mental em domicílio como fenômenos de produção e organização de conhecimentos, socialmente elaborados, que permitem apreender o objeto em estudo, trazendo as ações dos atores inseridos, em uma realidade social.

Desta forma, o estudo que explora aspectos qualitativos e quantitativos, fundamentado pela teoria das representações sociais, permite apropriar-se de dados objetivos e subjetivos que contribuem para a elaboração do objeto do estudo presente nas comunicações que circulam nos ambientes sociais, orientando condutas e tornando possível apreender com maior fidedignidade os fatores que interferem na relação entre a família e o doente mental, bem como os elementos geradores de posicionamentos, sentimentos, ansiedades e angústias das famílias envolvidas no processo do cuidar do doente mental em domicílio.

3.2 Campo de investigação

O estudo foi desenvolvido no Centro de Saúde Mental Prof^o Aristides Novis, situado no Bairro de Engenho Velho de Brotas na cidade de Salvador, capital da Bahia. Esse centro é composto pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e pelo Serviço de Atendimento Ambulatorial, que faz o acompanhamento e o controle mensal dos pacientes que buscam o serviço.

Segundo dados obtidos na própria instituição, o local deste centro configurava um dos pavilhões do antigo hospital, denominado Hospício São João de Deus, fundado em 24/07/1874, localizado no Solar Boa Vista, no Bairro do Engenho Velho de Brotas. Em 1935, passou a ser chamado de Hospital Juliano Moreira, em homenagem ao renomado psiquiatra baiano.

O referido hospital possuía uma arquitetura antiga e vários pavilhões para a internação dos doentes mentais. No ano de 1980, o Hospital Juliano Moreira foi desativado e transferido para outro local da capital baiana.

Com a modernização da proposta de tratamento dos doentes mentais no Estado da Bahia, foi fundado neste mesmo local o Centro de Saúde Mental Prof^o Aristides Novis, em 16 de setembro de 1997, que é composto pelo Centro de Atenção Psicossocial Prof^o Aristides Novis e de um Setor de Atendimento Ambulatorial.

Vale assinalar que o atendimento diário no ambulatório do Centro de Saúde Mental é realizado por médicos, psicólogos e assistentes sociais, divididos em dois turnos (manhã e tarde), atende a aproximadamente 50 pacientes por turno no ambulatório, além de receber uma média de 30 pacientes no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).

A escolha desse centro de saúde, como cenário desta pesquisa, deve-se ao fato de ser um local onde os pacientes, que buscam atendimento, encontram-se geralmente acompanhados por seus familiares, o que permitiu maior aproximação com os sujeitos, além do fato de os usuários estarem desinstitucionalizados e convivendo com suas famílias, para tentar apreender as representações sociais que norteiam os comportamentos desses sujeitos em relação ao objeto do estudo.

3.3 Sujeitos do estudo

Fizeram parte desta investigação 100 sujeitos selecionados, no ambulatório do Centro de Saúde Mental, que foram submetidos ao Teste de Associação Livre de Palavras (TALP). Os critérios para a escolha dos sujeitos desta pesquisa foram os seguintes: ser familiar de um portador de transtorno mental, e possuir um doente mental fora da instituição, ou seja, que receba os cuidados em casa; ser familiar de um usuário do Centro de Saúde

Mental Prof^o Aristides Novis; aceitar participar do estudo e estar em condições de ser entrevistado.

Dentre os 100 sujeitos que responderam ao TALP, foram selecionados 31 sujeitos para que pudessem responder à entrevista semi-estruturada. Esta seleção ocorreu de acordo com a disponibilidade destes familiares em responder aos questionamentos da entrevista.

Todos os sujeitos que participaram deste estudo receberam esclarecimento acerca da importância e relevância da pesquisa; e, após sua aceitação verbal, culminou com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que obedece aos aspectos éticos e legais conforme o Comitê de Ética em pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira, acordado com os requisitos da Resolução CNS 196/1996, que trata das diretrizes e normas de pesquisa, envolvendo seres humanos, como, por exemplo, a garantia do sigilo e a liberdade da recusa ou retirada de seu consentimento em qualquer fase da pesquisa (BRASIL, 1996).

No Termo de Consentimento Livre e esclarecido, consta a autorização da gravação das falas em fita magnética, as quais foram transcritas na íntegra pela autora, como forma de manter as manifestações e evocações verbais cotidianas relevantes para o estudo.

Não foram encontradas dificuldades na abordagem dos sujeitos; esses, antes de iniciarem o teste de associação livre de palavras, passaram por um “treinamento” de como responder ao teste. Este treinamento consistia em dar o exemplo de uma palavra que lhe fosse familiar em seu cotidiano, ao tempo em que se lhe pedia que dissesse as 5 primeiras palavras que ele associava ao estímulo dado. Ex: Dava-se como estímulo a palavra “futebol” e o sujeito logo respondia: “bola, trave, goleiro, jogo, juiz”. O treinamento se repetia com outra palavra que fizesse parte de seu cotidiano, e, em seguida, realizava-se o teste com os estímulos relevantes para a pesquisa: doença mental e cuidar do doente mental.

A caracterização dos sujeitos do estudo se deu através dos dados sociodemográficos, nos quais estão incluídos idade, sexo, grau de parentesco e escolaridade. Tais dados demonstraram uma população de 15 pessoas com idade entre 15 e 30 anos; 42 pessoas com idade entre 31 e 50 anos; e 43 pessoas com idade superior a 50 anos. De acordo com o sexo, a população investigada foi de 82 pessoas do sexo feminino e 18 pessoas do sexo masculino. Quanto ao grau de parentesco com o doente mental, encontraram-se 27 pais; 14 filhos; 15 cônjuges; e 44 outros (avós, netos, tios, primos, irmãos, cunhados, sogras, noras, vizinhos e amigos). Em relação à escolaridade da população de familiares dos doentes mentais pesquisados, foram encontrados 12 analfabetos; 32 alfabetizados (primeiro grau incompleto); 21 com o primeiro grau completo; e 35 pessoas com segundo grau completo. (Quadro 1).

IDADE	F	%	SEXO	F	%	GRAU DE PARENTESCO	F	%	ESCOLARIDADE	F	%
15 a 30 anos	15	15%	Feminino	82	82%	Pais	27	27%	Analfabeta	12	12%
31 a 50 anos	42	42%	Masculino	18	18%	Filhos	14	14%	Alfabetizad	32	32%
> de 50 anos	43	43%				Cônjuges	15	15%	o	21	21%
						Outros	44	44%	1º grau	35	35%
									2º Grau		
TOTAL	100	100	-	100	100	-	100	100	-	100	100

Quadro 1 – Perfil dos sujeitos a partir das variáveis sociodemográficas.

Fonte: Pesquisa direta da autora.

3.4 Instrumentos e procedimento de coleta de dados

A coleta de dados para realização deste estudo deu-se através dos métodos de entrevista semi-estruturada e do teste de associação livre de palavras, com o propósito de uma técnica complementar a outra e, assim, explorar os conteúdos coletados com maior confiabilidade e aprofundamento na compreensão, proporcionando uma interpretação mais fidedigna das representações sociais sobre o objeto do estudo.

3.4.1 Entrevista semi-estruturada

Foram realizadas 31 entrevistas semi-estruturadas com respostas gravadas, contendo duas questões de partida, fundamentadas no referencial teórico das Representações Sociais, em que se buscou apreender conteúdos relacionados às dimensões (atitude, conhecimento e imagens) processos (objetivação e ancoragem) e funções (comunicação, orientação de condutas identitárias e justificadoras) das representações sociais elaboradas pelos sujeitos do estudo.

Convém enfatizar que a entrevista semi-estruturada, de acordo com Triviños (1990), permite deixar o entrevistado mais livre para falar sobre o que lhe é solicitado ou sobre o que a questão colocada lhe sugere, a partir de certos questionamentos básicos, fornecendo, assim, um amplo campo de interrogativas, no qual se recorre a expressão verbal dos sujeitos sobre o objeto social.

As entrevistas foram aplicadas de forma individual, com duração média de 15 minutos, tendo sido complementada pelo teste de associação livre de palavras, no momento em que os sujeitos encontravam-se disponíveis para responder.

A entrevista foi composta pelo seguinte roteiro:

- *Primeira parte*: dados sociodemográficos definidores do perfil dos sujeitos: idade, sexo, grau de parentesco e escolaridade.

- *Segunda parte*: questões de partida:

1 O que é para você cuidar de um doente mental em casa?

2 Quais as implicações para a vida familiar ter que cuidar de um doente mental em casa?

Os dados coletados nos discursos dos sujeitos foram agrupados em categorias e analisados de acordo com análise de conteúdo temática de Bardin (1977).

3.4.2 Teste de associação livre de palavra

O Teste de Associação Livre de Palavras é uma técnica associativa que também colhe dados por meio de expressões verbais, espontâneas, menos controladas e mais autênticas. A associação livre de palavras permite a captação de elementos implícitos ou latentes que seriam perdidos ou mascarados nas produções discursivas (ABRIC, 1994).

Destaque-se que o referido teste partiu de dois estímulos dados: *doença mental e cuidar do doente mental* (apêndice B). Este teste permitiu ao entrevistado, através destes estímulos indutores, evocar palavras de conteúdo afetivo e cognitivo-avaliativo.

Este procedimento já foi experimentado e avaliado em outras pesquisas sobre representações sociais, e possui uma compreensão rápida e fácil, sendo um procedimento metodológico que permite ao mesmo tempo uma análise qualitativa e quantitativa dos dados (BARDIN, 1977).

3.5 Técnicas de análise de dados

Para analisar os dados foram utilizadas as técnicas de *Análise de Conteúdo Categorical Temática* (Bardin), no caso das entrevistas semi-estruturadas, e a *Técnica de Análise Fatorial de Correspondência (ACF)*, nos testes de associação livre de palavras, através da utilização do software *Tri-Deux-Mots* (CIBIOIS, 1995).

A Análise de Conteúdo, de acordo com Bardin (1977), é um conjunto de técnicas voltadas para um trabalho rigoroso de interpretações, com base em dedução, que conduz o investigador a atrair-se pelo “escondido, o latente, o não aparente, o potencial de inédito (do não dito), retido por qualquer mensagem.” (Ibid., p. 9).

Neste tipo de técnica de análise, descrita por Bardin (1977), realizou-se primeiramente uma leitura flutuante do texto, que permitiu fazer a seleção do *corpus*. Após

esta etapa, iniciou-se o processo de categorização, que incluiu a seleção das unidades de análise através do recorte e da codificação do *corpus*. Através desta divisão, tais unidades foram agrupadas semanticamente para a formação das subcategorias. As subcategorias foram agrupadas e, a partir destas, realizada sua descrição, que, após terem seus resultados analisados, permitiu a apreensão das representações sociais do cuidar do doente mental pela família, em domicílio. Para visualizar melhor a sistematização utilizada na análise de conteúdo das entrevistas, apresenta-se o Plano de Análise de Conteúdo Categóric Temático (Figura 1):

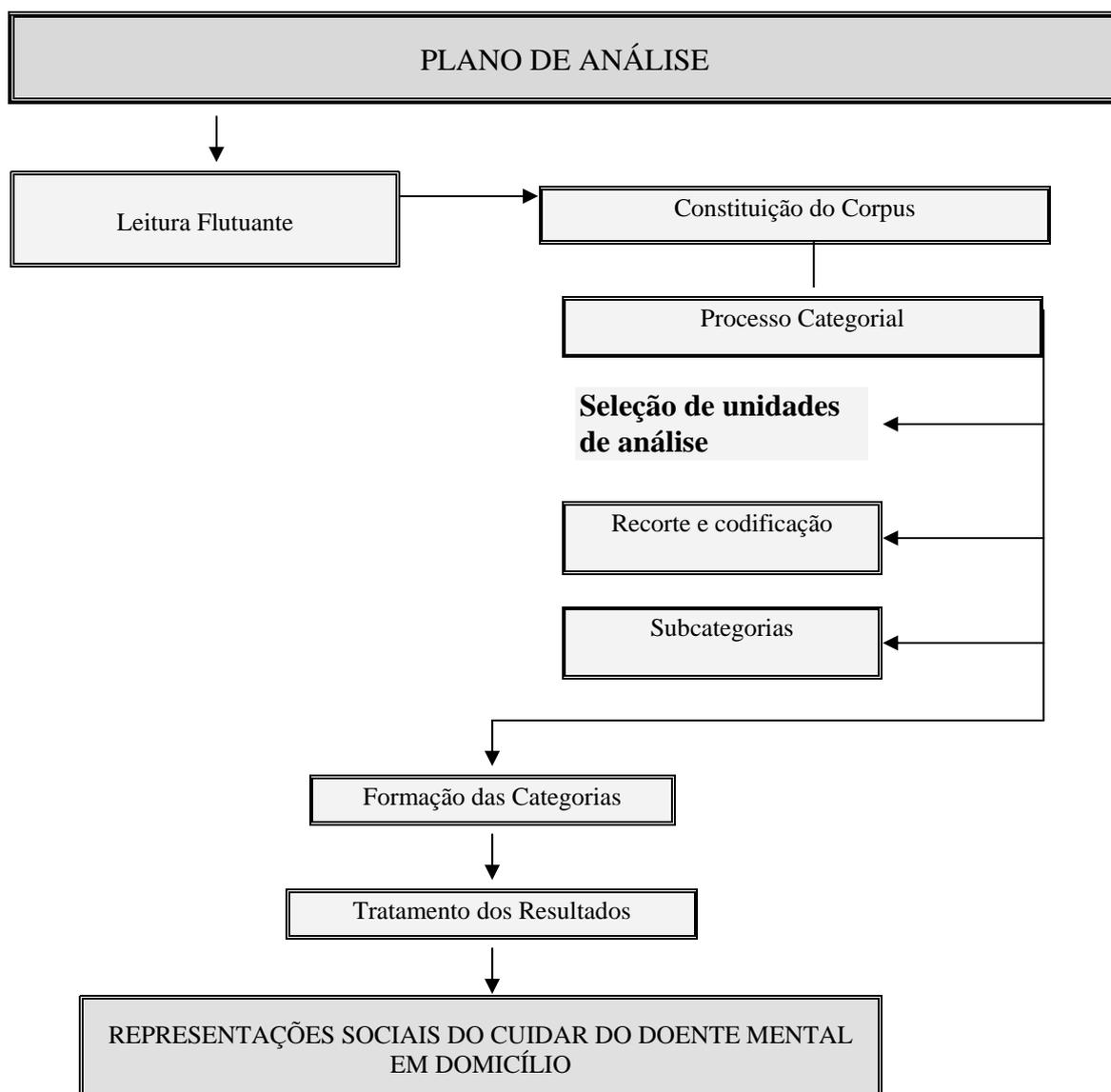


Figura 1 - Plano de Análise de Conteúdo Categóric Temático.
Fonte: Pesquisa direta da autora.

De acordo com Vala (1986), a análise de conteúdo não pode ser reconhecida como um método, por tratar-se de uma técnica de tratamento de informações. Pode, ainda, integrar-se em grandes procedimentos lógicos e servir igualmente aos diferentes níveis de investigação empírica.

A análise de conteúdo aplica-se a qualquer comunicação verbal, oral ou mesmo gestual, e compõe um conjunto de técnicas de análise de comunicação que contém informações sobre o comportamento humano apresentado em fonte documental (BARDIN, 1977).

Neste estudo, a técnica escolhida foi a Análise de Conteúdo Categórica Temática. Pode-se afirmar que, segundo Bardin (1977), a análise por categorias é cronologicamente a mais antiga técnica de análise e a mais utilizada na prática, atualmente. É realizada por processos de desmembramento do texto em unidades, em categorias, conforme reagrupamento analógico. Entre os vários tipos de categorização, a análise temática é rápida e eficaz em discursos diretos e simples. Ainda, na opinião do autor, a análise categórica serve de base para descrever as principais fases de uma análise de conteúdo.

A Técnica de Análise Fatorial de Correspondência (AFC) é outra técnica de análise de dados utilizada neste estudo, que, de acordo com Pereira (2005), trata-se de uma técnica que, a partir de uma informação global, permite agrupar os campos semânticos, e constitui-se um tipo de análise que permite aumentar, consideravelmente, os dados amostrais para as pesquisas qualitativas inacessíveis, anteriormente, além de assumir um papel cada vez mais importante no estudo das ciências sociais.

Após a obtenção das palavras emitidas pelos sujeitos, foram criados dicionários de vocábulos (apêndices C, D e E) com todas elas e agrupadas por similaridade semântica. Posteriormente, foram dispostas em linhas horizontais, codificadas e interligadas a numerais diferentes, representantes dos estímulos indutores (1 *doença mental* e 2 *cuidar do doente*

mental). As variáveis fixas estipuladas foram: idade, sexo, grau de parentesco e escolaridade; e foram codificadas de acordo com o Quadro 2.

IDADE (Coluna 1)	SEXO (Coluna 2)	PARENTESCO (Coluna3)	ESCOLARIDADE (Coluna 4)
1 = 15 a 30 anos 2 = 31 a 50 anos 3 = > 50 anos	1 = Feminino 2 = Masculino	1 = Mãe e Pai 2 = Filhos 3 = Cônjuges 4 = Outros	1 = Analfabeta 2 = Alfabetizada 3 = 1º grau 4 = 2º Grau

Quadro 2 - Codificação das variáveis fixas.
Fonte: Pesquisa direta da autora.

Após a organização e o preparo do banco de dados, as informações foram processadas no *software Tri-Deux Mots*, indicado para a avaliação, de questões abertas e fechadas, sendo interpretado por análise fatorial de correspondência (AFC) (CIBIOIS, 1995). A análise fatorial de correspondência, de acordo com Doise (1988) é importante no dimensionamento do campo das representações sociais.

A AFC, segundo Oliveira e Amâncio (2005), constitui técnicas de estatística descritiva multivariada que evidenciam as afinidades entre linhas e colunas de uma matriz de dados, ao tempo em que demonstram a independência entre tais linhas e colunas. Tais autores caracterizam, ainda, a AFC como uma técnica de análise de dados qualitativos, que analisa com grande adequabilidade uma enorme quantidade de estudos no âmbito das Representações Sociais.

De acordo com Pereira (1987), os resultados da AFC são apresentados em fatores, com o objetivo de facilitar a compreensão de suas propriedades estruturais e significantes, onde se definem relações de proximidade e de oposição entre os pontos (variáveis ou palavras). A atribuição de significado aos fatores ou eixos fatoriais é realizada de acordo com suas propriedades (variáveis) que os explicam; e as aproximações e oposições entre as diferentes propriedades fazem com que o eixo adquira significado.

Sob este aspecto, cada fator escolhido é interpretado por meio da análise da contribuição absoluta, que denota o nível de participação de cada variável na constituição, ou seja, o quanto uma variável contribuiu para o significado ou explicação do fator. Cada eixo ou fator é explicado pelas variáveis que têm valores mais elevados no que se refere à contribuição absoluta, pelo que se deve fixar um índice (ou valor mínimo que é o resultado da divisão de 1000 pelo número de palavras diferentes, em seguida multiplicado por 2) acima do qual uma variável contribui significativamente para a formação de um fator (OLIVEIRA; AMÂNCIO, 2005).

Nesse contexto, foi apresentado na análise de dados o Gráfico que apresenta os dois fatores (F1 e F2); e, após sua interpretação, apresentou-se também a Tabela com as contribuições de cada uma das variáveis responsáveis pela constituição desse Gráfico, sendo analisado como determina a literatura.

