

FAMÍLIA E CRONICIDADE DA DOENÇA MENTAL: DÚVIDAS, CURIOSIDADE E RELACIONAMENTO FAMILIAR¹

FAMILY AND CRONIC MENTAL DISEASE: DOUBTS, CURIOSITY AND FAMILY RELATIONSHIP

FAMILIA Y ENFERMEDAD MENTAL CRONICA: DUDAS, LA CURIOSIDAD Y RELACIÓN FAMILIAR

Maria Angélica Pagliarini Waidman*
Raquel Gusmão**

RESUMO: Trata-se de estudo exploratório-descritivo, que teve por objetivo identificar o conhecimento da família sobre doença mental assim como suas dúvidas a respeito da mesma. Foram entrevistados dez familiares de doentes mentais assistidos pelo Centro Integrado de Saúde Mental de Maringá em agosto de 1999. O método de coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada, sendo realizada a análise qualitativa dos dados. A descrição dos resultados foi apresentada em categorias. Foi possível verificar que as famílias não têm conhecimento sobre a doença mental, que apresentam dúvidas a respeito do uso do medicamento; que metade dos doentes mentais não fazem uso correto da medicação, que o doente mental passa a maior parte do tempo desocupado – apenas um deles possuía vínculo empregatício; que a família não sabe lidar com o doente quando ele está em crise.

DESCRITORES: Doente mental; Família; Relacionamento familiar.

INTRODUÇÃO

A sociedade, ao longo de sua história, sempre isolou os doentes mentais. Em consequência disso, eles têm ficado fora do alcance dos olhos das pessoas, ou seja, fora da convivência com os "sadios". Este isolamento, que se caracteriza como uma forma de tratamento, se concretiza através de longas internações, o que acarreta a quebra do vínculo familiar. A partir da década de 60 em outros países, e da de 80 no Brasil, esta forma de tratamento começou a ser questionada, porque os resultados alcançados não são satisfatórios, uma vez que o doente mental continua com os mesmos sintomas da doença, distante de seus familiares e isolado do convívio social.

Neste sentido, temas diversos tornaram-se emergentes e passaram a ser discutidos, entre os quais citamos a reforma psiquiátrica; a desinstitucionalização do doente mental; a mobilização de trabalhadores de saúde mental, de usuários, de familiares; mudança no pensar e o exercício profissional na área de saúde mental bem como os modelos de assistência em psiquiatria. Reconhecemos que são discussões importantes e substanciais, pois têm reflexos diretos na relação familiar, na qualidade desta relação e naquilo que de fato se pode realizar com famílias que convivem com um doente mental.

Preocupa-nos a problemática da desinstitucionalização, principalmente no que se refere ao preparo da família para manter o doente mental no domicílio. Isto levou-nos a elaborar uma série de questionamentos: será que, indo à casa dos familiares desses doentes, encontraríamos as respostas sobre quanto a família sabe sobre a doença mental? Quais são as dúvidas que possuem a respeito de seu membro doente?

Rebecido em 05/07/01 aceito em 11/09/01

¹ Esta pesquisa é resultado de um projeto de iniciação científica desenvolvido pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM) no período de 1997 a 1999.

* Enfermeira, Mestre em Enfermagem, docente do Departamento de Enfermagem da UEM, doutoranda em Filosofia de Enfermagem na UFSC. Membro do NEPAAF (Núcleo de Estudos, Pesquisa, Assistência e Apoio à Família) da UEM.

** Enfermeira da Secretaria Municipal de Aquidauana.

Estas indagações surgem a partir do nosso contato com familiares de doentes mentais, ao realizar visitas domiciliares durante o desenvolvimento da disciplina de Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica e também nas vistas às famílias atendidas pelo NEPAAF (Núcleo de estudos, apoio e assistência às famílias), ao qual este projeto esteve vinculado.

Nessas visitas percebemos que as famílias apresentam dificuldades na convivência com o doente mental; então pensamos em investigar este tema de tanta importância para quem trabalha na área de saúde mental.