4 ANÁLISE, DISCUSSÃO E RESULTADOS

O presente capítulo trata da análise, das discussões e apresenta os resultados obtidos das entrevistas semi-estruturadas, bem como dos testes de associação livre de palavras.

A entrevista semi-estruturada nos permite a apreensão das representações sociais do cuidar do doente mental em domicílio na ótica da família, e o teste de associação livre de palavras nos mostra graficamente, através da correlação entre as variáveis fixas e variáveis de opinião, a objetivização feita pelos sujeitos da pesquisa em relação ao fenômeno estudado.

Deste modo, o fenômeno das representações sociais no contexto da doença mental, em domicílio, caracteriza-se pela comunicação e interação estabelecidas entre familiares e doentes, no contexto do convívio domiciliar, onde as representações tomam sua forma e configuração, a qualquer momento, como consequência de um equilíbrio específico dos processos de influência social (MOSCOVICI, 1978).

O supracitado autor revela ainda que as representações sociais constituem um sistema de valores, idéias e práticas, com uma dupla função: *a primeira*, que permite às pessoas estabelecerem controle e orientação no mundo social e material em que estão inseridas; e a *segunda* possibilita a comunicação entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código que classifica e nomeia, de forma não ambígua, os vários aspectos de seu mundo e de sua história individual e social.

A Teoria das Representações Sociais é uma aliada importante para o diagnóstico dos aspectos psicossociais que envolvem o convívio do doente mental com sua família, dentro de casa; aspectos estes que se ancoraram em fatores culturais, sociais, e até mesmo nas

crenças destas famílias, além de determinarem a conduta a ser adotada por parte dos familiares no cuidado ao portador de transtorno mental.

4.1 O cuidar do doente mental pela família em domicílio como conhecimento socialmente elaborado e partilhado

Este tópico tem como objetivo apreender e analisar as representações sociais do cuidar do doente mental, em domicílio, através das 31 entrevistas semi-estruturadas realizadas. Para melhor analisar o conteúdo que emergiu destas entrevistas e fazer com que estes dados fossem tratados de modo coerente, foi elaborado um plano de análise geral, já descrito, anteriormente.

No contexto das representações sociais, pôde-se apreender, nos discursos dos sujeitos, uma pluralidade de manifestações que descrevem o cuidar do doente mental, em domicílio, e que se ancoram em aspectos psicossociais, socioeconômicos, relacionais, e em manifestações explicativas/justificadoras por parte dos familiares. Também foram apreendidas as principais implicações para a vida familiar, além de atitudes que se ancoram em sentimentos negativos e positivos, e que determinam o comportamento dos atores sociais frente ao fenômeno do cuidar do doente mental em casa; além disso, vale destacar que foram expressas manifestações de fé por parte dos cuidadores.

No processo de categorização, surgiram 344 unidades de registro (ou unidades de análise). Segundo Bardin (1977), as unidades de registro são as unidades de significação que serão codificadas, podendo ser de natureza e de dimensões variáveis. Para sua distinção, efetivamente, executam-se certos recortes em nível semântico.

O quadro 2, a seguir, demonstra como foram dispostas as categorias e subcategorias, bem como suas respectivas codificações, a quantidade de unidades de registro, apreendidas em cada uma delas, e os percentuais parciais e totais de cada uma das categorias.

Os conjuntos das quatro categorias e das nove subcategorias, todas construídas a partir do material das entrevistas, foram validadas por professores que trabalham com o mesmo referencial teórico-metodológico e serão descritas a seguir, em figuras com suas respectivas definições.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	CODIFICAÇÃO CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE			
			SUBTOTAL		TOTAL	
			F	%	F	%
a) DESCRIÇÕES DAS MANIFESTAÇÕES SOBRE O CUIDAR DO DOENTE MENTAL EM CASA (DMCDMC)	- Relacionais - Socioeconômicas - Psicossociais - Explicativas/Justificadoras	DMre DMse DMps Dmej	224	65,11	57 34 58 75	16,56 9,88 16,87 21,80
b) IMPLICAÇÕES RELACIONADAS AO CUIDAR DO DOENTE MENTAL EM CASA (IRCDMC)	- Desestabilização Familiar - Restrição de Liberdade - Desgaste Físico / Psíquico	IRcdf IRcrl IRcfp	54	15,70	19 14 21	5,52 4,07 6,11
c) ATITUDES FRENTE AO CUIDAR DO DOENTE MENTAL EM CASA (AFCDMC)	- Favorável ao Cuidar - Desfavorável ao Cuidar	AFCfc AFCdc	50	14,54	36 14	10,47 4,07
d) CRENÇAS RELIGIOSAS (FÉ) NO CUIDAR DO DOENTE MENTAL EM CASA (CRFCDMC)	-	-	16	4,65	16	4,75
TOTAL			344	100	344	100

Quadro 2 - Distribuição das categorias e subcategorias temáticas.

Fonte: Pesquisa direta da autora.

No agrupamento das quatro categorias temáticas e de suas respectivas subcategorias foram considerados, durante o processo de análise, suas inter-relações, seus consensos e divergências, e até mesmo a relação das categorias entre si, juntamente com a convergência dos resultados obtidos, através da Análise Fatorial de Correspondência.

CATEGORIA A – Descrições das manifestações sobre o cuidar do doente mental em casa (DMCDMC)

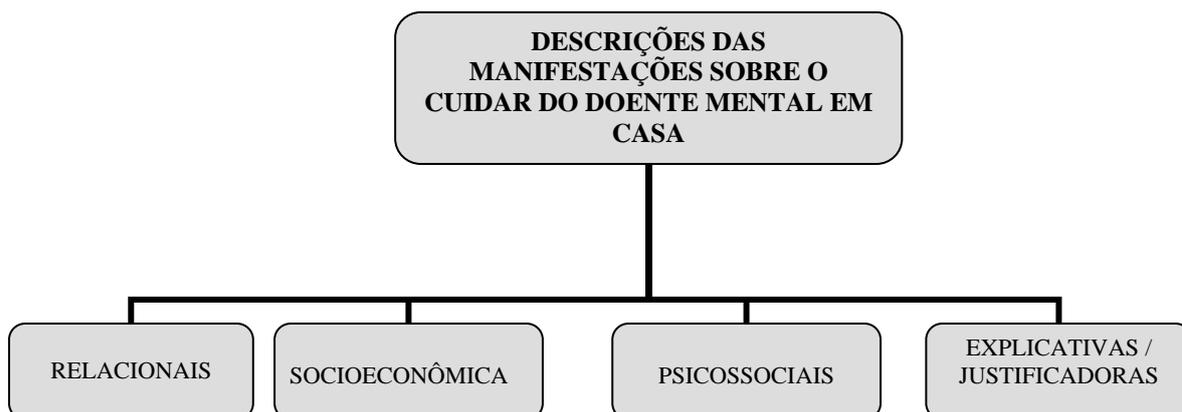


Figura 2 – Descrições das manifestações sobre o cuidar.
Fonte: Pesquisa direta da autora.

Esta primeira categoria destaca as descrições das manifestações dos familiares em relação ao cuidar do doente mental, em domicílio, refletindo as representações sociais dos sujeitos da pesquisa em relação ao seu convívio cotidiano com o doente mental. Algumas manifestações tiveram destaque, tais como os aspectos de relacionamento entre a família e o portador de transtorno mental em casa; aspectos socioeconômicos, que caracterizaram a falta de condições da família do doente mental em manter uma pessoa improdutiva dentro de casa; os aspectos psicossociais, que refletiram o sentimento que envolve a família no convívio diário com o paciente; e as explicações e justificativas dadas pela família dos doentes mentais, para determinadas situações relacionadas ao seu convívio com estes.

Com base na realidade estudada, pode-se afirmar que a ação do tempo e da convivência opera toda uma transformação no modo de vida destas pessoas que convivem com doentes mentais; transformação esta favorecida com a familiarização com a doença. O cotidiano com a presença de doentes mentais limita-se, muitas vezes, ao controle das reações pessoais que o familiar possa vir a ter frente ao comportamento e ao aspecto do portador de transtorno mental, tornando o convívio, na maioria das vezes, algo cansativo, desgastante e que provoca sentimentos de tristeza e angústia (JODELET, 2005).

Esta categoria está subdividida em 224 unidades de registro distribuídas nas quatro subcategorias referentes ao *relacionamento* do doente mental com a família; aos aspectos *socioeconômicos* que simbolizam a dificuldade em manter um doente mental em casa; aos fatores *psicossociais*; e às informações *explicativas* ou *justificadoras* que os sujeitos expressaram, através de opiniões de caráter afetivo e cognitivo sobre o fenômeno do cuidar do doente mental em casa.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	Unidades de Análise	
		F	%
DESCRIBÇÃO DAS MANIFESTAÇÕES SOBRE O CUIDAR DO DOENTE MENTAL EM CASA (DMCDMC)	- Relacionais	57	26%
	- Socioeconômicas	34	15%
	- Psicossociais	58	26%
	- Explicativas/Justificadoras	75	33%
TOTAL		224	100%

TABELA 1 – Distribuição das unidades de análise temáticas e percentuais das subcategorias referentes às descrições das manifestações do cuidar do doente mental em casa. Salvador, 2005.
Fonte: Pesquisa direta da autora.

De acordo com os dados apresentados na Tabela 1, pode-se verificar que as manifestações explicativas/justificadoras tiveram maior frequência com 33% das unidades de registro, seguidas por 26% das manifestações psicossociais e relacionais; e 15% de manifestações socioeconômicas. Tais resultados demonstraram que prevalece a necessidade da família em expor o problema que lhe aflige, ao tempo em que tenta explicar a forma pela qual cuida do paciente, bem como justificar o porquê de a conduta adotada estar ancorada nos sentimentos e no senso comum das famílias.

A apreensão das representações sociais sobre o cuidar do doente mental na visão da família correspondem, portanto, à função de determinar condutas e promover a comunicação entre os indivíduos, conferindo assim um sentido a estas representações através da interação existente entre família e doente mental (MOSCOVICI, 1978).

Neste contexto, apresenta-se cada uma das subcategorias juntamente com suas respectivas características. Acrescente-se que os discursos relatados na análise não possuem identificação de sujeitos, pois são feitos em formato de unidades de registro ou unidades temáticas. Conforme orienta Bardin (1977), para se fazer uma Análise de Conteúdo Categorical Temática, há de se descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, e cuja presença ou frequência podem significar alguma coisa para o objeto analítico escolhido; no caso, as representações sociais do cuidar do doente mental em domicílio.

O autor refere, ainda, que a unidade de registro, também denominada unidade temática (ou tema⁴) é, geralmente, utilizada para estudar motivações, opiniões, atitudes, valores, crenças e tendências às respostas de questões abertas de entrevistas semi-estruturadas que são, freqüentemente, analisados tendo o tema como base.

SUBCATEGORIA A1 - Relacionais (DMre)

Esta subcategoria denota as situações de relacionamento existentes no cotidiano do domicílio entre a família e o doente mental, em uma frequência de 26% das unidades temáticas relativas às manifestações sobre o cuidar do doente mental em casa. Destacam-se os relatos referentes às agressões físicas e psicológicas sofridas pelos familiares, além de refletir sentimentos, tais como o medo, o receio e a desconfiança por parte da família.

[...] eu sou quem ele agride mais, o meu filho com esse problema de ouvir vozes tenho que ter cuidado, porque a primeira pessoa que ele desconhece sou eu [...].

[...] quando ele acorda a noite, ele é de lua, fica muito agressivo já puxou até faca pra mim [...].

[...] muita rebeldia, ele tem um problema seríssimo comigo, acha que todo mundo é do bem, menos eu [...].

[...] ele agride com palavras, é uma agressão terrível mesmo [...].

⁴ Unidade de significação complexa, de comprimento variável, a sua validade não é de ordem lingüística, mas antes de ordem psicológica. Podem construir em um tema tanto uma afirmação quanto uma alusão, inversamente um tema pode ser desenvolvido em várias afirmações. Enfim, qualquer fragmento pode reenviar para diversos temas (BARDIN, 1977, p. 105).

[...] só mora eu e ela, ela passa o dia nervosa e fica constantemente brigando comigo [...].

Pode-se perceber, através da análise das unidades temáticas supradescritas, que a família é a primeira a sofrer com as agressões dos doentes mentais, apesar de serem estes seus cuidadores mais próximos, e isto provoca muitos sentimentos negativos. Os cuidadores, no caso os familiares, expressam que os momentos de maior tensão são aqueles em que se manifestam as crises dos doentes mentais. Há, com isso, uma dificuldade de quem cuida em compreender e evitar um desfecho ruim para a crise sofrida, que, geralmente, culmina em agressão; quem cuida, geralmente tem medo de cuidar (GONÇALVES; SENA, 2001).

Outra situação perceptível na análise das falas está relacionada à insegurança que a família sente em relação à presença do doente mental em casa. Reforçando esta análise, Oliveira e Jorge (1998) afirmam ser notável que os conflitos e as tensões causadas pelo convívio com os doentes mentais constituam um dos maiores problemas enfrentados pelos familiares. A imprevisibilidade do paciente é uma fonte de tensão, em casa, que dá origem a sensações de incerteza e insegurança.

Na convivência do doente mental com a família, existe uma interferência constante da doença no cotidiano familiar, de forma que alguns de seus membros não compreendem ou, simplesmente, não têm paciência para lidar com o portador de transtorno mental. Em alguns depoimentos, observa-se que o doente mental é tido, muitas vezes, como um fator de incômodo e de empecilho para uma vida familiar em harmonia. Neste caso, o doente é o perturbador da paz dos que com ele convivem.

[...] quando ele não dorme ele também não me deixa dormir [...].

[...] quando ele não dorme ele mexe em tudo dentro de casa pra me chamar a atenção e não me deixar dormir [...].

[...] às vezes ele me tira a paciência [...].

[...] destrói tudo e a gente não pode falar nada [...].

Torna-se evidente que conviver com um portador de transtorno mental em casa é bastante difícil para a família. Segundo Koga e Furegato (1998), não é uma tarefa fácil a convivência com alguém que, por muitas vezes, fica acordado durante uma noite inteira, conversando sozinho ou falando coisas que só faz sentido para si próprio. Tal episódio, repetido várias vezes, contribui para que o clima dentro de casa se torne alterado e pesado.

Por outro lado, diferentemente dos relatos anteriores, existem familiares que referem não ter problemas ou dificuldades em conviver com o doente mental em casa.

[...] dentro de casa quando ele tá tomando o remédio é uma pessoa ótima [...].

[...] ele não me responde e nunca me agrediu com a doença dele [...].

[...] a gente tem um relacionamento bom [...].

[...] eu acompanho ele aqui ou na casa da minha mãe, ele não é uma pessoa tão agitada [...].

[...] com o pai e com os irmãos ele é carinhoso, não é agressivo e gosta de brincar [...].

Entretanto, é possível que haja uma boa convivência entre familiares e doentes mentais; isto porque, conforme reforçam Nasi; Stumn; Hildebrant (2004), a minimização dos sintomas, ou mesmo a ausência destes, torna o dia-a-dia com a família mais tranquilo; isto é, à medida que a sintomatologia é reduzida, a convivência familiar fica bem mais próxima da normalidade e parecida com o cotidiano de famílias que não possuem um doente mental entre seus membros. Segundo esses autores, outra forma de manter a convivência familiar mais harmônica é através do uso de medicamentos que ajudam a manter estável o quadro clínico do portador de transtorno mental.

Dessa forma, verifica-se que a maioria das famílias ancora o cuidar de um doente mental, em domicílio, como uma tarefa árdua e penosa, enquanto para outros esta convivência é pacífica, na medida em que o doente apresenta características que o aproximam de uma pessoa que não possui transtorno mental, ou seja, não traga insegurança ou medo aos membros da família.

SUBCATEGORIA A2 – Socioeconômicas (DMse)

As entrevistas realizadas com os sujeitos apontaram a dificuldade financeira como um dos principais obstáculos ao cuidar dos doentes mentais em domicílio. As manifestações socioeconômicas detiveram 15% das unidades de registro desta categoria. Os sujeitos da pesquisa indicam problemas como a falta de recursos financeiros para fornecer uma assistência de melhor qualidade aos portadores de transtornos mentais.

[...] sem dinheiro não se tem nada, o sacrifício na família cresceu [...].

[...] está muito difícil as condições de vida dela e eu não tenho como ajudar [...].

[...] uma casa onde todo mundo é desempregado, onde não temos plano de saúde é muito difícil [...].

Tais relatos evidenciam a grande dificuldade da família, por ter que conviver com os doentes mentais, pelo que isto representa em termos econômicos. Trata-se de ônus muito pesado para as famílias, principalmente as de baixa renda, a manutenção e o sustento de um membro improdutivo em casa (GONÇALVES; SENA, 2001).

Outro obstáculo que provoca mudança no cotidiano das famílias é o fato de o doente mental já ter sido produtivo e, de alguma forma, este auxiliava nas despesas da casa, conforme reforçam as falas dos sujeitos da pesquisa.

[...] ele tem uma pensão, porque já chegou a trabalhar, quando ele adoeceu ele trabalhava [...].

[...] foi de repente que ficou doente e por isso nunca mais trabalhou [...].

[...] antes ele trabalhavam pra me ajudar agora eu que sustento a casa sozinha [...].

De acordo com Cavalheri (2002), a sobrecarga financeira expressa pelos familiares dos doentes mentais advém das dificuldades de estes pacientes manterem o vínculo empregatício após o adoecimento.

Segundo relata esse autor, existem, ainda, despesas com medicamentos e, algumas vezes, comprometimento do emprego de outro familiar que necessita acompanhá-lo nas obrigações fora de casa, conforme encontrado nas entrevistas.

[...] eu ainda tenho que comprar os remédios dele algumas vezes [...].

[...] mudou muito, eu não tô podendo trabalhar porque estou tendo que acompanhá-lo, todo dia, todo tempo [...].

Para a família, ter que sustentar um portador de transtorno mental é mais uma dificuldade a ser enfrentada, pois a maioria dos entrevistados tem baixa renda e vive com dificuldades, não tendo, muitas vezes, a estrutura mínima necessária para cuidar do paciente. Esta família vive em condições subhumanas e conta com a ajuda e a caridade de amigos e vizinhos.

[...] temos alguma ajuda de parentes que a gente sabe que não é suficiente [...].

[...] eu trabalho mas não tenho curso de nada, ai é difícil e ela precisa de ajuda pra sobreviver, recebemos ajuda dos vizinhos [...].

[...] está sendo muito difícil pra nos porque não temos ninguém no momento trabalhando, os parentes ajudam as vezes [...].

No entanto, existem casos em que a renda familiar é complementada com a renda dos próprios portadores de transtorno mental, que, segundo os familiares, é proveniente das pensões ou mesmo de aposentadorias que recebem e que ajudam no sustento da família.

[...] um salário dele e um salário meu, pra nos que vivemos com doenças ficamos sem dinheiro pra nada, porque tem água e luz, não sobra nada [...].

[...] as rendas são só da aposentadoria deles e de minha mãe, mas só da mesmo pra comer, pagar a luz e a água e acabou [...].

Dando embasamento a tais afirmações, Oliveira e Jorge (1998) colocam que algumas famílias dependem da doença de algum de seus membros, porque retiram dos benefícios, como, por exemplo, a aposentadoria recebida pelo paciente, o sustento para todos da família, o que, obviamente, não exclui a sobrecarga emocional que toda esta situação acarreta.