No final do século passado e início deste estamos vivendo momentos de tensão, sofrimento, estresse e outros, e isto se mostra, muitas vezes, como sobrecarga no dia-a-dia das pessoas, principalmente daquelas que possuem doente crônico em sua família. Deste modo vários autores têm se preocupado em estudar este tema. Eles referem-se à sobrecarga de familiares de pacientes crônicos, à sobrecarga da mulher na modernidade e ainda à avaliação da sobrecarga leve, moderada e/ou severa de familiares de doentes mentais (Andrade, 1996; Marcon et al., 1997; Montagna et al., 1985 e Abreu et al., 1991).

Koga (1997), comenta que há três sobrecargas que são impostas sobre a família na convivência com o doente mental: a sobrecarga financeira, a das rotinas familiares e aquela em forma de doença física ou emocional.

Diante da proposta de aproximar/envolver a família no tratamento do doente mental, os docentes do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), incluíram no programa da disciplina Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica, uma atividade de aproximação com estes familiares, mediante a realização de visitas domiciliares enquanto o paciente ainda se encontrava internado e depois que já se encontrava em casa. Procuramos desta forma valorizar, principalmente, as orientações que podem ser prestadas em relação ao uso contínuo de psicofármacos, sobre a gênese da doença, direitos de cidadania entre outros. Este procedimento é um método didático para que os acadêmicos observem "in loco" toda a problemática vivenciada pela família.

A questão do relacionamento familiar vem à tona quando percebemos na prática que o paciente muitas vezes força a família a realizar coisas em seu favor, e o familiar fica sem saber como comportar-se diante de manifestações como delírios de perseguição, confusão mental, gastos excessivos e cobranças.

Reconhecemos e valorizamos a necessidade de humanização da assistência ao doente mental, mas acreditamos ser necessário estendermos esta preocupação ao atendimento à família, porque esta continua desassistida diante das dificuldades no cotidiano com o doente mental.

Na atual política de saúde mental, que visa a desinstitucionalizar o doente mental, os profissionais têm tentado envolver a família no seu tratamento, pois vários autores, como Bandeira. (1994); Koga (1997); Waidman (1998) e Montagna et al. (1985), referem que somente assim é possível manter o doente desinstitucionalizado, já que, sem o preparo e acompanhamento, a família não tem infra-estrutura necessária para manter o doente mental no domicílio.

Neste sentido, Morgado; Lima (1994), dizem que seria catastrófico enviar pacientes para casa, ou seja, para fora do hospital, sem implantar uma infra-estrutura na comunidade e ao mesmo tempo dar suporte às famílias.

Neste contexto destacamos a importância de estudarmos mais a convivência do doente mental com a família, visto que esta assume os cuidados daquele, quando ele não está internado, gerando consequências financeiras e nas demais atividades familiares e sociais.

Envolvidas nesta problemática, propusemo-nos a esta pesquisa.

OBJETIVOS

Identificar o conhecimento da família sobre a doença mental.

Identificar as dúvidas que os familiares dos doentes mentais apresentam nas convivências diárias com o doente mental.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho é um estudo exploratório-descritivo, pois permite uma aproximação e descrição da situação focalizada, ou seja, do fardo imposto pela existência de um doente mental na família.

O estudo exploratório, que tem como uma das finalidades esclarecer e/ou modificar conceitos e idéias, apresenta menor rigidez no planejamento, habitualmente envolve entrevista não padronizada e é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado (Gil, 1987).

A pesquisa exploratória inicia-se por algum fenômeno de interesse, e busca explorar as dimensões desse fenômeno, a maneira como ele se manifesta e os outros fatores com os quais ele se relaciona (Polit ; Hungler, 1995).