SUBCATEGORIA A3 – Psicossociais (DMps)

Dentre as quatro subcategorias que integram as descrições das manifestações do cuidar do doente mental pela família, a subcategoria referente às manifestações psicossociais

tiveram a maior frequência, ou seja, 26% das unidades de registro. Tais manifestações estão intimamente relacionadas com sentimentos de tristeza, dor, sofrimento, solidão e preocupação.

[...] é muito triste, a gente fica sozinha, é que tem a responsabilidade por ele [...].

[...] é muita preocupação, muita luta [...].

[...] eu vou ficar preocupada se ela sumir de casa, eu sinto que é uma responsabilidade minha e eu não quero que isso aconteça [...].

[...] tenho um sentimento de tristeza, mas procuro não demonstrar isso pra ele [...].

[...] Ah! É muito sofrimento, com meu filho mesmo eu sofro muito, tudo ele me pede [...].

[...] é doloroso, a gente sofre muito, minha mãe sofre demais [...].

A família demonstra, por meio de relatos, que cuidar de um doente mental dentro de casa envolve inúmeros sentimentos relacionados à dependência do paciente; ao não conformismo com a doença do ente querido; à preocupação com a segurança deste para que não se machuque ou se perca na rua; ao fato de muitas vezes não contarem com a ajuda de outras pessoas no cuidar deste doente, o que provoca no cuidador uma sensação de solidão, como é o caso das mães que possuem outros filhos dentro de casa, mas que cuidam sozinhas do filho doente mental.

De acordo com Ackerman (1986), quando as relações familiares não correspondem às expectativas dos membros da família, como no caso da presença de um ente portador de transtorno mental, a família fica caracterizada por sintomas típicos de ansiedade, conflito interior e sentimentos como tristeza e angústia.

Em outras manifestações da família sobre o cuidar do doente mental, a forma como é encarado este fato por alguns familiares demonstra ser completamente divergente da anterior, pois relatam que, para se ter êxito ao cuidar de um doente mental, é necessário ter sentimentos como a paciência, o amor, o carinho e, até mesmo, a esperança.

[...] é como eu digo, a esperança é a última que morre, eu não perco minha esperança [...].

[...] é da carinho, amor, compreensão [...].

[...] agora o carinho é ainda maior [...].

[...] a gente tem que ter segurança [...].

[...] é mostrar nosso amor, amor e cuidado ele mesmo vê o cuidado, o amor e a paciência que eu tenho com ele [...].

[...] cada dia que passa procuro ter mais amor e mais paciência com ele [...].

Torna-se perceptível, através das falas dos entrevistados, o sofrimento e a dificuldade da família em encontrar alternativas para cuidar do doente mental sem se deixar abater pela descrença e sentimentos negativos. É visível a demonstração de maleabilidade e paciência ao lidar com o doente mental no dia-a-dia. Ao embasar esta afirmação, Jodelet (1989) diz que no cotidiano do cuidar de um doente mental é necessário que haja maleabilidade e flexibilidade por parte dos cuidadores, para que consigam uma boa adaptação à situação. No cotidiano do cuidar, faz-se necessário que a família consiga controlar suas próprias expressões de humor, para que possam apreender as possíveis reações dos doentes mentais, e conseguir lidar com elas.

Pode-se observar que as manifestações psicossociais da família, ao cuidar do doente mental em domicílio, são por vezes contraditórias e variam de acordo com o modo com que esta enxerga o doente mental e sua doença. Conviver com um portador de transtornos mentais acarreta, na maioria dos casos, ter que conviver com limitações e desgastes no cotidiano familiar. Na realidade, o que difere é a forma com que alguns dos atores sociais encaram o fenômeno do cuidar de um doente mental em casa; entretanto, mesmo nos relatos mais otimistas e nos discursos mais carregados de sentimentos amorosos e de carinho, foi perceptível a representação de manifestações de dor e sofrimento por parte de todos os sujeitos entrevistados neste estudo.

SUBCATEGORIA A4 – Explicativas/justificadora (DMej)

As manifestações relativas às questões explicativas e justificadoras detiveram, também, 26% das unidades temáticas da categoria analisada, unidades estas compostas de

inúmeras explicações e justificativas sobre o porquê de tal paciente ter sido acometido pela doença mental ou do medicamento não haver sido ministrado no horário correto ou de o doente mental ter faltado à consulta médica ou, mesmo, o porquê de determinadas formas de tratamento serem utilizadas por parte dos familiares, como, por exemplo, prender o doente em casa para que este não vá para a rua.

[...] porque no início foi com alcoolismo, começou a beber demais, a ficar sem dormir e aí dava crise, por isso chegou a ser internado pela primeira vez em 2003 [...].

[...] eu não estou em casa no horário do remédio dele, então ele toma dois comprimidos fora da hora porque ele só toma se for comigo [...].

[...] esses dias ele caiu e torceu o pé, aí não deu para trazê-lo ao médico [...].

[...] ele tem problemas com a polícia, a gente prende ele pra ele não ir beber na rua [...].

Tais relatos denotam a forma pela qual os familiares recorrem sobre seu modo de vida e de proceder junto a um portador de transtorno mental. Durante as entrevistas, foi percebido o esforço do familiar em demonstrar como o doente é cuidado, como também a tentativa de justificar a realidade, mesmo não tendo conhecimento em relação à doença.

[...] eu achava as atitudes dele absurdas, depois ele voltava ao normal, mas em pouco tempo tinha problemas de novo [...].

[...] eu acho que o problema era da personalidade dele, mas depois percebi que era uma doença [...].

[...] o problema dele é mental pelo fato de não dormir, de escutar vozes, essas coisas [...].

[...] não percebíamos que era problema mental, minha mãe achava que ele era só agitado [...].

De acordo com Jodelet (1989), o desconhecimento demonstrado pelos atores sociais em relação à doença de seu ente advém das hesitações, recusas e, até mesmo, fugas relacionadas ao embaraço e reticências que manifestaram os sujeitos deste estudo ao enfrentar, diretamente, na comunicação, o fato psiquiátrico. A ignorância relacionada ao tema “doença mental” refere-se, na ordem da representação, à hesitação da família em obter informações sobre a doença, pois o contato com esta traz sofrimento e apreensão.

Outra manifestação relatada pelos sujeitos a respeito das manifestações explicativas/justificadoras foi sobre a importância da medicação na vida do doente mental e

de sua família; isto porque o remédio, segundo os próprios familiares, mantém os pacientes estáveis, calmos e relaxados.

[...] enquanto o medicamento não faz efeito ele não fica relaxado [...].

[...] quando ela tá tomando remédio ela fica mais calma [...].

[...] por exemplo, de manhã olhamos logo o remédio e como ele passou durante a noite [...].

[...] mas dá pra controlar, com os remédios e com a atenção que eu dou pra ele dá pra controlar [...].

Para dar sustentabilidade aos relatos supramencionados, Nasi; Stumn e Hidelbrant (2004) afirmam que o uso de medicamentos mantém o doente mental estável e facilita a convivência familiar. Koga e Furegato (1998) dizem, ainda, que, sempre que o doente mental se agita ou enfrenta uma crise, a família procura os médicos para adquirir receita de medicamentos, objetivando manter a estabilidade do doente. Entretanto, Townnsend (2002) alerta que somente os medicamentos, por si sós, não são capazes de recuperar um portador de transtorno mental, pois também se faz necessário o uso de terapias individuais ou em grupo, para que o tratamento seja mais eficaz.

CATEGORIA B – Implicações relacionadas ao cuidar do doente mental em casa (IRCDMC)



Figura 3 – Implicações do cuidar.
Fonte: Pesquisa direta da autora.

Cuidar de um doente mental em domicílio submete as famílias a implicações desagradáveis. Acarretam situações como a desestabilização da estrutura familiar, abalada por comportamentos estressantes que provocam dificuldades de convivência entre o doente

mental e a família, além de queixas dos familiares que cuidam dos portadores de transtorno mental em relação à falta de liberdade de ir e vir, mas também a falta de lazer, já que o doente mental necessita de vigilância constante, e, por fim, o desgaste físico e psicológico dos familiares no dia-a-dia, devido ao estresse e ao estado de tensão a que estão expostos.

Segundo afirmam Oliveira e Jorge (1998), os desgastes, as tensões, os conflitos e o clima emocional dentro de casa constituem os maiores problemas enfrentados pela família de um doente mental. Esta situação contribui não somente para afetar a qualidade de vida familiar como também a saúde física e mental dessa família.

A Categoria B está subdividida em 54 unidades de registro distribuídas em três subcategorias, que denotam as implicações do cuidar de um doente mental para a família. As subcategorias referem-se à *desestabilização familiar* sofrida pela família, decorrente de divórcios, desentendimentos e queda na renda familiar; à *restrição de liberdade* de quem cuida, por necessidade de constante acompanhamento do doente mental; e ao *desgaste físico/psíquico*, sofrido muitas vezes pela grande maioria dos sujeitos da pesquisa.

A Tabela 2, seguinte, demonstra a distribuição das unidades de registro por categorias, e que, dentre todas as unidades de registro obtidas e que fazem referência às conseqüências do cuidar do doente mental em casa, 39% encontram-se na categoria relativa ao desgaste físico/psíquico da família; 35% relacionam-se à desestabilização familiar; e, em menor freqüência, abrangendo 26% das unidades de registro, encontra-se a subcategoria sobre restrição de liberdade dos familiares.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	Unidades de Análise	
		U.A.	%
IMPLICAÇÕES RELACIONADAS AO CUIDAR DO DOENTE MENTAL EM CASA	- Desestabilização Familiar	19	35%
	- Restrição de liberdade	14	26%
	- Desgaste Físico/Psíquico	21	39%
TOTAL		54	100%

TABELA 2 – Distribuição das unidades de análise temáticas e percentuais das subcategorias referentes às implicações relacionadas ao cuidar do doente mental em casa. Salvador, 2005.

Fonte: Pesquisa direta da autora.

SUBCATEGORIA B1 - Desestabilização familiar (IRCdf)

O convívio familiar, segundo Berenstein (1988), divide a família em dois blocos: os sadios e os doentes; sendo que o segundo é composto, geralmente, por uma só pessoa, o doente mental, neste caso, o portador de transtorno psíquico é apontado pela família como o principal causador do desequilíbrio familiar.

A subcategoria aqui descrita detém 35% das unidades de registro relacionadas às conseqüências do cuidar do doente mental; tais unidades descrevem situações de desarranjo familiar e de casais que, não suportando ter como parceiro um doente mental, inclinam-se para a separação.

[...] ele era o cabeça da casa, a pessoa mais centrada, vai fazer três anos que ele esta doente, ai desestabiliza a casa toda [...].

[...] atrapalha tudo, atrapalha a vida dele e desestrutura toda a família [...].

[...] queria me separar, eu falei com o irmão dela essa semana que acho que vou me separar porque não vai dar certo não [...].

[...] eu que sou filha ainda agüento, mas meu marido não tem que ficar agüentando [...].

[...] ele tinha mulher e a mulher foi embora [...].

Os discursos apresentados relacionam-se ao fato de que, em certo ponto, os familiares perdem o estímulo de continuar a cuidar de um portador de transtorno mental, e isso causa conflito familiar. De acordo com Ackerman (1986), este tipo de conflito predispõe ao desequilíbrio das relações familiares, levando à ruptura da comunicação, à regressão e à desintegração da família.

Crises e desenvolvimento, bem como desestruturação e reorganização fazem parte do processo de desenvolvimento das famílias, pois não existe desenvolvimento sem crise, mesmo que os desfechos da crise nem sempre levem ao desenvolvimento, como é o caso da maioria das famílias que tem como responsabilidade cuidar de um doente mental. Em contrapartida, a família necessita encontrar seu equilíbrio de acordo com o desenvolvimento

de cada um de seus membros, entre “necessidades de proximidade e necessidades de separação, necessidades de pertencer e de liberdade pessoal.” (BIASOLI-ALVES, 1999).

SUBCATEGORIA B2 - Restrição de liberdade (IRCrl)

Esta subcategoria deteve 26% das unidades temáticas relativas às conseqüências do cuidar do doente mental no domicílio, isto demonstra a necessidade de liberdade por parte dos familiares que cuidam dos doentes mentais. Dentre as queixas, apresentam-se a falta de liberdade de sair de casa; de realizar viagens; como também de aproveitar oportunidades de lazer, devido à incapacidade de o portador de transtorno mental ficar sozinho, sem a vigilância de uma outra pessoa.

[...] a gente se ocupa demais, não tem tempo pra se divertir, o dia a dia da gente é só cuidar do doente, até para sair é difícil [...].

[...] se eu quiser viajar ele empata um pouco, isso me incomoda porque sempre tem que ter uma pessoa com ele [...].

[...] não posso trabalhar porque não tem quem fique com ele, tem sempre que haver alguém pra observar ela, para ela não estar na rua, porque a gente nunca sabe [...].

Da maneira como foi relatado pelos sujeitos desta pesquisa, há um desgaste por parte dos membros da família que cuidam mais diretamente dos doentes mentais em casa, e que são responsáveis por eles. Isto porque existe limitação da liberdade destes familiares; deste modo, todo o processo de rotina da família é, também, alterado. Segundo Koga e Furegato (1998), fazem parte das rotinas familiares as atividades de ir e vir, os cuidados com a higiene do próprio corpo, e até mesmo a realização de tarefas corriqueiras da casa; portanto, sendo o doente mental dependente da família para realizar sua própria rotina, o familiar que cuida acaba por assumir as atividades do doente, interrompendo, com isso, suas próprias atividades.

As autoras sustentam, ainda, que muitas das queixas dos familiares dos doentes mentais são referentes à interrupção nas atividades de lazer, à impossibilidade de o doente

ficar só em casa, e à própria falta de interesse do paciente. Desta forma, para os familiares, tais limitações representam mais um ponto de sofrimento, pois aumentam o estresse diário e a insatisfação vivenciada por eles.

SUBCATEGORIA B3 - Desgaste físico/psíquico (IRCfp)

Dentre as categorias relacionadas às implicações do cuidar do doente mental em casa, para a família, a subcategoria desgaste físico/psíquico foi a que teve maior frequência (39%). Caracteriza-se pelo desgaste físico e psicológico dos familiares que cuidam de um portador de transtorno mental em casa, de diversas maneiras: adoecimento de quem cuida (constatado pelo aparecimento de algumas doenças crônicas como a hipertensão arterial); dos estresses diários; das dificuldades de cuidar; e também através de tentativas de utilização de chás e sucos para manter a calma.

[...] se ele fica quinze dias, ou três semanas comigo dentro de casa eu fico mal também [...].

[...] quase sempre quando ele sai de casa pra se internar ele me deixa acamada [...].

[...] to passando a tomar chazinho, suco de maracujá, tudo pra acalmar [...].

[...] eu agora estou com problema de coração e pressão alta, é muito difícil e muito complicado[...].

[...] eu não posso descansar um minuto dentro de casa porque eles não deixam [...].

Segundo os relatos supramencionados, ter um doente mental em casa traz uma série de conseqüências para a saúde dos familiares. Koga e Furegato (1998) colocam que, muitas vezes, a convivência estressante com portadores de transtornos mentais resulta em doenças para a família que cuida, e esta, conseqüentemente, apresenta dificuldades para dar assistência ao portador de doença mental, pois, estando abatida física e emocionalmente, e ainda ter que assumir a responsabilidade de cuidar de um doente mental, torna-se uma tarefa quase impossível.

Em relação ao desgaste físico/psíquico dos familiares de doentes mentais, encontram-se vários fatores agravantes que resultam no estresse e, muitas vezes, no adoecimento dos membros da família, dentre estes se destacam, principalmente, a grande dependência que o doente mental possui para realizar tarefas corriqueiras, como, por exemplo, tomar banho e comer.

[...] eu praticamente tenho que fazer tudo por ele, ele não toma banho direito, as vezes eu mando e ele sai todo sujo de sabão, ai eu tenho que dar banho denovo, me cansa [...].

[...] eles dois tomam banho sozinhos, mas comida eu que tenho que dar, eles não aceitam que eu tenha alguém dentro de casa pra me ajudar [...].

[...] eu que tenho que dar comida, remédio, até roupa tenho que lavar e dar lavada [...].

Diante dos fatos relatados, torna-se perceptível a dificuldade da família em cuidar de um doente mental; entretanto, ao tempo em que a família se desgasta para cuidar, também sente-se responsável pelo doente, e assimila o cuidar como uma obrigação a ser cumprida. Observa-se, neste caso, a presença da função relacionada à formação de condutas, já que este senso de responsabilidade ancora-se na cobrança social, pelo fato de o doente mental ser um parente próximo, e, por isso, não deve ser abandonado. Segundo Andrade (1996), o cuidar do doente mental dentro de casa provoca a deterioração do bem-estar físico e emocional do familiar cuidador.

CATEGORIA C – Atitudes frente ao cuidar do doente mental em casa (AFCDMC)

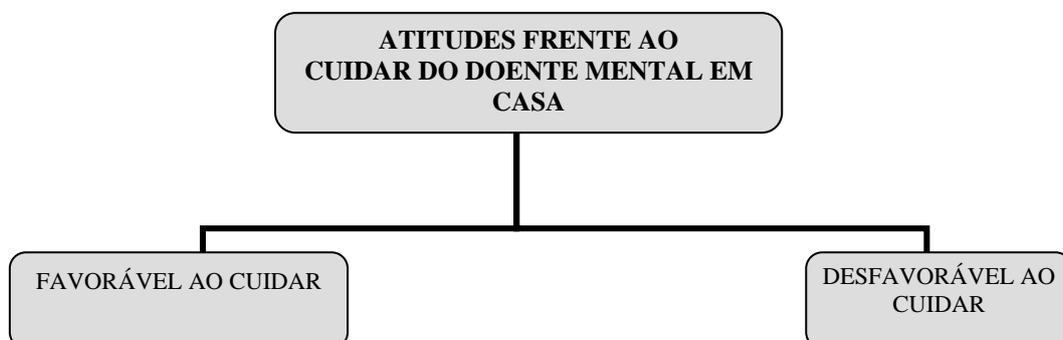


Figura 4 – Atitudes frente ao cuidar.

Fonte: Pesquisa direta da autora.

Esta categoria demonstra a atitude dos familiares no que se refere a cuidar de uma pessoa que tenha problema mental dentro de casa. Para muitos familiares, é preferível, apesar de todas as dificuldades existentes, que o doente mental esteja em casa, ao invés de estar internado em uma instituição. Muitos dos relatos demonstram a boa vontade e o carinho com que uma parte dos sujeitos desta pesquisa cuida de seus parentes portadores de transtornos mentais; com isso surgiu a subcategoria que demonstra atitudes favoráveis ao cuidar dos doentes mentais pelos familiares.

Por outro lado, houve relatos de familiares que demonstraram atitudes contrárias ao cuidar do doente mental no domicílio, isto é, que acharam preferível que estes estivessem internados; pois julgavam ser muito difícil dar uma assistência adequada a estes doentes; daí derivou a subcategoria que denota as atitudes desfavoráveis ao cuidar dos portadores de transtornos mentais em casa.

Segundo Silva et al (2002), a família do doente mental tanto pode ajudar quanto atrapalhar o processo da doença, tanto pode ser capacitada ou incapacitada para cuidar, e isto depende da existência ou não de saúde familiar, necessária para o sucesso da assistência prestada ao familiar enfermo. Desta forma, deve-se observar como esta família cuida do usuário, identificando suas dificuldades e forças, para daí compreender a divergência entre as opiniões dos familiares quanto a cuidar de um doente mental em casa ou não.