As pesquisas descritivas procuram observar, descrever e classificar determinados fenômenos (Gil, 1987; Polit ; Hungler, 1995).

a) População

Foram selecionadas famílias residentes em Maringá que foram atendidas no Centro Integrado de Saúde Mental de Maringá (CISAM) em agosto de 1999. Participaram desta pesquisa 10 familiares (mãe, irmãs, filhas e cônjuges) de pacientes diagnosticados como doentes mentais há pelo menos 02 (dois) anos,

Para fazer parte da população, estes familiares deveriam estar convivendo com o doente e apresentar condições de responder à entrevista.

b) Local de Estudo

O presente estudo foi desenvolvido na cidade de Maringá, Região Noroeste do Estado do Paraná, fundada em 10 de maio de 1947. Contava com 267.878 habitantes no ano de 1996 (IBGE, 1996), com uma estimativa de 300.000 para o ano 2000.

O Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM) foi criado em novembro de 1994 e presta atendimento secundário de saúde mental, em horário comercial, sendo referência para 30 pequenos municípios da região. Os encaminhamentos a este Centro são provenientes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou diretamente dos hospitais clínicos e psiquiátricos, conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), que fazem parte da 15ª Regional de Saúde

c) Procedimentos de Coleta e Análise dos Dados

Após autorização do CISAM, realizamos uma reunião com as famílias, apresentando nossos objetivos, e de posse da autorização, fizemos o levantamento das famílias de pacientes registrados com mais de 2 anos de tratamento, selecionamos a população conforme os critérios acima referidos e desenvolvemos as entrevistas.

A entrevista, para Gil (1987), "... é a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação".

O instrumento utilizado foi analisado, em sua forma, apresentação e conteúdo, por quatro juízes, enfermeiros e docentes de duas escolas de Enfermagem.

Na residência, ao chegarmos, nos certificamos do nome do paciente e da presença do familiar; explicamos o objetivo e solicitamos sua colaboração. Antes da entrevista, propriamente dita, perguntamos o grau de parentesco, o tempo da doença e se o familiar mora de fato no local. Foram todos novamente esclarecidos quanto ao objetivo do estudo e à garantia do seu anonimato.

As entrevistas foram gravadas em fita cassete, com a permissão do informante, exceto duas entrevistas das quais os informantes não permitiram a gravação.

As fitas foram transcritas após as entrevistas. E as entrevistas não gravadas, tiveram as informações escritas durante a própria entrevista.

Após várias leituras e releituras, as entrevistas foram analisadas e agrupadas por temas abordados; assim sendo, optamos por fazer uma análise qualitativa dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente este trabalho teve por objetivo identificar o conhecimento da família sobre doença mental e identificar as dúvidas dos familiares sobre a convivência diária com o doente mental. Porém durante o seu desenvolvimento vários aspectos referentes ao doente mental foram levantados, os quais acreditamos que vale a pena serem discutidos.

CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS ESTUDADAS

Os doentes pertencentes a estas famílias eram 6 do sexo feminino e 4 do masculino, de idade entre 25 e 55 anos, 9 sem emprego, 1 com emprego (zeladora), 8 apresentavam primeiro grau incompleto, 1 segundo grau completo e 1 com primeiro grau completo.

Os principais cuidadores são mães e filhas, com idade entre 26 e 75 anos, que tem o lar como ocupação. Apenas em uma família o pai é o principal cuidador, e ele é aposentado.

Quanto às condições de moradia, vivem em casa própria, de alvenaria, de 4 a 5 cômodos; possuem água encanada e esgoto e, segundo a observação dos entrevistadores, as residências em geral estavam em boas condições de construção e higiene. As famílias apresentam-se composta de 3 a 6 pessoas, e vivem com renda familiar de 2 a 3 salários mínimos.

A maioria das famílias referem que o portador de doença mental apresentava comportamento estranho desde pequeno, porém a maioria apresenta a doença há mais de 10 anos. Metade das famílias entrevistadas referiram que existem outros familiares que apresentam algum tipo de doença mental.