Esta categoria é composta de 50 unidades de registro, sendo que, destas, 36 são referentes a relatos favoráveis ao cuidar do portador de transtorno mental em domicílio, tendo assim uma frequência de 72%. Na subcategoria que demonstra posicionamentos contrários ao cuidar do doente mental em casa, encontram-se 14 unidades de registro, tendo assim uma frequência de 28%. Para melhor visualização os dados estão na Tabela 3.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	Unidades de Análise	
		U.A.	%
ATITUDES FRENTE AO CUIDAR DO DOENTE MENTAL EM CASA	- Favorável ao cuidar	36	72%
	- Desfavorável ao cuidado	14	28%
TOTAL		50	100%

TABELA 3 - Distribuição das unidades de análise temáticas e percentuais das subcategorias referentes às atitudes frente ao cuidar do doente mental em casa. Salvador, 2005.

Fonte: Pesquisa direta da autora.

SUBCATEGORIA C1 – Favorável ao cuidar (AFCfc)

As atitudes favoráveis ao cuidar manifestadas pelos familiares em relação ao cuidar do doente mental detiveram 72% das unidades de registro desta categoria; diante disso, pôde-se perceber, através dos discursos, uma elevada quantidade de posicionamentos, que demonstraram afeto, amor, carinho, por parte dos familiares, além de demonstrações explícitas do desejo de que o doente mental permaneça em casa e não seja internado.

[...] a gente tenta ao máximo ouvi-lo, tranquilizá-lo e acho que é o que toda família tem que fazer [...].

[...] ele só teve uma crise mesmo, ficou internado no Sanatório São Paulo, mas eu prefiro ele em casa, é melhor [...].

[...] a gente tem que ter atenção, muito carinho, muita paciência, dar a alimentação na hora certa [...].

Estes sentimentos demonstram que, não obstante todas as dificuldades, representadas pelas famílias dos portadores de transtornos mentais, existe uma disposição para cuidar do doente mental em domicílio, sendo este fator um importante aliado à reinserção do doente mental na sociedade. De acordo com Gomes (1994), a família é tida como agente primário da socialização do portador de transtorno mental e auxilia para que este tenha um desenvolvimento e um crescimento psicológico saudável.

Muitas famílias representam o cuidar do doente mental através do atendimento a suas necessidades; em especial as que estão relacionadas à medicação, à alimentação e até

mesmo ao diálogo. Por isso a família é considerada demasiadamente importante para o crescimento e desenvolvimento, como também para a promoção da saúde e do bem-estar dos seus (PENNA, 1992).

[...] eu tenho cuidado com ele durante todo o dia, presto atenção nos remédios que o médico passou pra tomar na hora certa e ver alguma reação diferente [...].

[...] lá em casa, somos eu, meus dois filhos e ele e todos ajudam a cuidar dele, a gente tem a maior paciência de sentar e conversar, todos estão ali para dar atenção [...].

[...] nós somos seis pessoas e todo mundo cuida [...].

Pode-se constatar, com base nesses relatos, que a família do doente mental demonstra, através de sentimentos positivos, a vontade de mantê-los em domicílio, sob seus cuidados, e busca, constantemente, manter um equilíbrio na sua convivência com o portador de transtorno mental. Para Althoff (2001), a família requer honestidade, respeito e uma série de valores como essenciais para um convívio harmonioso. Nessa relação, torna-se fundamental o respeito à individualidade, o reconhecimento das diferenças, a compreensão e a confiança entre seus membros. Além disso, é necessário que haja uma comunicação e atribuições familiares de modo a atender às necessidades de cada membro, incluindo o doente mental.

SUBCATEGORIA C2 – Desfavorável ao cuidar (AFCdc)

Esta subcategoria obteve uma frequência de 28% dentre as unidades de registro relativas às atitudes desfavoráveis ao cuidar do doente mental pela família em domicílio. Os relatos dos familiares demonstram a dificuldade que muitos têm para dar assistência a um paciente com transtorno psíquico em casa; e, devido a isso, muitos são claros ao afirmar sua preferência pelo internamento. De acordo com Oliveira e Jorge (1998), muitas famílias deixam seus doentes em manicômios com o propósito de aliviar as tensões dentro de casa.

[...] ele trouxe dificuldade, eu prefiro que ele fique internado [...].

[...] ele tem que ficar internado porque quando fica em crise eu não posso conter ele em casa não [...].

[...] eu cuido porque não tem outra opção, pra família ele é um peso [...].

[...] ele dentro de casa é muito ruim [...].

Os discursos mostram de forma clara o descontentamento de muitos familiares em ter que conviver com a doença mental em casa. Para estes sujeitos, os doentes mentais são um peso, e exige muito esforço da família para cuidar deles. Embasando esta afirmação, Oliveira e Jorge (1998) colocam que existe uma grande rejeição por parte da família em relação aos pacientes psiquiátricos, e que, muitas vezes, preferem que os pacientes fiquem internados, pois julgam que seria impossível uma convivência pacífica devido aos insuportáveis conflitos. Em muitos casos, os portadores de transtornos mentais são abandonados nas instituições, onde o descaso e a negligência podem levar ao fracasso terapêutico.

Logo, conviver com doentes mentais em casa não constitui uma tarefa fácil, e a falta de preparo dos familiares para cuidar destes pacientes também pode contribuir para que sejam abandonados em hospitais psiquiátricos. Tal situação proporciona grande contribuição para que estes pacientes sejam abandonados em hospitais psiquiátricos. Segundo Macedo (1996), estudos revelam que a família, quando recebe apoio profissional, torna-se uma aliada para tirar o doente mental da instituição e reinseri-lo na sociedade.

Oliveira e Jorge (1998) afirmam que, quando a estrutura familiar é abalada pela doença mental, os familiares, muitas vezes, preferem abrir mão do doente, internando-o em uma instituição, a colaborar para sua recuperação. Isto contribui para o abandono dos doentes nos hospitais psiquiátricos, fazendo com que estes rompam os vínculos familiares e piorem ainda mais seu estado mental.

CATEGORIA D – Crenças religiosas (Fé) (CRFCDMC)

CRENÇAS RELIGIOSAS (FÉ)

Figura 5 – Crenças religiosas.

Fonte: Pesquisa direta da autora.

Esta categoria possui apenas 16 unidades de registro, entretanto, não é menos importante que as demais; isto porque os relatos presentes demonstram que muitos dos familiares ancoram-se em sua fé e em suas crenças religiosas, para suportar os sentimentos de dor e angústia que resultam do cuidar de um doente mental em casa. As falas dos atores sociais trazem à tona a importância da fé no cotidiano das famílias cuidadoras.

[...] eu dou graças a Deus, porque Deus me dá força, me dá coragem [...].

[...] só Deus sabe o quanto é difícil [...].

[...] só Deus sabe de onde é que vem minha força [...].

[...] a saúde é muito importante e eu agradeço muito a Deus por tê-la [...].

[...] fico muito nervosa com certas situações e por isso me apeguei muito mais à igreja [...].

[...] estou pedindo a Deus misericórdia, só Ele pode resolver, só Jesus para poder nos ajudar a agüentar [...].

Ao analisar esta categoria, torna-se clara a importância da religião para dar suporte aos familiares que cuidam de doente mentais. Percebe-se que muitos deles se apegam a suas crenças como uma forma de buscar conforto para a difícil situação de ter um portador de transtorno mental em casa. Muitos familiares buscam na fé a explicação para a doença mental, e juntamente com ela buscam também as forças divinas para que obtenham auxílio (VIANNA; BARROS, 2004).

4.2 Campo de representação ou imagem do cuidar do doente mental pela família em domicílio

Conforme já mencionado, na metodologia, os dados obtidos no Teste de Associação Livre de Palavras foram processados no *software* Tri-Deux Mots, e deram origem

a 752 palavras em resposta aos estímulos/indutores *doença mental* e *cuidar do doente mental*, sendo que, destas, 94 constituíram-se de palavras com significados diferentes.

A redução do conjunto de palavras deu-se pela organização em dicionários (APENDICE C e D), através do agrupamento de palavras com similaridade semântica; por exemplo, expressões como: “agressão”, “agressividade”, “nervoso”, “nervosismo” e “violência” foram reduzidas a uma só palavra – “agressão” – em resposta ao estímulo indutor *doença mental*.

No Gráfico 1, a seguir, encontram-se configurados dois lados fatoriais F1 e F2, apresentados em cores diferenciadas para facilitar a visualização e análise das modalidades pertencentes a cada um dos fatores, além das variáveis sociodemográficas que contribuíram para a formação dos dois eixos.

No eixo horizontal Fator 1 (F1), as modalidades são apresentadas na cor laranja; no eixo vertical Fator 2 (F2), as evocações são destacadas na cor azul; e para as modalidades que contribuíram com os dois fatores F1 e F2 foi atribuída a cor verde. Destaca-se, ainda, no final de cada palavra evocada o número que codifica para qual estímulo ela contribuiu com maior frequência; ou seja, o número 1 para *doença mental*, e o número 2 para *cuidar do doente mental*.

Através do gráfico 1, pode-se observar o conteúdo das representações ou imagem sobre o cuidar do doente mental pela família em domicílio. A partir da objetivação do fenômeno social em estudo, configurado no campo representacional do referido gráfico, foi possível fazer a leitura e interpretação das modalidades ou variáveis de opinião (palavras evocadas pelos sujeitos), correlacionando-as com as variáveis fixas ou variáveis sociodemográficas (idade, sexo, parentesco e escolaridade) organizadas em oposição segundo os eixos ou fatores (F1 e F2)

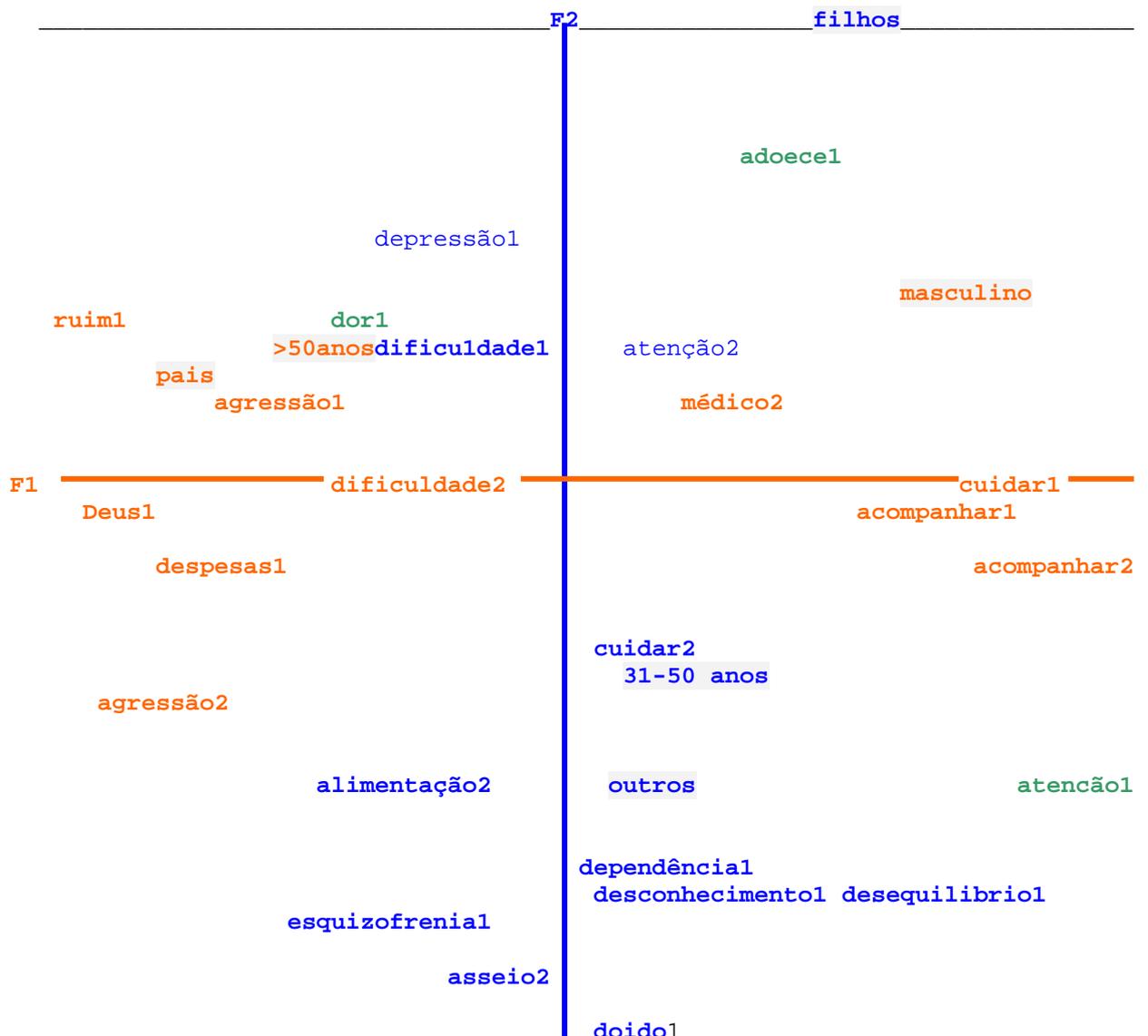


Gráfico 1 – Representação gráfica do plano fatorial sobre o cuidar do doente mental em domicílio pela família.

Fonte: Resultado da análise dos dados pelo software Tri-Deut-Most

Legenda

Plano fatorial	Palavras indutores	Variáveis Fixas
Fator 1 (F1) = [eixo horizontal – esquerda (negativo) e direita (positivo)]	1 – Doença Mental	- Idade
Fator 2 (F2) = [eixo vertical – superior (positivo) e inferior (negativo)]	2 – Cuidar do doente mental	- Sexo
Verde - modalidades que existem em ambos os fatores		- Parentesco
		- Escolaridade

Durante o procedimento analítico das evocações, foram consideradas as correlações existentes entre os diferentes grupos de caracteres, identificando, assim, as aproximações e oposições das modalidades. Tornam-se evidentes os campos semânticos definidos pelas palavras associadas aos estímulos e sua contribuição para formação dos dois fatores ou eixos que constituem o plano fatorial.

O procedimento analítico se deu seguindo a ordem estabelecida pelo Gráfico 1, iniciando-se no lado esquerdo (negativo) do F1 (eixo rosa) e lado direito (positivo) deste mesmo fator; e em seguidas as palavras que se encontram no lado superior (positivo) do F2 (eixo azul) e terminando no seu lado inferior (negativo).

FATOR 1 – Lado esquerdo (negativo)

No lado esquerdo do gráfico (negativo) do fator F1 (eixo horizontal laranja), encontra-se um conjunto de representações sociais sobre *doença mental e cuidar do doente mental*, elaborado pelos pais com idade superior a 50 anos; isto porque esta categoria de sujeitos foi a que mais contribuiu para as representações sociais do cuidar do doente mental em casa.

Estes sujeitos objetivam *doença mental*, com modalidades descritas como: *ruim, agressão, Deus, despesas e dor*. Através dessas modalidades, os pais relacionam a doença mental à busca na fé em *Deus*, utilizado-a como suporte e apoio para o enfrentamento das dificuldades encontradas no convívio com o doente mental. Estes achados complementam os das entrevistas analisadas, nas quais os familiares se apóiam nas crenças religiosas, além de referirem a doença mental como algo negativo que promove sofrimento, tristeza e *dor*, além de sofrerem *agressões* de seus doentes mentais. Em outra variável, referida nas evocações e relatadas nas entrevistas, no que diz respeito à doença mental, destacam-se as dificuldades financeiras vivenciadas no cotidiano dessas famílias.

Em relação ao *cuidar do doente mental*, os pais objetivaram duas variáveis de opinião com conteúdos negativos; quais sejam: *dificuldade e agressão*. Estas representações deixam claro que os familiares têm *dificuldade* em lidar com o doente mental dentro de casa, e que, por serem constantemente agredidos, associam o cuidar às agressões sofridas, objetivando que cuidar de um doente mental é sinônimo de ser agredido. Estes resultados

corroboram os achados de Koga e Furegato (1998), ao afirmarem que as manifestações agressivas são as principais causas da sobrecarga familiar.

FATOR 1– Lado direito (positivo)

No lado direito do Gráfico 1 (positivo) do mesmo fator F1, na cor laranja, observa-se a delimitação do agrupamento das representações sociais sobre os mesmos estímulos *doença mental* e *cuidar do doente mental*, construídas por familiares do sexo masculino, que cuidam de doentes mentais em casa.

Para o estímulo *doença mental*, os cuidadores do sexo masculino evocaram as modalidades: *adoecer, cuidar, acompanhar e atenção*. Evidencia-se, na concepção dos sujeitos, que a doença mental traz a imagem de ser uma doença, e que, por ter status de doença, justifica-se a necessidade de cuidados específicos, acompanhamento e *atenção*, por parte de quem cuida. Estas objetivações, portanto, atendem à função justificadora das representações sociais.

No caso do estímulo *cuidar do doente mental*, manifesta-se pelos cuidadores um campo representacional correspondente a *médico e acompanhar*, demonstrando que, para estes, cuidar de um paciente que tem transtorno psíquico significa acompanhá-lo ao médico. Segundo Vianna e Barros (2004), para muitos familiares, a busca por atendimento médico é a única maneira de prestar assistência de qualidade ao doente mental, a qual contribui para suprir as necessidades do doente e da família.

FATOR 2 – Lado superior (positivo)

No lado positivo do Gráfico 1, eixo superior F2 (vertical azul), as imagens representadas pelos estímulos *doença mental* e *cuidar de um doente mental* tiveram uma maior contribuição de evocações, por parte dos filhos dos doentes mentais.

No que se refere ao estímulo *doença mental*, os filhos, sujeitos sociais pesquisados, contribuíram neste fator com as evocações *adoeça, dor, depressão e dificuldade*. A modalidade *adoeça* evidencia que a doença mental é percebida pelos sujeitos como um distúrbio, que, para a família, se revela com muita dificuldade no cuidar diário, e que provoca sofrimento, expressado por sentimentos de *dor e depressão*. Estas representações corroboram com os achados anteriormente identificados nas entrevistas, nas quais há relatos que demonstram sentimentos de angústia vivenciados cotidianamente pelos familiares de doentes mentais.

Em relação ao estímulo *cuidar do doente mental*, os filhos objetivaram o cuidar com uma única modalidade: *atenção*. Essa palavra surgiu na elaboração do dicionário, que se deu através do agrupamento de palavras com similaridade semântica destacadas entre as evocações *horários de medicação e responsabilidades*. Por meio dessas modalidades e do conteúdo das entrevistas, os sujeitos reconhecem o cuidar de um portador de transtorno mental, como algo que requer *atenção* com o tratamento, disponibilizando a alimentação e o remédio na hora certa. Ao evocar a modalidade *atenção*, os sujeitos revelam, por outro lado, a falta de confiança, o medo e a insegurança que vivenciam ao ter um portador de transtorno mental em casa, exigindo *atenção* permanente à sua movimentação e às suas atitudes, tendo em vista o reconhecimento por parte dos familiares, da imprevisibilidade das reações que os portadores de doença mental apresentam.

FATOR 2 – Lado inferior (negativo)

No lado negativo do Gráfico 1 (eixo inferior fator 2), estão representadas as imagens dos estímulos *doença mental e cuidar do doente mental*, pelos sujeitos denominados como outros (os quais estão inclusos: avós, primos (as), tios (as), cunhados (as), genros, noras, sogros (as), vizinhos, entre outros), que se encontram entre 31 e 50 anos.

Neste sentido, para o estímulo *doença mental*, foram evocadas as modalidades: *atenção, dependência, desconhecimento, desequilíbrio, esquizofrenia, doido*. Considera-se, portanto, que, na visão destes sujeitos, o transtorno mental é uma doença que necessita de *atenção* por parte de quem convive com ela, que provoca *dependência* do seu portador, sendo este, muitas vezes, impossibilitado de realizar tarefas simples do seu cotidiano; tarefas estas que incluem a higiene pessoal, a alimentação, e seu próprio deslocamento.

Outra modalidade citada pelos sujeitos é o *desconhecimento* da doença, no que se refere às suas causas, suas conseqüências e, em especial, no que diz respeito às reações dos doentes no convívio com os familiares em domicílio. Ao referirem as variáveis *desequilíbrio, esquizofrenia e doido*, ancoram a doença mental nos aspectos culturais, como uma forma de conhecimento socioculturalmente elaborada e partilhada, construída pelos sujeitos sociais, ao reconhecerem a doença mental como enfermidade que promove desequilíbrio no doente e o deixa *doido e esquizofrênico*.

Para o estímulo *cuidar do doente mental*, foram evocadas as palavras *cuidar, alimentação e asseio*. Diante disso, apreende-se que, para os sujeitos representados pelos outros entre 31 e 50 anos, cuidar de um portador de transtorno mental inclui dar uma boa alimentação e realizar a higiene pessoal do doente. No caso da modalidade cuidar, apreende-se o sentido amplo da palavra, dando características mais gerais e demonstrando que a família tem a intenção de cuidar. Contudo, muitas vezes faltam estrutura e apoio para que este cuidar seja realizado de forma adequada.

Segundo Waidman (1998), os cuidadores do doente mental, muitas vezes, querem mantê-lo na família, no entanto, não possuem infra-estrutura necessária. Isto é, não têm conhecimento da doença nem dos fatores que levam ao agravamento do quadro clínico. E também, muitas vezes, não têm conhecimento do relacionamento e das condutas adequadas a serem tomadas com o doente, no cotidiano familiar.

Além disso, segundo Taylor (1992), pacientes com doença mental crônica raramente conseguem realizar suas tarefas domésticas e seus cuidados pessoais sozinhos; geralmente são dependentes do cuidado de algum membro da família. Essa situação traz mais uma dificuldade para os familiares cuidadores, pois é excessivamente desgastante ter que realizar todos os cuidados básicos de um adulto, como se este ainda fosse uma criança.

Pode-se observar, no decorrer da análise do Gráfico 1, que as variáveis fixas ou sociodemográficas que contribuíram em maior escala para o fator F1 foram *os pais acima de 50 anos e os familiares do sexo masculino*; e, para o fator F2, foram *os filhos e os cuidadores denominados outros* (avós, primos, tios, vizinhos) entre 31 e 50 anos de idade.

Para uma melhor visualização e compreensão, demonstra-se, através do Quadro 3, a seguir, uma relação de ordem decrescente das variáveis de opinião que contribuíram para a formação dos fatores F1 e F2. Pode-se observar que todas as modalidades do Gráfico 1 possuem Contribuição por Fator (CPF) (ANEXO B) acima da média, em que esta média, conforme já foi citada na metodologia, foi calculada através da divisão de 1000 pelo número de palavras diferentes, no caso, 94 palavras. Após esta divisão, o resultado foi multiplicado por dois, obtendo-se como média o numeral 21,27 aproximadamente. Neste quadro estão apresentadas as modalidades que mais contribuíram tanto para o fator 1 quanto para o fator 2. Assim, estas modalidades encontram-se em *itálico*; ou seja, as que tiveram maior CPF, de acordo com o estímulo dado; em **negrito** as modalidades que tiveram contribuição nos dois fatores.

O Quadro 3 demonstra que foram apreendidas vinte e quatro variáveis de opinião, que contribuíram para a formação dos fatores 1 e 2. De acordo com as frequências apresentadas, é permitida a visualização das modalidades objetivadas que demonstram as representações do cuidar do doente mental em casa para os dois fatores (F1 e F2). Os valores numéricos da contribuição fatorial demonstram que o estímulo *doença mental* apresentou uma

freqüência total de 1248 contribuições para a formação de fator (CFP); e para o estímulo *cuidar do doente mental* a freqüência foi de 530 CFP.

FATORES	ESTÍMULO – 1	CPF	ESTÍMULO – 2-	CPF
FATOR 1	1 – Doença Mental	f	2 – Cuidar do Doente	f
	<i>Cuidar</i>	108	<i>Acompanhar</i>	147
	Dor	88	Agressão	47
	Agressão	80	Medico	47
	Atenção	75	Dificuldade	41
	Deus	73		
	Ruim	58		
	Despesas	42		
	Acompanhar	31		
	Adoece	29		
SUBTOTAL		584		282
FATOR 2	Desequilíbrio	143	Asseio	99
	Adoece	118	Alimentação	68
	Doido	117	Atenção	58
	Esquizofrenia	58	Cuidar	23
	Dependência	46		
	Desconhecimento	42		
	Dor	41		
	Atenção	37		
	Dificuldade	34		
	Depressão	28		
SUBTOTAL		664		248
TOTAL GERAL		1248		530

Quadro 3 – Distribuição das modalidades que contribuíram para formação dos fatores 1 e 2 e suas respectivas freqüências (f) diante das duas palavras indutoras.

Fonte: Pesquisa direta da autora.

Na análise fatorial deste estudo, foram obtidas palavras que contribuíram para a formação dos dois fatores, no caso as palavras *dor*, *atenção* e *adoece* no estímulo *doença mental*. A combinação entre a alta freqüência de evocações e a contribuição nos dois fatores traz a apreensão do que, provavelmente, vem a ser o núcleo central das representações sociais, as palavras *dor* e *atenção*.

Nesta análise, pode-se observar que houve inter-relação entre as representações apreendidas nos relatos dos sujeitos, através das entrevistas semi-estruturadas, e as apreendidas pelo teste de associação livre de palavras, e analisadas com base na análise fatorial de correspondência. Isto porque todas as palavras evocadas no teste encontram-se nas falas dos sujeitos, sejam estas propriamente ditas sejam expressando o mesmo sentido do que foi relatado pelos familiares. Desta forma, os instrumentos e as técnicas de análise demonstraram eficácia na apreensão das representações sociais do cuidar do doente mental em domicílio, na concepção da família, e, até mesmo, na compreensão do objeto de estudo.

Segundo Doise (2001), as representações sociais são sempre colocadas em posição simbólica; por exemplo: opiniões, atitudes ou mesmo estereótipos, de acordo com as relações sociais, princípios ou esquemas que determinam estas relações. Logo, as relações simbólicas entre atores sociais são construídas através das representações sociais, que colocam os princípios relacionais como determinantes destas relações simbólicas, entre indivíduos, como a que ocorre entre os familiares e os doentes mentais em casa, onde, na maioria das vezes, a troca simbólica entre família e portadores de transtornos mentais determina a conduta adotada pelos atores sociais.

Após análise e apreensão das representações sociais do cuidado do doente mental na concepção da família, pode-se perceber que os sujeitos do estudo consideram como mais significativas representações sociais do cuidar do doente mental os aspectos relacionados a sentimentos de *dor* e a necessidade de dar *atenção* ao indivíduo portador de transtorno psíquico, ancorando-se nos aspectos psicológicos, psicossociais e socioculturais já existentes no sistema particular de categorias de cada um dos atores sociais envolvidos no fenômeno do cuidar do doente mental em domicílio.

Ressalte-se que os discursos das categorias analisadas e a análise fatorial de correspondência reforçam o pensamento de Jodelet (2001) ao afirmar que as representações

sociais, enquanto teorias práticas sobre determinado objeto ou problemas sociais específicos e importantes na vida dos grupos, alimentam e são produzidos em uma interdependência do sujeito/objeto/interação social. Dessa forma é possível apreender os aspectos psicossociais, presentes nas culturais, nas manifestações, nos posicionamentos, nos sentimentos e nas evocações desses sujeitos, como componentes sociais determinantes do cuidar do doente mental, visto que contribuem para a orientação de condutas e construção do conhecimento em relação ao fenômeno social do estudo.

Por fim, com relação às representações sociais apreendidas, enquanto fenômeno psicossocial, pôde-se observar, a partir da apresentação e discussão dos dados, que se trata de uma produção de conhecimento coletivo revertido das funções: orientação na comunicação, formação de condutas, identitária e justificadora, que influenciam na vida dos indivíduos/grupos envolvidos no fenômeno do doente mental em domicílio.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, buscou-se apreender as representações sociais construídas pela família, sobre o cuidar de doentes mentais em domicílio, e, a partir daí, explorar as representações sociais percebidas que influenciaram no cuidar do doente mental.

Para tanto, foi escolhida a Teoria das Representações Sociais, no sentido de orientar este estudo, por sua capacidade de embasamento para um fenômeno no qual o homem faz uso de sua aptidão, identificando-se em seu ambiente, cotidianamente, através da utilização de conceitos, afirmações e explicações, originados, geralmente, em suas inter-relações sociais, no que se refere a um objeto, para torná-lo conhecido e familiar, e, deste modo, garantir a comunicação com outros atores sociais, tornando possível uma avaliação profunda das atitudes, sentimentos, crenças; comuns, portanto, aos sujeitos do estudo (MOSCOVICI, 1976).

De acordo com Jodelet (1989), as representações sociais devem ser aplicadas, considerando-se elementos afetivos, cognitivos e simbólicos, ao lado do conhecimento e da comunicação das relações sociais que afetam as representações sociais, bem como a realidade material, social e ideal sobre as quais elas vão intervir. No contexto do fenômeno estudado, podem ser observados comportamentos e ações ancorados em elementos psicossociais, socioeconômicos, cognitivos e culturais.

Por meio dos relatos dos sujeitos que participaram pesquisa, foi possível apreender o que significa para a família cuidar de um portador de transtorno mental em casa. Os relatos das entrevistas semi-estruturadas descreveram manifestações, conseqüências, posicionamentos e crenças religiosas dos familiares, sobre o cuidar de um doente mental dentro de casa.

As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo nas quais foram obtidas uma série de informações, por meio das unidades temáticas, que expressaram sentimentos, atitudes e pensamentos atrelados às questões sociais, físicas e psíquicas dos familiares que cuidam de doentes mentais. Tais informações foram complementadas com a análise fatorial de correspondência que demonstrou resultados bastante semelhantes aos encontrados nas entrevistas.

As manifestações sobre o cuidar do doente mental em casa apontaram para situações de dificuldades, relacionadas, principalmente, com o sofrimento da família que demonstra, em seus relatos, as inúmeras barreiras a serem enfrentadas para que se possa dar uma assistência adequada ao ente com transtorno mental. Pode-se inferir que a família ancora os aspectos psicológicos (medo, angústia, dor, insegurança) aos fatores do cotidiano, socioeconômicos e cognitivos, posto que esta detém pouco conhecimento em relação à doença mental e ao cuidado com o portador de transtorno mental.

As implicações relacionadas ao cuidar do doente mental em casa foram representadas pelos atores sociais, como sendo a principal causa de doenças físicas, de desestruturação da família e de solidão dos cuidadores. Isto se ancora em fatores de relacionamento e de convivência, objetivados pela dependência, improdutividade e a atenção em tempo integral que o doente necessita, diariamente.

Na questão referente às atitudes frente ao cuidar do doente mental em casa, a família representou situações ambíguas em que se encontraram sentimentos positivos e negativos, tendo em vista que manter um paciente com transtorno mental em casa é uma tarefa árdua e bastante complexa. Transforma a rotina familiar e requer uma total mudança nos hábitos dessa família; Deste modo, quem cuida do doente mental apresenta o desejo de internar o paciente, não para livrar-se deste ou para abandoná-lo em uma instituição

psiquiátrica, mas sim como uma forma de descanso, de refazer-se do cansaço e do estresse. A internação é tida como um período de “férias” para os cuidadores/familiares.

Entretanto, para a grande maioria dos familiares que cuida, foi demonstrado que, mesmo com todas as dificuldades, a família prefere que o doente permaneça em casa sob seus cuidados; isto vem ancorado à falta de credibilidade que as famílias têm das instituições, pois estas relatam que o paciente, quando internado, retorna ao lar sem nenhuma melhora em seu quadro clínico, e sem nenhuma mudança no que se refere ao sentimento afetivo demonstrado por seus familiares, quer seja este doente mental ou não.

Destaque-se que as crenças religiosas foram evocadas nas unidades de registro dos relatos dos familiares que objetivaram Deus, a religião e a fé como o meio de amenizar o sofrimento e dar esperança aos sujeitos do estudo. Desta forma, pôde-se perceber que a família que cuida de um doente mental utiliza a crença religiosa como o consolo para suas angustias, e também como sustentação para que tenham forças para prosseguir cuidando do portador de transtorno mental.

Durante a análise fatorial de correspondência, foi possível reconhecer que, para as famílias que fizeram parte do estudo, a *doença mental* representa dor, despesas, agressão, dificuldades, depressão, acarretando, desta forma, sentimentos semelhantes às famílias dos doentes. Para o estímulo *cuidar de um doente mental*, as famílias relataram palavras como acompanhar, agressão, asseio, dificuldade e cuidar, o que representa uma grande sobrecarga para a família.

É perceptível a inter-relação existente entre as representações apreendidas na análise de conteúdo das entrevistas e as representações apreendidas na análise fatorial de correspondência, através do teste de associação livre de palavras. Ambas colocam que as representações sociais do cuidar do doente mental em domicílio, em sua concepção, são caracterizadas por sentimentos de dor e sofrimento, além das inúmeras dificuldades a serem

enfrentadas com relação à dependência do doente mental; ao desconhecimento da doença pelos familiares, tendo em vista que estes não sabem qual a melhor forma de lidar com o paciente em momentos de crise ou mesmo na observação diária do seu comportamento; às questões de relacionamentos, já que os familiares são freqüentemente agredidos; ao desgaste físico e às questões socioeconômicas.

Os resultados permitiram apontar, também, que os familiares representam o cuidar do doente mental em domicílio como uma alternativa de tratamento que possibilita melhores resultados que as internações, mas que, no entanto, necessitam de assistência para prestar o cuidado adequado. Estas representações ancoram-se, principalmente, em sentimentos de esperança e de fé, bem como em sentimentos de amor e carinho para com os doentes mentais.

Por fim, com base nos estudos realizados, vale afirmar que se faz necessário que a família receba assistência por parte das equipes de saúde juntamente com os doentes mentais, pois todos devem ser amparados, tanto os que cuidam, no caso os familiares, quanto os que são cuidados, os doentes mentais. Já há programas que garantem à família do doente mental uma assistência adequada, um acompanhamento médico, pela equipe multiprofissional, para que a carga de cuidar de um portador de transtornos mentais torne-se menos pesada.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. **Abordagem estrutural das representações sociais**. Tradução de Pedro Humberto Farias Campos. Experimental study of group creativity: task representation, group structure and performance. In: *European Journal of Social Psychology*, Paris 1971, p. 311-326.

_____. **Méthodologie de recueil des représentations sociales**. In: J.C. ABRIC (Org.). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: PUF, 1994. p. 59-82.

ACKERMAN, N. W. **Diagnóstico e tratamento das relações familiares**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

ALEXANDER, F.G.; SELESNICK, S.T. **História da psiquiatria**. 2. ed. São Paulo: Ibrasa, 1980.

ALVES, Z.M.M.B. Relações familiares. In: **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis-SC, v. 8, n. 2, p. 229-241, maio/ago 1999.

AMARARANTE, P.D.C. Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: P.D.C AMARARANTE (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

ANDRADE, O. G. de **Cuidado ao idoso com seqüela de acidente vascular cerebral: representações do cuidador familiar**. 1996. 177p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP.

ALTHOFF, C. R. **Convivendo em família: contribuição para a construção de uma teoria substantiva sobre o ambiente familiar**. 2001. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BERGER, P. I.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. Petrópolis: Vozes, 1991.

BERENSTEIN, I. **Famílias e doença mental**. São Paulo: Escuta, 1988.

BIASOLI-ALVES, Z.M.M. Relações familiares. In: **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 229-241, maio/ago. 1999.

BOOF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 7. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999. cap. 2.

BRASIL. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Resolução 196/96. Brasília. Disponível em: www.ufrgs.br/HCPA/gppge/res199696.htm.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Centro de atenção psicossocial**. Portal Saúde do Governo Federal, Brasília 2004. Disponível em: www.portal.saude.gov.br. Acesso em: 18 jun. 2005.

CAVALHERI, S. C. **Acolhimento e orientação à família**. Mesa Redonda: Importância da família na saúde mental. 2002. Disponível em: www.sppc.med.br/mesas/silvana.htm. Acesso em: 08 dez. 2005.

CIBOIS, U. F. R. Tri-deux mots. **Sciences sociales**. Paris, 1995. 1 disquete, Versão 2.2.

COLLIÈRE, M. F. Promover a vida. Tradução de Maria Eleonor Abecasis. In: **Promouvoir la vie**. Lisboa: Lidel, 1999.

CUADRA, A.R; APALATEGUI, M.A. **Enfermeria de salud mental e psiquiatria**. Barcelona: Salnat, 1991.

De ROSA, A S. L'association libre des mots. In. **Conexion**. Paris, 1988-1989.

DOISE, W. Atitudes e representações Sociais. In : JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro : UERJ, 2001.

DUNNINGHAM, W; AGUIAR, W. M. O custo social dos transtornos mentais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, 1995, v. 44, n. 8, p. 419-422.

FERREIRA, M. A. et al. A expressão do gênero nas representações de clientes hospitalizados sobre o cuidar e o cuidado de enfermagem. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2002, v. 10, n 2, p. 111-123.

FERREIRA, A B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

GERGEN, K.L.; GERGEN M.M.; JUTRAS, S. **Psychologie sociale**. 2. ed. Montreal: Etudes Vivantes, 1992.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, H.S. Educação para a família: uma proposta de trabalho preventivo. In: **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, 1994, v. 4, n. 5, p. 34-39.

GONCALVES, A. M. ; SENA, R. R. de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. In: **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, vol. 9, n. 2, p. 48-55, mar./abr. 2001.

JACOBINA, R.R.; O manicômio e os movimentos de reforma na psiquiatria: do alienismo à psiquiatria democrática. Rio de Janeiro: **Saúde em Debate**, janeiro/abril de 2000 , v. 24. n. 54.

JODELET, D. Représentation sociale: phénomènes, concet et théorie. In: MOCOVICI, S. (Org.). **Psychologie sociale**. Paris: PUF, 1984.

_____. **Les representations sociales**. Paris: PUF, 1989.

_____. As representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdURJ, 2001.

_____. Loucuras e representações sociais. **Petrópolis-RJ: Vozes, 2005**.

JORGE, M.A .S.; ALENCAR P.S.S.; BELMONTE, E.R.; REIS V.L.N. **Textos de apoio à saúde mental: série trabalho, formação e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

KOGA, M.; FUERGATO, A.R. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. In: LABATE R.C. (Org.). **Caminhando para a assistência integral**. Ribeirão Preto: Scala, 1998.

KYES, J. J.; HOFLING, C.K. **Enfermería psiquiátrica**. 3. ed. México: Interamericana, 1997. cap.1. p. 2-5.