ASPECTOS EMERGENTES DO ESTUDO

Durante a realização das entrevistas, tentamos deixar as famílias à vontade para colocar suas experiências, nos colocando à disposição para ouvi-las, pois sabemos que a convivência com o doente mental as leva a uma sobrecarga que, segundo Koga (1997), apresenta-se de forma física, emocional e financeira. Com base em nossa experiência tentamos ouvir a família porque, além de colher as informações necessárias para a realização da pesquisa, estaríamos ajudando-a, pois Stefanelli (1993), refere que ouvir atentamente é o ponto chave para atender a pessoa, e é a partir desse ouvir que entrevistador se envolve no processo de relacionamento terapêutico. Podemos complementar essa autora dizendo que nossa experiência nos mostra que ouvir o outro significa, para quem está sendo ouvido, a valorização, o respeito, a aceitação e a compreensão, e Irving (1979), coloca essas condições como princípio básico para o desenvolvimento do relacionamento interpessoal.

Conhecimento da família sobre doença mental

Neste item verificamos que todos os entrevistados não sabiam ao menos o nome da doença. Quando se referem a ela chamam-na de "problema na cabeça ou mental", e muitas vezes apresentam sobre ela informações erradas. Vejamos algumas falas:

"É de nascença, nunca foi normal, não sei o que é, não sei não"; (9)

"A mente dela não cresceu, ficou em cinco, diz que vai até 10. É mental, o nome eu não sei. Não tem cura, só melhora, acho que é de nascença"; (1)

"O problema é de nascença. O nome eu não sei, fez exame na cabeça, mas não deu nada"; (5)

"Eu não entendo como começou a doença"; (7)

"Eu não sei o nome, sei que é dos nervos. Começou quando o pai foi embora e levou três filhos, aí a mãe chorou muito e foi ficando assim"; (8)

Percebemos que, além de não saberem o nome da doença, os entrevistados também desconhecem sua etiologia e tentam buscar a compreensão através de realização de exames como eletroencefalografia, RX e outros, pois acreditam que a doença mental pode ser diagnosticada por exames. Isto não é verdadeiro, pois o diagnóstico da doença mental se dá através da clínica, e não através de exames laboratoriais.

Bandeira (1993), coloca que, para que o movimento de desinstitucionalização do doente mental aconteça, é preciso que os serviços ofereçam atendimento que envolva a família, orientando-a sobre a doença, pois somente com apoio a família consegue manter o doente mental desinstitucionalizado.

Neste sentido, Koga (1997) e Waidman (1998), colocam que, se houver investimento no potencial da família, ou seja, se ela for orientada sobre a doença mental e sobre formas de lidar com o paciente e apoiada nos momentos de dificuldade e sofrimento, é possível a ela manter o doente mental desinstitucionalizado.

Percepção da família sobre o uso contínuo do medicamento

A maioria das famílias referem que é preciso tomar o medicamento continuamente para que os sintomas não voltem, porém apenas 5 famílias referem que o doente mental toma o medicamento corretamente; os demais tomam de forma irregular, conforme pode ser identificado nas falas a seguir:

"Ela toma remédio do jeito que ela quer, porque todo mundo trabalha fora e não tem ninguém para controlar"; (5)

"Ela toma haldol, akineton e clorpromazina, eles são bons para ela, eu não tenho dúvidas"; (6)

"Se ela fica sem o remédio pode voltar a ter crise"; (8)

"Toma neozine e fenergan. Tem dia que ela tá boa, tem dia que não. Toma remédio do jeito que ela quer, não é controlada, ela dorme do efeito do remédio"; (4)

"Os remédios dão sono, mas eu controlo direitinho para ele não se machucar na APAE com a máquina de costura; eu dou correto"; (6)

Através das entrevistas percebemos que algumas famílias têm consciência da importância do uso contínuo e correto da medicação; para outras, porém, o uso correto do medicamento não é possível, seja por não terem quem o supervise e/ou porque o paciente não aceita o controle feito pela família.