LUIS, M.A. V. A. A respeito da exclusão: instituição asilar e desinstitucionalização. In: **Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio**. São Paulo: Lemos, 2000. p. 13-49.

MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. **Danação da norma – medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MINAYO, M^a. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MELLO, J.H.R. O que é ser familiar de doente mental? In: **Revista de informação psiquiátrica**, Rio de Janeiro, vol 16, n. 3, 1997.

MOSCOVICI, S. **La psychanalyse, son image et son public**. Paris: PUF, 1976.

_____. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. **Representações sociais: investigação em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003.

_____. Prefácio. In: **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 11.

MOREIRA, A.P.S. **Epilepsia e AIDS na concepção do conhecimento cotidiano**. 2000. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP.

NASI, C.; STUMM, L. K.; HILDEBRANDT, L. M. Convivendo com o doente mental psicótico na ótica do familiar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 01, p. 59-67, 2004.

OGATA, M. N.; FUREGATO, A.R.; SAEKI, T. Reforma sanitária e reforma psiquiátrica no Brasil: convergências e divergências. **Rev. Nursing**, ano 3, n. 25, jun. 2000.

OLIVEIRA, A.B.; ALESSI, N.P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, p.333-340, 2003.

OLIVEIRA, A.; AMÂNCIO, L. A Análise fatorial de correspondência no estudo das representações sociais – representações sociais do suicídio na adolescência. In: A. MOREIRA; B. CAMARGO; J. JESUÍNO; S. NÓBREGA (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB, 2005.

OLIVEIRA, M.M.B.; JORGE, M.S.B. Doente mental e sua relação com a família. In: LABATE R.C. (Org.). **Caminhando para a assistência integral**. Ribeirão Preto: Scala, 1998.

PENNA, C.M.M. Família saudável: uma análise conceitual. In: **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v.1, n.2, p. 89-99, jul./dez. 1992.

PEREIRA, H. **Tratamento de questionário**: o ponto de vista da AFC. Lisboa: Análise Social, 1987.

PERRUSI, A. **Imagens da loucura**. São Paulo: Cortez, 1995.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B.F. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

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

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987.

ROTELLI, F. e AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: **Psiquiatria sem hospícios**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos 'países avançados' Tradução de Maria Fernanda Nicácio. In: **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p.17-59.

RUSSO, N. Projeto que extingue manicômios é aprovado. In: **Folha de São Paulo**, São Paulo, 22 jan. 1999.

SÁ, C.P. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996.

_____. de **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

SADIGURSKY, D. **Desinstitucionalização do doente mental**: expectativas da família. 1997. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP.

SILVA, L.R.; PINTO, A.C.; COUTINHO, A.P.; REGAZZI, I.C.; A prática de enfermagem com a família dos usuários de saúde mental: visão do acadêmico de enfermagem. In: LABATE R.C. (Org.). **Caminhando para a assistência integral**. Ribeirão Preto: Scala, 2002.

SOARES, M.Z.S.; **Rompendo correntes**: representações sociais sobre a reforma psiquiátrica. 2002. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

TENORIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, vol. 9, n.1, p. 25-59, jan./abr. 2002. ISSN 0104-5970.

TOWNSEND, M.C. **Enfermagem psiquiátrica**: conceito de cuidados. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1990.

TSU, T. A internação psiquiátrica e o drama das famílias. **São Paulo: EDUSP/ Vetor, 1993**.

TAYLOR, C.M. **Manual de enfermagem psiquiátrica de Mereness**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

VALA, J. Análise de Conteúdo. In: SILVA, A S; PINTO, J. M. (Org.). **Metodologia em ciências sociais**. Porto: Melhoramentos, 1986. p. 101-128.

VIANNA, P. C.; BARROS, S. A reforma psiquiátrica e as associações de familiares: unidade e oposição. **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 275-282, abr./jun. 2004.

WAIDMAN, M.A.P. Enfermeira e família: compartilhando o processo de reinserção social do doente mental. In: LABATE R. C. (Org.). **Caminhando para a assistência integral**. Ribeirão Preto: Scala, 1998.

WALDOW, V. R. Definições de cuidar e assistir: uma mera questão semântica? **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 30-32, jun. 1998.

_____. Cuidado: uma visão teórica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 29-35, jul. 1992.

WILSON, J.R.; **A mente**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1969.

WOLFF, L. D. G. Uma contribuição à reflexão sobre o conhecimento e o cuidado de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 1, n. 1, p. 34-38, jan./jun.1996.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

TÍTULO DO PROJETO: “Representações Sociais Construídas pela Família

Sobre o Cuidar do Doente Mental em Domicílio”

Salvador. __/__/2005

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar de um estudo com o objetivo de conhecer as crenças e valores que influenciam o modo como as famílias que possuem portadores de transtornos mentais em casa, cuidam destes doentes. Trata-se de um projeto de pesquisa desenvolvido no Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia pela Mestranda Marcela Bruno de Carvalho Silva.

Conforme determina a Resolução N. 196/96, do Conselho nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos o trabalho requer a participação voluntária dos familiares que cuidam de parentes com transtornos mentais no domicílio.

Serão entrevistados familiares que cuidam de portadores de transtorno mental em casa, os depoimentos serão gravados onde poderão falar livremente do tema.

Apenas os familiares de doentes mentais desinstitucionalizados serão entrevistados, a entrevista será semi-estruturada e será gravada em fita de áudio. Após sua concordância poderá ouvir a fita e retirar ou acrescentar quaisquer informações. O material de gravação será arquivado pela autora por um período de (5) cinco anos e após esse período será destruído (queimado).

Este estudo embora não ofereça riscos físicos, às pessoas nele envolvidas, poderá causar constrangimento à família do usuários do CAPS devido a exposição de sua condição de possuir um ente portador de transtorno mental podendo sentir sua privacidade invadida com a presença do pesquisador.

Visando reduzir estes riscos, será preservado a privacidade e o anonimato do entrevistado e de seu familiar portador de transtorno mental, o direito de aceitar ou não participar desta pesquisa e poder desistir ou anular esse consentimento em qualquer fase da mesma, caso decida, sem prejuízo para a assistência prestada a seu ente.

Os resultados deste estudo serão publicados na dissertação e artigos científicos. Os pesquisadores não estão sendo remunerados para realização desse estudo, assim como os entrevistados não receberão benefícios financeiros para sua participação no mesmo. As despesas do projeto estão a cargo da mestranda.

Qualquer dúvida ou problema que venha ocorrer durante este estudo, você poderá entrar em contato com as autoras através do Programa de Pós-Graduação da EEUFBA pelos telefones (071) 3262 – 7600 e (071) 3630220.

Agradecemos sua atenção.

Assinatura Familiar

Assinatura pesquisadora

APÊNDICE B – Teste de associação livre de palavras.**TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS****1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DO SUJEITO**

- Família de portador de transtorno mental
- Família que possua doente mental fora da instituição, ou seja, sendo cuidado em casa;
- Família que possua entre seus membros um usuário do Centro de Atenção Psicossocial Prof^o Aristides Novis;
- Aceitar participar do estudo;
- Estar em condição de ser entrevistado.

2. PERFIL DO SUJEITO

IDADE _____ SEXO _____ PARENTESCO _____ ESCOLARIDADE _____

Se eu lhe digo DOENÇA MENTAL quais as cinco primeiras palavras que vem na sua cabeça?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Se eu lhe digo CUIDAR DO DOENTE MENTAL quais as 5 primeiras palavras que vem na sua cabeça?

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____
-

APÊNDICE C – Dicionário das evocações do teste de associação livre de palavras – estímulo 1

ESTÍMULO INDUTOR

1- DOENÇA MENTAL

PALAVRAS EVOCADAS	DICIONÁRIO
Abandono, afastamento/isolamento, descaso, isolamento, solidão	Abando
Acompanhamento, presença	Acompa
Adoecer, crise, deficiência, distúrbio, doença, doente	Adoece
Afeto, amor, carinho, paciência, compreensão	Amor
Agressão, agressividade, nervoso, nervosismo, violência	Agress
Agonia, angústia, choro, conflito/dor, desespero, decepção, dor, sofrimento	Dor
Ajuda, ajudar	Ajuda
Alienação, alucinação, vozes	Aliena
Anormal, anormalidade, fuga do mundo normal, outro mundo, comportamento anormal	Anorma
Atenção, assumir, responsabilidade	Atenca
Bebida Alcoólica	Álcool
Cabeça, mente	Cabeça
Chato,	Chato
Comunicação, explicação, preparo	Comuni
Constrangimento, desagradável,	Constr
Cuidado, cuidar,	Cuida
Delicado	Delica
Dependência, fraqueza, impotência, incapacidade, limitação	Depend
Depressão, desanimo	Depres
Desconhecimento, despreparo, insegurança	Descon
Descontrole, desequilíbrio, faz bobagem, perda de noção, perturbação, sem noção	Desequ
Desorientação,	Desori
Despesa, gasto, pobreza	Despes
Deus, diabo espiritual, espiritual, espiritualidade, fé, problema espiritual	Deus
Diferente, especial, estranho,	Difere
Dificuldade, luta, problema, problemas, trabalho, trabalhoso	Dificu
Discriminação, preconceito, racismo	Descri
Doido, louco, maluco, não lúcido, não tem consciência, retardamento	Doido
Esclerose, esquecimento, falta de memória	Escler
Esquizofrenia, mania, neurose, psicológico, psicose	Esquiz

Estresse,	Estres
Família, filho	Famili
Feio, horrível	Feio
Harmonia, serenidade	Harmon
Hospital, internação, internamento,	Hospit
Infelicidade, triste, tristeza	Infeli
Insônia,	Insoni
Irritabilidade, intranquilidade	Irrita
Imprevisibilidade	Imprev
Exames, medicação, medicamento, medico, médicos, psicólogo, psiquiatra, remédio, socorro médico, tratamento, tem controle	Medico
Medo,	Medo
Melhora, melhorar	Melhor
Mudança de vida,	Mudanc
Pena	Pena
Preocupação, preocupante	Preocu
Serio	Serio
Trauma	Trauma
Teimosia	Teimos

APÊNDICE D – Dicionário das evocações do teste de associação livre de palavras – estímulo 2

ESTÍMULO INDUTOR

2- CUIDAR DO DOENTE MENTAL

PALAVRAS EVOCADAS	DICIONÁRIO
Aceitação,	Aceita
Acompanhamento, acompanhando, acompanhar, ser companheiro, companhia, convivência, trazer no médico	Acompa
Adoecer, crise	Adoece
Agressividade, impaciência, nervoso	Agress
Ajuda, apoio, ter ajuda	Ajuda
Álcool	Alcool
Alimentação, alimento	Alimen
Alma, Deus,	Deus
Amizade, amor, carinho, compreensão, consideração, respeito, sem discriminação	Amor
Asseio, higiene, higiene/asseio	Asseio
Atenção, horários, responsabilidade	Atenca
Bom, compensador, gosta de cuidar, maravilhoso, prazer	Bom
Calma, cautela, equilíbrio, paciência, paz tranquilidade	Calma
Cansaço, desassossego, desgastante,	Cansac
Complicado, difícil, dificuldade, luta, trabalho, trabalhoso	Dificu
Coragem, ter estímulo, força	Corage
Cuidado	Cuida
Decepção, desgosto, dor, indignação, ruim, sacrifício, sofrimento, tristeza, desesperança, desespero	Dor
Discriminação, desprezo	Descri
Desobediência,	Desobe
Educar,	Educar
Especial,	Especi
Família	Famili
Internação	hospit
Lazer	Lazer
Falta de liberdade, presa	Presa
Medo, perigo	Medo
Medicação, medicamento, médico, remédio, remédios, tratamento, tratar	Medico
Necessidade	Necess
Normalidade, possível	Normal
Ocupação	Ocupac
Preocupação	Preocu
Segurança para o doente	Segura

Solidariedade	Sólida
Zelar, zelo	Zelar

APÊNDICE E – Banco de dados

2133adoece1 medico1 deus1 dificu2 despes2 bom2 dor2*
 6142doido1 deus1 medico1 medo1 dificu2 ajuda2 despes2 bom2 agress2*
 5112deus1 medico1 medo1 agress1 dificu2 agress2 dor2 despes2*
 1124cuida1 amor1 acompa1 harmon1 dificu2 despes2 experi2 amor2*
 3133dor1 preocu1 medico1 harmon1 dificu2 preocu2 medo2 atenca2*
 1123adoece1 dificu1 abando1 cuida1 medico2 atenca2 amor2 calma2*
 3112mudanc1 irrita1 despes1 abando1 descon1 amor2 calma2 ajuda2 atenca2 dificu2*
 4154amor1 atenca1 dificu1 medo1 atenca2 ocupac2 dificu2 despes2 cansac2*
 2252medico1 atenca1 cuida1 calma2 atenca2 acompa2*
 3133dificu1 adoece1 agress1 insoni1 constr1 calma2 dificu2 despes2*
 1153dificu1 cuida1 difere1 medico1 amor1 calma2 amor2 atenca2*
 3114descon1 desequ1 agress1 dificu1 irrita1 amor2 calma2 aceita2 dificu2*
 5112preocu1 descri1 dificu1 preocu2 dor2 dificu2 descri2*
 4135adoece1 agress1 dor1 suicid1 medico2 amor2 calma2 corage2 atenca2*
 3122amor1 dor1 feio1 ocupac2 alimen2 medico2 atenca2 necess2*
 6112agress1 irrita1 impreu1 medico1 dificu2 despes2 atenca2 dor2*
 3242medico1 cuida1 atenca1 comuni1 amor2 calma2 dificu2 despes2*
 2231cuida1 atenca1 medico1 dificu1 atenca2 cuida2 medico2 calma2*
 4453ruim1 irrita1 depres1 dificu1 calma2 atenca2 dificu2*
 5242cuida1 atenca1 calma1 medico1 medico2 alimen2 asseio2 amor2*
 2224dificu1 adoece1 anormal1 dor1 agess1 medico2 amor2 descri2 atenca2 norma2*
 3252esquiz1 depres1 aliena1 agress1 doido1 calma2 amor2 asseio2 medico2*
 4252anormal1 dificu1 agress1 depres1 acompa2 medico2 zelar2 atenca2*
 1122dificu1 adoece1 medico1 medico2 atenca2 cuida2*
 5112ruim1 dificu1 depres1 dor1 agress1 atenca2 amor2 calma2 dificu2*
 3122medico1 dificu1 agress1 dor1 medico2 acompa2 atenca2*
 2253dificu1 anormal1 agress1 desequ1 medico2 atenca2 calma2*
 3152dor1 cuida1 dificu1 medico2 alimen2 atenca2 cansac2*
 3152esquiz1 anormal1 doido1 difere1 agress1 asseio2 medico2 alimen2 amor2 calma2*
 1223desequ1 dificu1 anormal1 adoece1 amor2 calma2 atenca2 medico2*
 4144adoece1 esquiz1 dificu1 dor1 calma2 acompa2 medico2 atenca2*
 3234ruim1 cuida1 melhor1 acompa1 deus1 bom2 acompa2 calma2 atenca2*
 5112famili1 penal1 dificu1 atenca2 dificu2 medico2 preocu2*
 1153chato1 dor1 preocu1 didifu1 delica1 dificu2 norma2 bom2*
 4112feio1 dificu1 agress1 dor1 dor2 presa2 ruim2 adoece2 calma2*
 3231dificu1 acompa1 adoece1 acompa2 atenca2 medico2 preocu2*
 1144dor1 anormal1 medo1 descri1 amor2 calma2 atenca2 presa2 aceita2*
 3141preocu1 insoni1 escler1 depend1 calma2 corage2 medo2 agress2 deus2*
 3144adoece1 desequ1 agress1 depend1 dificu1 dificu2 agress2 calma2 amor2*
 6212feio1 dor1 anormal1 dificu1 dificu2 calma2 atenca2*
 3144desequ1 aliena1 deus1 esquiz1 anormal1 calma2 atenca2 alimen2 medico2*
 1154adoece1 depend1 dificu1 amor2 acompa2*
 6111ruim1 dificu1 esquiz1 agress1 hospit1 calma2 amor2 atenca2 medico2*
 3124dificu1 adoece1 dor1 atenca2 calma2 medico2 alimen2*

6142anormal dor1 abando1 pena1 calma2 amor2 alimen2 asseio2 atenca2*
 3122feio1 dor1 hospit1 dificu1 famili2 atenca2 amor2*
 3142constr1 dor1 atenca1 dificu1 dificu2 corage2 pena2 atenca2*
 4111dificu1 deus1 agress1 dor1 medico2 alimen2 preocu2 atenca2*
 4114deus1 comuni1 dor1 abando1 medico1 bom2 amor2 dor2 asseio2*
 2144anormal medo1 agress1 descon1 abando1 medico2 amor2 acompa2 alimen2 asseio2*
 4232medico1 hospit1 calma1 amor1 calma2 amor2 atenca2*
 6114dificu1 famili1 constr1 descri1 bom2 alimen2 asseio2 calma2 amor2*
 5111dificu1 dor1 agress1 teimos1 anormal calma2 atenca2 amor2*
 4234dificu1 anormal adoece1 descon1 despes2 calma2 medico2 atenca2*
 1144desequ1 dificu1 estres1 famili1 despes1 ajuda2 medico2 asseio2 alimen2 amor2*
 3153dificu1 desequ1 depres1 anormal dor1 calma2 amor2 solida2 acompa2*
 5244adoece1 preocu1 cuida1 acompa1 medico1 alimen2 medico2 atenca2*
 6112dificu1 anormal desori1 aliena1 doido1 cuida2 educar2 ajuda2 calma2 atenca2*
 2152dor1 dificu1 preocu2 cuida2 atenca2 medico2*
 2145desequ1 doido1 desequ1 descon1 atenca2 cuida2 calma2*
 4112dificu1 despes1 insoni1 corage2 ajuda2 atenca2 cansac2*
 6111dor1 agress1 adoece1 despes1 calma2 lazer2 alimen2 medico2 atenca2*
 3133dificu1 desequ1 escler1 anormal ajuda2 atenca2 difere2 acompa2 medico2*
 4152feio1 adoece1 anormal dificu1 preocu1 desobe2 dificu2 medico2 calma2*
 2152dificu1 constr1 zelar2 acompa2 calma2 medico2*
 1223dor1 preocu1 depres1 atenca2 acompa2 medico2 calma2 amor2*
 2144doido1 escler1 esquiz1 atenca2 asseio2 amor2 segura2*
 1154cabecal desqu1dificu1 atenca2 cuida2 amor2*
 2154doido1 anormal desequ1 medico1 medico2 hospit2 cuida2 calma2*
 1152cabecal depend1 abando1 calma2 atenca2*
 2144penal anormal dor1 ajuda1 amor1 amor2 aceita2 ajuda2 acompa2*
 2152penal cuida1 ajuda1 medico1 acompa1 medico2 alimen2 atenca2 amor2*
 5112esquiz1 deus1 cuida1 alcool1 depres1 agress2 dor2 calma2 adoece2*
 5142dificu1 aceita1 acompa1 despes1 ajuda2 deus2 despes2 calma2 amor2*
 3114dificu1 deus1 comuni1 amor1 famili1 calma2 medico2 atenca2*
 4133doido1 depend1 medico1 amor2 calma2 medico2 atenca2*
 4134desequ1 anormal defere1 medico2 atenca2 cuida2 calma2*
 3112adoece1 medico1 desequ1 trauma1 amor2 medico2 educar2 alimen2*
 6141depend1 anomra1 deus1 desequ1 adoece1 atenca2 amor2 medico2*
 3111dor1 depend1 calma2 amor2 atenca2*
 1152desequ1 anormal adoece1 medico1 hospit1 dor2 agress2 calma2 medo2*
 4113desequ1 anormal dificu1 agress2 cuida2 alcool2 medico2 hospit2*
 2134dificu1 anormal medico1 atenca1 calma2 amor2 medico2*
 4112anormal adoece1 dor1 medico1 amor2 medico2 educar2*
 2133adoece1 medico1 atenca1 dificu2 despes2 bom2 dor2*
 1123adoece1 dificu1 abando1 cuida1 medico2 atenca2 amor2 calma2*
 5142dificu1 desequ1 anormal dor1 agress1 calma2 amor2 asseio2 medico2*
 4144ruim1 cuida1 melhor1 acompa1 deus1 atenca2 dificu2 medico2*
 3144atenca1 desequ1 dor1 anormal calma2 atenca2 alimen2 cuida2 medico2*
 6111ruim1 dificu1 dor1 adoece1 calma2 amor2 alimen2 atenca2*
 5112dificu1 anormal adoece1 dor1 despes2 calma2 atenca2*
 2145desequ1 doido1 dificu1 descon1 atenca2 cuida2 calma2*
 5142dificu1 aceita1 acompa1 despes1 calma2 amor2 atenca2*