Apenas uma família sabia o nome da medicação e seus efeitos e durante a entrevista mostrava-se orientada a respeito da medicação.

"Toma haldol e akineton. O akineton é para tirar o efeito do haldol e o neozine é para ele dormir"; (3)

Relacionamento familiar

O relacionamento de uma forma geral apresenta-se numa multiplicidade de formas, de acordo com a estrutura familiar. Cada família enfrenta situações peculiares a sua realidade. Isto se intensifica ainda mais quando há a presença de doença mental em um de seus membros. Para Teixeira (1997), as famílias que vivem com um pessoa portadora de psicose são fragmentadas pela existência com identidade própria, mas servem ao conjunto das projeções maciças de sentimentos, medos e fantasias. Ressalta ainda aquele autor que nesta estrutura os membros da família se invadem constantemente nos sentimentos e pensamentos do outro. Os membros não falam entre si, mas detêm verdades sobre os outros construídas a partir de suas próprias verdades.

Percebemos através das falas das família que, quando o doente mental não está em crise, o relacionamento é razoável; porém quando os sintomas da doença estão exacerbados o relacionamento fica comprometido e dificultado, como descrito adiante.

"Quando ela está boa é tranquila, se dá bem com todos da casa; mas quando está em crise, nós cuidamos e os irmãos ficam quietos para não brigar"; (4)

"O relacionamento agora é bom, mas quando está em crise é ruim"; (10)

"A Gente se dá bem, mas ele tomando o remédio"; (2)

"Quando tinha crise ninguém falava nad; mas bom... ele dorme muito e o relacionamento é distante"; (6)

"É muito dependente da mãe; com a mãe se dá bem, com o pai é neutro"; (10)

Como já dito anteriormente, há uma sobrecarga sobre a família na convivência diária com o doente mental, o que pode ser confirmado pelas falas dos entrevistados deste estudo.

"O relacionamento é tenso, temos uma preocupação"; (4)

"Briga com a irmã e não obedece à mãe"; (2)

"O relacionamento é difícil, ela é teimosa, sai sem avisar... Não briga com ninguém, mas ninguém pode falar nada que ela fica nervosa e fala que vai embora, morar com os crentes"; (5)

"Ele anda muito, dá preocupação, sai de casa, anda muito. Ele foi preso porque pegou um relógio"; (1)

Percebemos através destas falas que há um sofrimento em função do comportamento do doente mental, e isto afeta diretamente o relacionamento familiar. Para Ackerman (1986), é uma luta para a família manter a saúde mental, em função dos transtornos causados pela presença de comportamentos inadequados, consequentes da sintomatologia da doença mental. Ele ressalta que muitos profissionais se preocupam apenas com o doente, esquecendo-se das lutas emocionais que afetam a família.

A presença de uma pessoa que sofre doença mental produz alterações na rotina familiar, financeiras, emocionais e outras. Segundo Abreu (1991), é importante estudar o fardo que o doente mental representa para a família, para desta forma reduzir o custo social da família; ou seja, partir do cuidado planejado para intervir juntos às famílias.

Alguns autores que trabalham com famílias ressaltam a sua importância na formação crescimento e desenvolvimento do indivíduo. Neste sentido Penna (1993), observa que a família tem como uma de suas funções atender às necessidades de crescimento e desenvolvimento de seus membros, e assim, ela atua no ambiente em que vive, transforma-o e é transformada; enfrenta crises, conflitos e contradições, construindo uma história, desenvolvendo-se, provendo meios para o crescimento e desenvolvimento seus membros.

Verificamos que isso não é possível nas famílias visitadas, pois comungamos com concepção de que a família saudável é aberta, seus membros interagem entre si e ela apresenta uma estrutura e organização flexíveis. Por isso está em constante ação com o ambiente em que vive. Esta harmonia, porém, não foi verificada pelas pesquisadoras. Percebemos, ao realizar as entrevistas, que as famílias em estudo apresentam-se desestruturadas, principalmente no aspecto emocional, o que nos mostra a necessidade de investir no potencial da família para poder contar com sua colaboração no processo terapêutico, buscando o desenvolvimento das potencialidades da família e não dando ênfase à doença do paciente.

Ocupação do doente mental

Constatamos que a metade dos pacientes não desenvolve nenhuma atividade, e a outra metade se ocupa de afazeres domésticos, ajudando a família nas atividades diárias. Apenas uma paciente possui vínculo empregatício.

Algumas falas nos retratam a realidade das atividades dos pacientes:

"Não faz nada no domicílio. Às vezes lava louça, faz curso à noite, estuda, vive na igreja, faz curso bíblico."; (5)

"Não trabalha, dorme bastante"; (7)

"Não faz nada, fica em casa o tempo todo"; (9)

"Lava louça e gosta de fazer comida"; (4)

"Anda o dia todo, não tem ocupação. Antes vendia sorvete, mas deu prejuízo e a mãe não deixou mais"; (1)

A doença mental durante muito tempo caracterizou-se como excludente e estigmatizante, fazendo com que o doente se tornasse improdutivo e até incapaz. Isso ainda é marcante na realidade destas famílias, já que

muitas vezes vêm o portador de doença mental como incapaz, e em alguns casos preferem deixá-lo sem atividades, pois atrapalha ou executa atividades de forma errada. Para Organização Mundial Da Saúde – OMS – (1993), a consciência clara e a capacidade intelectual estão usualmente mantidas em pacientes com transtornos esquizofrênicos, embora certos déficits cognitivos possam surgir no curso do tempo. A partir dessa concepção da OMS podemos dizer que, se o doente mental tiver a oportunidade de manter-se desinstitucionalizado e tiver valorizada sua capacidade, ele poderá manter-se bem e ser produtivo. Isto pode ser evidenciado neste estudo, pois em uma das famílias entrevistadas, apesar da doença mental, a mãe trabalha fora e ainda cuida do filho, que também é doente mental, e do marido, que tem asma.

Em algumas doenças mentais, como a esquizofrenia, a incapacidade do doente se intensifica no decorrer dos anos, tornando-se ele muitas vezes incapaz; mas em outras, é a própria família que sentencia o doente como incapacitado de realizar uma série de atividades.

Comportamento do doente mental quando está em crise

O comportamento predominante quando o doente está em crise, segundo as famílias, é o nervosismo, que elas descrevem assim:

"Quando ele fica nervoso, ele xinga, mas não é violento, começa a andar, pisar forte no chão, vai para rua, bate o portão e grita"; (2)

"Irritada, teimosa, nervosa, dificuldade de relacionamento. Não briga, mas ninguém pode falar nada que ela fala que vai embora; sai de casa sozinha, gasta dinheiro á toa, compra coisas e dá para os outros, gasta o dinheiro que não tem... (a entrevistada chora)"; (5)

"Batia lata, mexia com os vizinhos, tacava pedra, nervosa. Faz só o que quer, jogava pedra nos carros e janelas, ficava até quatro horas sem dormir, agride, xinga, canta, reza, não tem parada"; (4)

"Não tem parada, meio atrapalhada, falava sozinha, ri sozinha e sai andando"; (8)

"Nervoso, agressivo, se agente fala qualquer coisa fica agressivo"; (3)

"Nervosa, depressiva, fica isolada"; (7)

As falas demonstram que muitas vezes a família não sabe lidar com o comportamento alterado do doente, gerando-se assim uma situação de conflito, o que a leva muitas vezes a deixar a vontade do doente prevalecer, para evitar maiores aborrecimentos.

A falta de limite no comportamento do doente é bastante visível. Talvez isso se deva à concepção da incapacidade do doente mental de compreender, aceitar e realizar atividades. Waidman (1998), identificou este comportamento nas famílias pesquisadas e comenta que a família precisa ser acompanhada e amparada para perceber essa situação. Pra que isso aconteça é preciso haver empatia e envolvimento emocional por parte do profissional que se propõe a compartilhar com a família o relacionamento terapêutico, que visa a apoiá-la e ampará-la na reinserção social do doente mental.