4133adoece1 anorma1 medico1 despes1 atenca2 medico2*
2224adoece1 dor1 medico2 hospit2 atenca2 calma2*

APÊNDICE F – Unidades de registro da categoria sobre as descrições das manifestações relacionadas ao cuidar – relacionais

UNIDADES DE REGISTRO SOBRE À DESCRIÇÕES DAS MANIFESTAÇÕES SOBRE O CUIDAR DO DOENTE MENTAL EM CASA

RELACIONAIS

[...]muda muito, todo mundo tem que conviver com ele[...]eu sou quem ele agride mais[...]quando ele ta agitado a primeira pessoa que ele quer bater sou eu[...] se ele se reta com alguém em casa a primeira pessoa que ele quer agredir sou eu[...]um dia ele segurou meus cabelos que se não tivesse chegado alguém na hora ele teria me matado dentro de casa[...]na convivência com ele qualquer coisa que a menina faz ele se invoca, as vezes nem a deixa dormir, o menino ele respeita[...]só mora na minha casa eu e ela, assim a gente perde um pouquinho da paciência mas da pra levar devagarinho[...]não é todo dia, mas tem dia que tem um estressezinho, mas tem que conviver[...]se ele amanhecer o dia acordado a gente amanhece junto com ele, se ele chorar a gente chora junto com ele[...]dentro de casa quando ele ta tomando o remédio é uma pessoa ótima[...]dentro de casa ele não me responde e nunca me agrediu com a doença dele[...]ele dorme, come bastante mas não conversa comigo[...]ele não brinca, eu fico tentando alegrar ele mas ele não conversa[...]ele só dorme, quando quer tomar o remédio ele toma, quando não quer ele não toma e pronto[...]ele é uma pessoa que acorda muito a noite com pesadelos, é muito nervoso[...]a gente tem um relacionamento bom[...]o meu filho com esse problema de ouvir vozes tenho que ter cuidado, porque a primeira pessoa que ele desconhece sou eu[...]ele cisma comigo a um ponto que eu não posso servir a comida dele que ele fica desconfiado[...]quando ele ouve vozes ele fica de um jeito que não me chama de mãe, me chama a velha e o carinho que ele tem por mim desaparece[...]até hoje ele só me agrediu uma vez[...]quando ele não dorme ele também não me deixa dormir[...]quando ele não dorme ele meche em tudo dentro de casa pra me chamar a atenção e não me deixar dormir[...]as vezes ele quer conversar com a gente[...]as vezes ele me tira da paciência[...]as vezes ele ta atacado e diz que quer uma coisa e você tem que fazer[...]se você promete que vai sair com ele e não sai ele fica o tempo todo falando nisso[...]ela esta enfezada, não fala nada, não faz nada[...]eu acompanho ele aqui ou na casa da minha mãe, ele não é uma pessoa tão agitada[...]sem a medicação ele não dorme de jeito nenhum e não deixa ninguém dormir, fica acordando todo mundo[...]ele sempre foi assim, em relação à dormida nunca deixou ninguém dormir la em casa[...]as vezes tem que partir pra força porque só dialogando muitas vezes não dá [...]as vezes a noite ela levanta e faz arruaça, bagunça tudo e fica inventando coisas que não existem[...]quando posso levo ela pra passear, ela gosta de passear[...]muitas vezes ela quebra as coisas, quando da o nervoso ela quebra tudo, já aconteceu isso[...]dentro de casa a mim ele obedece, mas não obedece a cunhada e nem os irmãos, somos cinco dentro de casa[...]quando ele acorda a noite, ele é de lua, fica muito agressivo já puxou até faca pra mim[...]só quando ela ta assim meio agressiva é que ela discute com o irmão, o irmão ainda ta se acostumando e ainda discute com ela[...]a convivência melhorou porque os irmãos estão compreendendo o jeito dela[...]quando ela ta nervosa fica um pouco agressiva, mas a gente ta conseguindo controlar[...]o marido gosta de contrariá-la e ela é capaz de jogar as coisas de casa nele[...]muita rebeldia, ele tem um problema seríssimo comigo, acha que todo mundo é do bem, menos eu[...]ele agride com palavras, é uma agressão terrível mesmo[...]ele não me bate porque se chegar a isso sou capaz de me defender[...]ele já tem 18 anos, esta mais agressivo, o que eu falo não tem importância pra ele[...]

CONTINUAÇÃO

[...]eu moro só com ela e fico dando assistência mas um dia ela ta bem, outro dia ta agressiva, no outro ela ta triste, um dia ela chora[...]só mora eu e ela, ela passa o dia nervosa e fica constantemente brigando comigo[...]a gente sabe que quando ele chega da rua chega muito agressivo[...]lá em casa moram eu, minha mãe e meus irmãos, ele é muito agressivo com a gente[...]a gente não dorme bem quando ele bebe[...]já tem um tempo que ela não quebra as coisas, mas fica dentro de casa cantando, xingando, xinga meu marido, xinga a noite toda, não quer tomar o remédio e não deixa ninguém dormir[...]eu sou a pessoa da família que ele mais obedece, mora perto da irmã e da mãe, mas só obedece a mim[...]ele durante o dia fica trancado e fica querendo agredir a gente[...]ele ficou muito agitado e tinha que ficar trancado, ele ficava batendo e reclamando de tudo, sem dormir[...]eles ficam pra dentro e pra fora e me pedem as coisas toda hora[...]ele não toma banho, destrói tudo, arranca as unhas dos próprios pés[...]destrói tudo e a gente não pode falar nada[...]com o pai e com os irmãos ele é carinhoso, não é agressivo e gosta de brincar[...]

APÊNDICE G – Unidades de registro da categoria sobre as descrições das manifestações relacionadas ao cuidar – socioeconômicas

UNIDADES DE REGISTRO RELACIONADAS ÀS DESCRIÇÕES DAS MANIFESTAÇÃO SOBRE O CUIDAR DO DOENTE MENTAL NO DOMICILIO

SOCIOECONÔMICAS

[...]não posso fazer nada para ter uma vida melhor, uma casa melhor, um conforto melhor[...]nem cama eu tenho, durmo num colchão e ele em outro[...]a gente tem que ter condições financeiras[...]o que a gente precisa ter pra cuidar não temos em espécie nenhuma, para o paciente se sentir bem e com conforto, ate mesmo pra levar ao medico[...]uma casa onde todo mundo é desempregado, onde não temos plano de saúde é muito difícil[...]ficamos bem divididos, todo mundo é assalariado e outros não tem nada[..]essa situação dele dificulta, porque os que tem um salário mínimo não vão querer dividir com o irmão doente[...]eu que sustento ele e mais um neto e é complicado porque não tenho pra dar o que ele precisa ter[...]a gente não tem dinheiro, quem não trabalha, quem não tem dinheiro, pode ter tudo e não tem nada[...]tudo depende da gente ter como manter aquilo, ter uma televisão, ter água, ter luz, ter isso tudo porque sem ter é muito duro[...]a gente não pode ter uma casa como já teve porque eles mesmo daí conta de ir acabando com tudo[...]uma pessoa quando perde o marido já era, ainda mais uma pessoa como eu que não trabalha[...]ele tem uma pensão, porque já chegou a trabalhar, quando ele adoeceu ele trabalhava[...]um salário dele e um salário meu, pra nos que vivemos com doenças ficamos sem dinheiro pra nada, porque tem água e luz, não sobra nada[...]eu ainda tenho que comprar os remédios dele algumas vezes[...]está sendo muito difícil pra nos porque não temos ninguém no momento trabalhando[...]mudou muito, eu não to podendo trabalhar porque estou tendo que acompanhá-lo, todo dia, todo tempo[...]temos alguma ajuda de parentes que a gente sabe que não é suficiente[...]eu dependo do salário dele, ele ganha um salário mínimo como vigilante e eu fico preocupada dele perder o emprego[...]estou sem saber como vamos ficar se ele perder esse salário[...]eu não tenho dinheiro pra poder procurar por ele quando ele some, eu acho absurdo não ter passe livre nos ônibus para os acompanhantes[...]ta difícil porque tem quatro meses que a empresa que eu trabalho não paga ninguém[...]eu trabalho e com isso posso sustentar ela, quando posso eu faço, quando não posso não faço[...]eu trabalho mas não tenho curso de nada, ai é difícil e ela precisa de ajuda pra sobreviver[...]sem dinheiro não se tem nada, o sacrifício na família cresceu[...]foi de repente que ficou doente e por isso nunca mais trabalhou[...]tem muita coisa pra resolver, é medico pra cuidar, roupa, tudo na vida[...]ela não tem como sobreviver, não tem condições, então eu faço o que eu posso, é muito gasto e ela não tem como trabalhar, tem pressão alta e nervoso[...]esta muito difícil as condições de vida dela e eu não tenho como ajudar[...]ela pede dinheiro na rua, ela sai pra pedir e volta com a sacolinha cheia de dinheiro, ai da pra comprar as coisas[...]eu saio pra vender lanche e sustentar a casa[...]mudou tudo na minha vida porque antes ele trabalhavam pra me ajudar agora eu que sustento a casa sozinha[...]aumentou os gastos ai eu vendo lanche pra sustentar todo mundo[...]as rendas são só da aposentadoria deles e de minha mãe, mas só da mesmo pra comer, pagar a luz e a água e acabou[...]

APÊNDICE H – Unidades de registro da categoria sobre as descrições das manifestações relacionadas ao cuidar – psicossociais

UNIDADES DE REGISTRO RELACIONADAS ÀS DESCRIÇÕES DAS MANIFESTAÇÕES SOBRE O CUIDAR DO DOENTE MENTAL EM CASA

PSICOSSOCIAIS

[...]é muito triste, a gente fica sozinha, é que tem a responsabilidade por ele[...]é muita responsabilidade pra gente que toma conta dele[...]tomo conta sozinha[...]só eu mesmo pra ter paciência com ele[...]é muita preocupação, muita luta[...]é como eu digo, a esperança é a última que morre, eu não perco minha esperança[...]eu vou ficar preocupada se ela sumir de casa, eu sinto que é uma responsabilidade minha e eu não quero que isso aconteça[...]é da carinho, amor, compreensão[...]a gente sofre, a gente quando bota um filho no mundo não sabe qual vai ser o destino dele e nem o da gente[...]pra mim como mãe é triste, triste ter um filho doente e não poder ajudar[...]só vive eu e ele, porque minha família não é daqui, eu praticamente não conheço ninguém, sou só eu e ele sozinho[...]é uma situação muito difícil[...]é uma responsabilidade a mais[...]a gente tem que ter segurança[...]a gente procura buscar paciência mas não tem, é muito difícil[...]não tem complicação porque a gente tem aquela paz de fechar a porta de noite e saber que tá dormindo e que se alimentou[...]não aceito que nem ele nem ela sejam doentes mentais[...]agora o carinho é ainda maior[...]é terrível e eu tenho que ter cuidado[...]se ele fica diferente comigo eu não tenho confiança[...]é mostrar nosso amor, amor e cuidado[...]tenho um sentimento de tristeza, mas procuro não demonstrar isso pra ele[...]foi muito difícil e esta sendo muito difícil pra mim[...]tem que ser eu mesma pra cuidar[...]vou deixar ele com minha irmã mas vou deixar preocupada[...]eu vou viajar mas vou preocupada[...]eu tenho obrigação de fazer comida, de dar banho[...]pra mim tá sendo difícil, porque eu percebi que tinha algo estranho[...]ele comia alguma coisa e dizia que era eu e eu ficava assim mal[...]não tá sendo muito fácil, fico nervosa e agitada[...]é horrível, a pessoa se sente insegura[...]como somos só nós dois e não temos filhos fico numa situação muito difícil[...]mudou muito, fiquei um pouquinho mais triste[...]é um problema enorme, principalmente pra mim[...]quem faz tudo sou eu[...]eu mesmo não sei mais o que posso fazer[...]acho que piorou, eu queria uma pessoa pra me ajudar mas sou eu quem faço tudo[...]Ah! É muito sofrimento[...]com meu filho mesmo eu sofro muito, tudo ele me pede[...]eu tenho medo de alguém oferecer droga pra ele e ele usar[...]tem que ter muita paciência[...]minha mãe nunca aceitou a doença dele, até hoje não quer aceitar, quando digo pra ela que ele realmente tem problema ela diz que eu estou inventando[...]a gente vai dando remédio normal e continua aquilo e a gente não sabe o que faz[...]é uma situação que eu não desejo a ninguém porque é difícil demais[...]é doloroso[...]se ele não tivesse esse problema mental seria divino, maravilhoso[...]tem sido muito difícil, terrível, não é fácil não[...]é doloroso, é triste[...]só quem sabe é quem está convivendo, pra quem está de fora é até difícil explicar[...]é tudo em cima de mim, não é mole não, quem sabe é quem está passando[...]ele mesmo vê o cuidado, o amor e a paciência que eu tenho com ele[...]cada dia que passa procuro ter mais amor e mais paciência com ele[...]de noite fico muito preocupada com ele lá por causa da minha filha que fica sozinha comigo[...]eu fico num estresse que até choro, da vontade de chorar[...]é muito difícil porque moro sozinho com ele e os outros filhos não me ajudam, é uma luta muito grande[...]tem 14 anos que a gente sofre[...]a gente sofre muito, minha mãe sofre demais[...]tem que ter muita paciência e é muito preocupante pra gente[...]

APÊNDICE I – Unidades de registro da categoria sobre as descrições das manifestações relacionadas ao cuidar – explicativas/justificadoras

UNIDADES DE REGISTRO RELACIONADAS ÀS MANIFESTAÇÕES SOBRE O CUIDAR DO DOENTE MENTAL EM CASA

EXPLICATIVAS / JUSTIFICADORAS

[...]eu tenho dois filhos mas eles tem os compromissos deles, já são de maior, vão cuidar na vida deles[...]esses dias ele ta mais calmo, porque trocou de remédio e acalmou mais[...]enquanto o medicamento não faz efeito ele não fica relaxado[...]eu sempre trago ela para o médico, nunca deixei ela vir sozinha, eu sempre acompanho[...]não tenho como abandoná-la, porque ela não tem mãe nem pai[...]eu não tenho como abandoná-la, tenho mais é que dar um pouquinho do meu amor, pois é só isso que eu tenho nada mais[...]não mudou minha rotina porque na minha casa somos só nós duas, os outros já tem cada um seu canto[...]cuido para não dar motivo pra ela sumir, nós temos sempre muito cuidado pra ela não sair[...]ele sentir que a gente ta ali, toda hora, todo momento porque isso é ser mãe[...]porque a vida continua[...]quando eles estão nervosos precisam de bastante atenção[...]porque no início foi com alcoolismo, começou a beber demais, a ficar sem dormir e ai dava crise, por isso chegou a ser internado pela primeira vez em 2003[...]não podemos dar a chave e temos que contar as coisas dentro de casa[...]ele passou dois meses no hospital e antes disso éramos uma família perfeita[...]quando meu marido passou dois meses no hospital por traumatismo craniano, minha filha ficou muito nervosa e passou a tomar remédio controlado[...]quando ela ta tomando remédio ela fica mais calma[...]ele chama camisa de passadeira, por isso só eu mesma pra entender o que ele ta falando[...]cada momento que ele dá uma crise vem diferente[...]eu tenho que prestar muita atenção porque tem horas que ele ouve coisas[...]porque eles são rápidos e se não estivermos atenta a gente se dá mal[...]porque eu sempre me dediquei dentro de casa[...]porque se ele não tomar esses remédios a pressão sobe e ele fica pior[...]ele precisa dos remédios da pressão duas vezes por dia[...]por exemplo, de manhã olhamos logo o remédio e como ele passou durante a noite[...]tem duas casas de parentes ao lado, mas quem cuida dele mesmo sou eu[...]minha irmã não cuida vem porque ela é uma pessoa meio displicente, porque tudo tem que ser comigo[...]a gente tem que dar banho nele, botar o almoço, ele não sabe fazer isso sozinho[...]se eu estiver próxima eu dou o banho nele direitinho, mas meus irmãos mandam ele ir só, não tem preocupação de passar o sabão nele, ele requer muita atenção[...]os remédios são um no café e outro no almoço, mas se ele estiver calma dou apenas um, antes de dormir[...]eu achava as atitudes dele absurdas, depois ele voltava ao normal, mas em pouco tempo tinha problemas denovo[...]quando eu levei ao médico, um dos exames dele deu amnésia[...]eu acha que o problema era da personalidade dele, mas depois percebi que era uma doença[...]tudo era pra manter a calma porque já fui dependente de medicamento no passado[...]no trabalho ele trabalha em portaria e chega a anotar cinco vezes a mesma coisa[...]essa semana, desde quarta-feira, que essa mulher ta aprontando[...]eu estou com ela há seis anos, me casei porque disseram que ela era assim porque era moça velha, por isso casei, mas ela da crise direto[...]estou esperando o irmão dela chegar de viagem para conversarmos e ver o que pode ser feito[...]antes ele estava em crise e saia para a rua[...]deram bebida pra ele e foi por isso que ele teve a crise, cometeu uma agressão dentro do ônibus e ficou preso no Manicômio Judiciário por 11 meses[...]o único problema que ele tem é pra dormir, porque ele diz que escuta vozes, que enxerga vultos, então ele só dorme medicado[...]em relação às outras coisas ele até que é calmo[...]ele tem esse problema desde os sete anos, não percebíamos que era problema mental, minha mãe achava que ele era só agitado[...]o problema dele é mental pelo fato de não dormir, de escutar vozes, essas coisas[...]depois que ela é atendida o primeiro dia é bom, do terceiro dia em diante já não presta[...]porque tem algumas vezes que ela sai e some[...]ele fugiu segunda-feira e retornou na sexta, ta ali todo sujo e todo ferido porque estava na estação rodoviária[...]eu não estou em casa no horário do remédio dele, então ele toma dois comprimidos fora da hora porque ele só toma se for comigo[...]existem coisas que temos que relevar porque é problema da doença dele[...]existem coisas que eles fazem que se não tivermos calma para poder controlar, atrapalhamos mais ainda eles[...]eu sou uma pessoa que pra ele tenho todos os defeitos do mundo, não se isso é normal, não seif...]

CONTINUAÇÃO

[...]olha acho que ele já nasceu doente, porque desde pequeno ele tem problema sérios na escola, dentro de casa, desde pequeno mesmo[...]já tem muito tempo que ela é doente, tem uns quatros anos[...]mas dá pra controlar, com os remédios e com a atenção que eu dou pra ele dá pra controlar[...]nossa rotina não mudou porque nossa família procurou logo tratamento pra ele[...]só a loucuras mesmo que ela faz, porque já tem 15 anos que ela é doente[...]ele tem problemas com a policia, a gente prende ele pra ele não ir beber na rua[...]foi por isso que vim ao Centro de Saúde mental hoje pra buscar remédios para tranqüilizá-lo[...]ele trabalhava, mas foi atropelado e não pode mais trabalhar, ficou dentro de casa e só pensava em beber[...]tudo que você imaginar ele quebra minha mãe é quem controla ele[...]o doente mesmo tomando remédio de vez em quando dá as crises dele[...]quando eu a vi com a primeira crise eu tinha 13 anos e quem sempre cuidou dela fui eu[...]eu sou a única filha mulher, todos os meus irmãos são casados e ninguém quer ter responsabilidade com ela, só eu mesmo[...]no mês passado ele precisou se internar no sanatório e eu dei toda assistência[...]eu trago ele para se consultar todos os meses, ele já tem quatro anos aqui[...]quando ele está em crise, eu reclamo quando tenho que reclamar e tenho paciência quando tenho que ter[...]quem cuida dele sou eu, INSS, levar pra perícia, o dinheiro dele, tudo sou eu[...]meu dia-dia é muito agitado porque ele é muito nervoso[...]esses dias ele caiu e torceu o pé, ai não deu para trazê-lo ao médico[...]esse que está comigo é até calmo, mas eu tenho outro em casa que é muito complicado[...]ele sai escondido, bagunça, fica pegando as coisas dos outros nos mercados, nas lojas, fica usando droga[...]minha mãe só tem quatro filhas, eles são nossos irmãos por parte de pai e a gente nunca passou por isso, a gente ta passando por isso agora[...]ele é uma pessoa que é igual a uma criança de três anos, tudo que é coisa de criança pequena ele faz[...]ele não sabe dá um recado, não sabe falar as coisas certo[...]eu queria uma atividade pra ele, porque ele pega o papel e faz pintura, colagem, ele gosta de desmontar tudo que ver[...]

APÊNDICE J – Unidades de registro da categoria sobre as implicações do cuidar do doente mental em casa – desestabilização familiar

UNIDADES DE REGISTRO RELACIONADAS ÀS IMPLICAÇÕES DO CUIDAR DO DOENTE MENTAL EM CASA

DESESTABILIZAÇÃO FAMILIAR

[...]eu trabalho a noite e chego em casa de manhã e muitas vezes quando eu chego em casa ele já está dormindo, faço a comida, dou pra ele e saio denovo, só o vejo no outro dia[...]ele era o cabeça da casa, a pessoa mais centrada, vai fazer três anos que ele esta doente, ai desestabiliza a casa toda[...]depois desse problema a esposa teve que sair pra trabalhar, com isso mudou toda a rotina da casa[...]ele era o mais velho, era o cabeça da família e acabou desestabilizado[...]a única casa que ele tinha pra morar a justiça obriga que ele venda para dar à esposa, eu não acho errado é a lei e vamos cumprir[...]atrapalha tudo, atrapalha a vida dele e desestrutura toda a família[...]é uma carga muito grande porque era uma família muito unida[...]minha filha fica muito nervosa por causa do problema do pai[...]queria me separar[...]eu falei com o irmão dela essa semana que acho que vou me separar porque não vai dar certo não[...]moro com ele e mais dois filhos, mudou muita coisa, sofrimento e clima muito pesado dentro de casa[...]na nossa casa estamos mais tensos[...]meu marido se incomoda com ela, meus irmãos não dão assistência e eu tenho trinta anos de casa, chega uma hora que satura[...]eu que sou filha ainda agüento, mas meu marido não tem que ficar agüentando[...]ele tem família mais esta separado da esposa, tem um casal de filhos adolescentes, o menino tem mais paciência com ele, já a menina nem liga, nem parece que é filha[...]ele tinha mulher e a mulher foi embora[...]tudo se transforma dentro de casa[...]a gente nunca teve em casa esses negócios de policia, delegacia, com eles doentes já aconteceu de vir policia aqui e revirar tudo[...]a gente tinha uma vida muito boa, depois que eles chegaram tudo se transformou[...]

APÊNDICE L – Unidades de registro da categoria sobre as implicações do cuidar do doente mental em casa – restrição de liberdade

UNIDADES DE REGISTRO RELACIONADAS ÀS IMPLICAÇÕES DO CUIDAR DO DOENTE MENTAL EM CASA

RESTRIÇÃO DE LIBERDADE

[...]a gente se ocupa demais, não tem tempo pra se divertir[...]o dia a dia da gente é só cuidar do doente, até para sair é difícil[...]tem que esperar o momento que ele dorme pra poder sair[...]para dormir e para acordar tudo eu tenho que estar muito alerta[...]o meu dia a dia depende dele, se ele está calmo ou se está agitado[...]às vezes quando vou sair não posso levar ele, tenho que ter alguém para olhar[...]se eu quiser viajar ele empata um pouco[...]isso me incomoda porque sempre tem que ter uma pessoa com ele[...]não posso trabalhar porque não tem quem fique com ele[...]eu não trabalho porque ele não pode ficar dentro de casa sozinho[...]se eu sair de casa ele pode sair e beber e até usar droga[...]tem sempre que haver alguém pra observar ela, para ela não estar na rua, porque a gente nunca sabe[...]tem que estar com ele 24 horas direto[...]pra sair de casa ele dá trabalho, porque ele é grande, eu tenho medo de soltar a mão dele e ele atravessar a pista[...]

APÊNDICE M – Unidades de registro da categoria sobre as implicações do cuidar do doente mental em casa – desgaste físico / psíquico

UNIDADES DE REGISTRO RELACIONADAS ÀS IMPLICAÇÕES DO CUIDAR DO DOENTE MENTAL EM CASA

DESGASTE FÍSICO/ PSÍQUICO

[...]se ele fica quinze dias, ou três semanas comigo dentro de casa eu fico mal também[...]pela minha idade e pelo cansaço eu fico mal[...]eu preciso me afastar dele para que eu possa me recuperar[...]quase sempre quando ele sai de casa pra se internar ele me deixa acamada[...]eu praticamente tenho que fazer tudo por ele, ele não toma banho direito, as vezes eu mando e ele sai todo sujo de sabão, ai eu tenho que da banho denovo, me cansa[...]eu faço barba, corto o cabelo, faço tudo[...]tomo remédios naturais com chá de cidreira, tudo pra manter a calma[...]to passando a tomar chazinho, suco de maracujá, tudo pra acalmar[...]tenho que levantar porque não pode os dois ficar doentes, um tem que segurar o outro[...]nessa semana estou no limite[...]eu passo o dia todo fazendo as coisas dentro de casa, dando o remédio na hora certa, quando tenho que levar pro médico levo como trouxe agora[...]quantas vezes ele levanta de noite e sai, é estressante[...]ela fala com o filho e ele não obedece, ai ela adocece[...]eu que cuido dele, tomo de conta, dou comida e ainda tenho dois irmãos com o mesmo problema[...]não tem como, já tem três anos que estou lutando pra ajudar meu pai sem conseguir e para piorar ele é deficiente e cego[...]eu agora estou com problema de coração e pressão alta, é muito difícil e muito complicado[...]eles dois tomam banho sozinhos, mas comida eu que tenho que dar, eles não aceitam que eu tenha alguém dentro de casa pra me ajudar[...]eu que tenho que dar comida, remédio, ate roupa tenho que lavar e da lavada[...]eu não posso descansar um minuto dentro de casa porque eles não deixam[...]eu falo para minha mãe que não é pra gente ta passando por isso não, meu meio irmão já foi preso três vezes, não podemos ficar passando por isso[...]já tenho 25 anos de batalha só para cuidar dele[...]

APÊNDICE N – Unidades de registro da categoria sobre atitudes frente ao cuidar - favorável

**UNIDADES DE REGISTRO RELACIONADAS ÀS ATITUDES FRENTE AO
CUIDAR DO DOENTE MENTAL EM CASA**

FAVORÁVEL

[...]me sinto bem de tomar conta dela, não faço mais porque não posso[...]não deixo faltar nada pra ele[...]eu acho que cuidar é muita compreensão e muita paciência[...]a gente tenta ao máximo ouvi-lo, tranquilizá-lo e acho que é o que toda família tem que fazer[...]a gente leva com muito amor e com muita paciência[...]ele estar com a gente dentro de casa não trouxe nenhuma complicação[...]nós estamos ali presentes, uma pessoa doente precisa de cuidados, deve ser uma coisa com harmonia e amor[...]eu cuido com o maior carinho, respeitando o direito deles, saber do que eles gostam e do que eles não gostam[...]eu cuido deles com amor e carinho, dele principalmente já que tenho 34 anos de casada e não é agora porque ele ta doente que vou abandoná-lo, a gente tem que cuidar do paciente[...]cuidar é ter paciência[...]ele passou três meses internado e voltou quase a mesma coisa, depois que ele chegou em casa é que ele foi melhorar[...]cuidar é ter disposição e estar ali atenta a qualquer necessidade[...]eu tenho cuidado com ele durante todo o dia, presto atenção nos remédios que o médico passou pra tomar na hora certa e ver alguma reação diferente[...]la em casa, somos eu, meus dois filhos e ele e todos ajudam a cuidar dele, a gente tem a maior paciência de sentar e conversar, todos estão ali para dar atenção[...]quando eu percebi que ele tava doente comecei a tratar ele com mais carinho[...]cuidar é tratar com carinho o paciente[...]é ser bastante paciente, cuidadosa e atenciosa com a pessoa doente[...]não tenho dificuldade para cuidar dele[...]ele não atrapalha a rotina da família não[...]pra mim é ter cuidado, meu dia a dia é tranquilo[...]não teve nenhuma mudança ela estar dentro de casa não, é tranquilo e sossegado[...]se eu pudesse ficar dentro de casa pra cuidar dele eu ficaria[...]precisa ter muita calma, paciência, e compreensão pra entender o que se passa[...]o dia a dia é calmo, porque eu dou o remédio e vou trabalhar[...]as únicas implicações são de ter mais cuidado e mais carinho[...]nós somos seis pessoas e todo mundo cuida[...]quando ela ta calminha nossa rotina é toda na paz[...]não teve mudança não, ela ainda cuida dos dois filhos direitinho e não dá trabalho nenhum[...]a nossa rotina é normal, é tranquilo[...]ele só teve uma crise mesmo, ficou internado no Sanatório São Paulo, mas eu prefiro ele em casa, é melhor[...]ela já esteve internada, mas agora com a idade dela eu faço tudo pra não internar[...]quando ela se interna eu acho que ela fica pior, eles dão remédios e ela fica dopada e ai quando recebe alta tem as crises do mesmo jeito[...]eu me compadecei, se eu não tivesse cuidado dele ele estaria na rua[...]eu tenho todo cuidado, é tanto que ele só respeita a mim porque ele vê o cuidado[...]o que mudou é que cada vez que a gente lida com esse tipo de gente a gente procura ter mais amor por ele[...]a gente tem que ter atenção, muito carinho, muita paciência, da a alimentação na hora certa[...]

APÊNDICE O – Unidades de registro da categoria sobre as atitudes frente ao cuidar -
desfavorável

**UNIDADES DE REGISTRO RELACIONADAS AO POSICIONAMENTO
FRENTE AO CUIDAR DE DOENTES MENTAIS EM CASA**

DESFAVORÁVEL

[...]a gente se ocupa demais com ele e nem todo mundo tem paciência[...]ele trouxe dificuldade[...]eu prefiro que ele fique internado[...]ele tem que ficar internado porque quando fica em crise eu não posso conter ele em casa não[...]eu cuido porque não tem outra opção[...]pra família ele é um peso[...]ela quer que eu faço tudo que ela quer, é um problema enorme, por isso ao invés de melhorar ela dentro de casa pra mim piorou[...]é uma barra pesada, a tensão dentro de casa é voltada pra ela[...]cuidar dele é dose[...]ele dentro de casa é muito ruim[...]para quem não tem o problema que ele tem fica difícil de aturar[...]os meus irmãos acham que meu marido tem obrigação de agüentar já que ela sempre morou comigo e ela dá muito trabalho[...]eu luto com ele e com outro que também tem problema, tenho muita dificuldade de cuidar[...]apronta muito mexe em tudo, bagunça[...]

APÊNDICE P – Unidades de registro da categoria sobre crenças (fé) que envolvem o cuidar**UNIDADES DE REGISTRO RELACIONADAS ÀS CRENÇAS DAS PESSOAS QUE CUIDAM DE DOENTES MENTAIS EM CASA**

[...]eu dou graças a Deus, porque Deus me dá força, me dá coragem[...]tenho muita fé em Deus[...]Deus é maravilhoso, Deus tem poder, Deus faz tudo em nossa vida[...]a gente tem que rezar e pedir a Deus que tudo fique bem, tanto pra ele quanto pra gente[...]só Deus sabe o quanto é difícil[...]só Deus sabe de onde é que vem minha força[...]a saúde é muito impor e eu agradeço muito a Deus por tê-la[...]a gente tem um relacionamento bom graças a Deus[...]fico muito nervosa com certas situações e por isso me apeguei muito mais à igreja[...]fui dependente de medicamento mais me libertei na igreja[...]só Deus mesmo pra dar a graça, porque eu sou cristão eu agüento[...]eu só agüento minha esposa porque quem é cristão não pode separar[...]estou pedindo a Deus misericórdia, só ele pode resolver[...]sou Testemunha de Jeová, chega o dia das minhas reuniões e eu vou pra minha reunião, levo ele quando ele quer ir[...]só Jesus para poder nos ajudar a agüentar[...]pergunto a Deus como é que vai ser agora[...]

ANEXO A - Parecer de aprovação do comitê de ética da maternidade Climério de OliveiraUFBA

COMITE DE ETICA EM PESQUISA CEP/MCO/UFBA
MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OUVEIRA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
IORG 0003460, April 1, 2004 - IRB 00004123, April 8, 2007
Rua Podre feijó 240, Cono:1a - Ambulatório Mogolhiles Neto 3.º andar, CItSO de Pós-graduação em
Medicina e Saúde.
Cep.: 40.1604-070- Salvador, BA. telefax.: (71) 203-2740

PARECER/RESOLUÇÃO No. O 75/2005

1. Projeto de Pesquisa: "O Cuidar do Doente Mental Desinstitucionalizado: Representações Sociais da Família".
2. Patrocínio/Financiamento: Recursos próprios.
3. Pesquisadora Responsável: Marcela Bruno de Carvalho Silva, Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí.
4. Orientadora: Dora Sadigunsky, Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo.
5. Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e Centro de Atenção Psicossocial Prof. Aristides Novis.
6. Área do conhecimento: 4.04, Nível N, Grupo III.
7. Objetivo: Principal - Não claramente descrito (Explorar através de uma abordagem quanti-qualitativa o cuidado aos pacientes portadores de doença mental). Específicos - Não foram descritos de forma objetiva.
8. Súmula: Trata-se de um estudo exploratório que utilizará uma abordagem quanti-qualitativa do cuidado aos pacientes portadores de doença mental. A pesquisa segue as orientações da Teoria das Representações Sociais. Critérios de Inclusão: Serão incluídos familiares de portadores de doença mental atendidos no Centro de Atenção Psicossocial Prof. Aristides Novis. Critérios de Exclusão: Não aceitação em participar do estudo.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/MCO/UFBA
 v MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA
 UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 IORG 0003460, April 1, 2004 – IRB 00004123, April 8, 2007

RUII Padre Feijó 240, CQ/II:la – Ambulatório Magalhães Neto 3.º andar, C/nO de Pós-graduação em Medicina e Saúde.
 Cep; 40.160-170 - Salvador, BA. Telefax.: (71) 203-2740 E-tMIL: eco@itico.fi.br

9. Comentários: Trata-se de um estudo exploratório que utilizará uma abordagem quanti-qualitativa do cuidado aos pacientes portadores de doença mental. Orçamento Não incluso. Cronograma incluso e bem descrito. "Termo de Consentimento Livre e Pré-Esclarecido" presente e inteligível. A Pesquisadora compromete-se a assegurar o sigilo das informações colhidas, mas deve, antes de começar a pesquisa, esclarecer mais especificadamente o(s) objetivo(s). Protocolo aprovável.

Salvador 29 julho de 2005.

Decisão Plenária:.....

Coordenador:.....

Observação importante: toda a documentação anexa ao Protocolo proposto e rubricada pela Pesquisadora Responsável, arquivada neste CEP, e também a outra devolvida com a rubrica da Secretária deste à mesma, faz parte intrínseca deste Parecer /Resolução.

ANEXO B – Contribuições por fator dos adjetivos evocados

Tabela 1. Adjetivos evocados nas coordenadas fatoriais (F1, F2, F3) e contribuições para cada fator.

ACT.	F=1	CPF	F=2	CPF	F=3	CPF	
alim	83	5	-171	25	-226	61	alimen1
alil	389	73	194	21	170	23	alimen2
bom1	-235	95	58	7	-15	1	bom1
chor	-279	23	148	8	-440	94	choro3
come	-293	31	-27	0	104	6	comer3
dese	294	20	-43	0	425	68	desenv1
des1	323	21	-190	8	-40	1	desenv2
des4	362	59	95	5	79	5	desnut3
doe2	305	84	185	32	-16	0	doenca3
ecol	-224	7	684	72	-61	1	econom2
peit	170	7	-409	45	107	4	peito3
fome	-252	21	435	83	-306	51	fome3
for1	-395	87	-236	36	-51	2	forte2
fra1	-147	8	237	24	213	27	fraca3
gral	-6	0	299	24	448	76	gravid3
imp2	348	64	105	7	-22	0	import1
imp3	51	1	-579	103	-273	32	import2
inse	85	1	-350	19	207	9	insegur3
infl	-73	2	-278	27	301	44	influe3
inte	-145	4	-292	20	-169	9	inteli1
irr3	-378	28	85	2	307	31	irrita3
libe	459	42	451	47	-33	0	liberd3
obri	530	37	-580	52	-324	23	obrigal
poul	-181	29	-34	1	68	7	pouco3
praz	-86	1	376	27	-330	29	prazer1
pre5	134	13	-165	24	8	0	preven2
rico	-409	44	440	59	-35	1	rico2
sati	617	63	-146	4	87	2	satisf1
sufi	-319	23	-487	64	310	36	sufici2
tem1	-112	4	-267	25	-24	0	tempo3
* * *	*1000*		*1000*		*1000*		

ANEXO C – Contribuições por fator dos adjetivos evocados

Tabela 2. Modalidades sócio-demográficas que contribuíram para formação dos Fatores 1 e 2.

ACT.	F=1	CPF	F=2	CPF	F=3	CPF
0151	576	275	143	20	133	24
0152	-98	44	-178	170	-35	9
0153	-13	0	520	428	34	3
0161	598	132	-239	25	293	52
0162	168	86	64	14	-218	238
0163	-215	155	-29	3	164	149
0184	262	86	-311	142	-180	67
		1000		*1000*		*1000*