Acreditamos que esta falta de habilidade para lidar com o doente mental em crise gera na família sentimento de impotência e ao mesmo tempo de culpa, o que o faz expressar seus sentimentos em forma de choro ou irritabilidade, como observado pelas pesquisadoras.

Percebemos ainda, através de uma fala, que a família achava que o comportamento do doente mental era inadequado, devido à sua "ruindade" – como disse a mãe – maldade e desrespeito.

Isto mostra claramente o desconhecimento dos sintomas da doença mental pela família, fazendo com que ela não compreenda a agressividade do doente mental.

Dúvidas e curiosidades da família sobre a doença mental e a convivência com o doente

Através das entrevistas algumas dúvidas dos familiares foram levantadas. Em relação à medicação:

"Quando o paciente vai parar de tomar o medicamento?"; (7)

"O remédio abrevia a vida do doente?"; (2)

"Ele tem que tomar o remédio a vida toda?"; (3)

Em relação à doença:

"Como é essa doença?"; (5)

"Não dá nada no exames, eu não entendo, por quê?"; (7)

Com referência ao relacionamento uma das famílias relatou:

"Ah! Eu não sei como lidar, às vezes"; (5)

Através destas falas é possível verificar algumas das dúvidas das famílias ao lidar com o doente mental. Elas mostram ainda que as famílias não foram orientadas e que este é um campo rico de atuação para o profissional enfermeiro.

CONCLUSÃO

Concluímos que as famílias entrevistadas não têm conhecimento sobre a doença mental, que poucas foram orientadas e nenhuma delas sabe o nome da doença, neste caso, esquizofrenia.

A renda familiar com que estas famílias vivem é de 2 a 3 salários mínimos, moram em casas de alvenaria e a família é composta de 3 a 6 pessoas. Um fato importante que vale ressaltar é que a cidade não possui favela, por isso todas as casas são de alvenaria e possuem água encanada e esgoto – fato que não implica serem satisfatórias as condições socioeconômicas da família.

Identificamos também que a família apresenta dúvidas a respeito do uso do medicamento, e que a metade dos pacientes não fazem uso correto da medicação.

O relacionamento familiar é dificultado, principalmente quando o doente mental está em crise.

Percebemos que o doente mental passa a maior parte do tempo desocupado e apenas um deles tem vínculo empregatício. O momento de crise do doente mental é para a família um grande transtorno, mostrando que ela não sabe lidar com esta situação.

As famílias entrevistadas nos receberam muito bem e a maioria delas pediu que voltássemos para conversar outras vezes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar esta pesquisa, além de possibilitar identificarmos uma série de dificuldades que a família apresenta no convívio com o doente mental, foi uma grande satisfação, pois mostrou uma lacuna que os profissionais de enfermagem podem preencher ao assistir doentes mentais. Veio ainda confirmar uma série de suposições e de observações realizadas através de nossa prática em desenvolver assistência ao doente mental.

Destacamos, neste sentido, o papel da Universidade como órgão formador de recursos humanos sensibilizados para o trabalho de saúde mental que envolva a família no tratamento. Foi possível ainda perceber que a família está pouco ou quase nada preparada para manter o doente mental desinstitucionalizado; que ela pouco tem sido envolvida no tratamento de seus membros portadores de doença mental, e isto tem dificultado o convívio familiar.

É importante ressaltar a importância de que os profissionais que atuam na área de saúde mental percebam a necessidade de desenvolverem trabalhos que visem a envolver a família no tratamento – de forma a apará-la, apoiá-la e orientá-la na árdua tarefa de cuidadora de um doente mental – e com isso manter o

doente mental desinstitucionalizado e tratado dignamente, pois não adiante estar em casa e ser visto como um peso, sem atividades, sem respeito e sem valor.

ABSTRACT: It is exploratory-descriptive study, that had for objective to identify the knowledge of the family on mental disease as well as its doubts regarding the same. Ten were interviewed family of sick mental attended by the Integrated Center of Mental Health of Maringá in August of 1999. O method of collection of data it went to semi-structured interview, being accomplished the qualitative analysis of the data. The description of the results was presented in categories. It was possible to verify that the families don't have knowledge on the mental disease, that present doubts regarding the use of the medication; that mental half of the sick ones doesn't make correct use of the medication, that the sick mental it passes most of the unoccupied time – just one of them possessed entail empregatício; that the family doesn't know how to work with the sick when he is in crisis.

KEY WORDS: Sick mental; Family; Family relationship.

RESUMEN: Es estudio exploratorio-descriptivo que tenía para el objetivo para identificar el conocimiento de la familia en enfermedad mental así como sus dudas con respecto al mismo. Se entrevistaron diez familia de enfermos mentales asistida por el Centro Integrado de Salud Mental de Maringá en agosto de 1999. O método de colección de datos que fue a la entrevista semi-estructurada y es cumplido el análisis cualitativo de los datos. La descripción de los resultados se presentó en categorías. Era posible verificar que que las familias no tienen conocimiento en la enfermedad mental, ese presente dude con respecto al uso de la medicación; esa reserva mental la mitad del enfermo no hace uso correcto de la medicación que la reserva mental enferma pasa la mayoría del tiempo desocupado - justo de ellos poseyó empregatício de la vinculación; que la familia no sabe trabajar con el enfermo cuando él está en crisis.

PALABRAS CLAVES: Enfermo mental; Relación familiar; Familia.

REFERÊNCIAS

- 1 ABREU, P. S. B. de. et al. Fardo do paciente psiquiátrico crônico na família. *Revista da Associação Brasileira e Associação Psiquiátrica de la America Latina*. v. 13, n. 2, p.49-52, 1991.
- 2 ANDRADE, O. G. de Cuidado ao idoso com sequela de acidente vascular cerebral: representações do cuidador familiar. Ribeirão Preto, 1996. 177 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1996.
- 3 BANDEIRA, M. Reinserção de doentes mentais na comunidade: fatores determinantes das re-hospitalizações. *J. Bras. Psiqu.* v.42, n.9, p. 491-498, 1994.
- 4 GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1987.
- 5 IBGE, FUNDAÇÃO. Contagem da população de 1996. Maringá, 1996.
- 6 IRVING, S Enfermagem psiquiátrica básica. 2.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.
- 7 KOGA, M. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. Ribeirão Preto: USP, 1997. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1997.
- 8 MARCON S. S. et al. O trabalho da mulher: o confronto com a realidade familiar. Texto contexto. v., n. 1997.
- 9 MONTAGNA, P. L. K. et al. Avaliação da sobrecarga representada por pacientes psiquiátricos e suas famílias: confiabilidade de uma entrevista. *Revista de psiquiatria clínica*. v.12, n.1, p. 13-16, 1985.
- 10 MORGADO. A.; LIMA, L. A. Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, v. 41, n. 1, p. 19-28, 1994.
- 11 OMS. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- 12 POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3.ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1995.
- 13 STEFANELLI, M., C. Comunicação com o paciente: teoria e ensino. São Paulo: Robe, 1993.
- 14 WAIDMAN, M. A. P. Enfermeira e família compartilhando o processo de reinserção social do doente mental. Curitiba: REPENSUL – UFSC, 1998. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Pós-graduação em Enfermagem, Pólo I, Curitiba, 1998.
- 15 TEIXEIRA, S. B. S. Trabalhando com família no hospital-dia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. *Debates Sociais*. Número especial: anais do Seminário Família ontem, hoje amanhã. PUC. Rio de Janeiro, 1990. Re-edição revisada 1997.