

Representações dos cuidadores sobre a atenção na esquizofrenia

Marcelo Machado de Almeida

Virgínia Torres Schall

Alberto Mesaque Martins

Celina Maria Modena

*Centro de Pesquisa René Rachou – Fundação Oswaldo Cruz
Belo Horizonte, MG, Brasil*

RESUMO

No Brasil, com o movimento de Reforma Psiquiátrica, um novo ator emerge na atenção à saúde mental: o cuidador, a quem o sistema de saúde precisa considerar no sentido de alcançar um processo terapêutico integral e efetivo. Nesse sentido, procurou-se conhecer as representações sociais de cuidadores de pacientes com esquizofrenia, em relação à atenção prestada num CAPS do interior de Minas Gerais. Considerando-se a perspectiva da pesquisa qualitativa e utilizando entrevistas semiestruturadas, foram entrevistados 15 cuidadores de pacientes diagnosticados com esquizofrenia que utilizavam o CAPS da cidade de Lagoa da Prata-MG. O discurso dos entrevistados permitiu identificar três categorias: a desinstitucionalização, a atenção por equipe multidisciplinar e o tratamento medicamentoso. Conclui-se que os profissionais de saúde devam implementar práticas no intuito de informar e integrar o cuidador no processo de atenção, acolhendo a sua participação.

Palavras-chave: Atenção; esquizofrenia; cuidador; representação social.

ABSTRACT

Representations of caretakers about attention in schizophrenia

The Psychiatric Reform Movement has created a new actor that emerged in Mental Health Care in Brazil: the caregiver, a person that now should be considered in order to achieve a full and effective therapeutic process. This work tries to understand the social representations of caregivers of schizophrenia patients that look for attention in Centers for Psychosocial Health Care (CAPS) in Minas Gerais State, Brazil. Semi-structured interviews were made with 15 caregivers of patients diagnosed with schizophrenia that seek the services of the Center in the city of Lagoa da Prata. Analyzing the speech of the interviewees three categories were identified: the deinstitutionalization, the attention given by a multidisciplinary team and the drug treatment. It is concluded that health professionals should implement practices in order to inform and integrate the caregiver in the process of attention, welcoming their participation.

Keywords: Attention; schizophrenia; caregivers; social representation.

RESUMEN

Representaciones sociales de los cuidadores sobre la atención en la esquizofrenia

En Brasil, con el movimiento de la Reforma Psiquiátrica, un nuevo actor emerge en el cuidado de la salud mental: el cuidador, a quien el sistema de salud deben considerar para llegar a un proceso terapéutico completo y eficaz. Así, buscamos comprender las representaciones sociales de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia, en relación a la atención recibida en un CAPS de Minas Gerais. Teniendo en cuenta la perspectiva de la investigación cualitativa, mediante entrevistas semi-estructuradas, entrevistamos 15 cuidadores de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que utilizaban el CAPS de la ciudad de Lagoa da Prata-MG. El discurso de los entrevistados identificó tres categorías: la desinstitucionalización, la atención por un equipo multidisciplinario y el tratamiento de drogas. Se concluye que los profesionales de la salud deben implementar prácticas a fin de informar e integrar el cuidador en el proceso de atención, dando la bienvenida a su participación.

Palabras clave: Atención; esquizofrenia; cuidador; representación social.

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é um transtorno mental que ocorre em cerca de 1% da população mundial, sem diferença significativa entre os gêneros. Desde a idade antiga existem relatos de sinais e sintomas parecidos ao que hoje denominamos de esquizofrenia, mas é somente no século XVIII que se começa a valorizar os sintomas psíquicos e se inicia o interesse em classificá-los e conceituá-los (Sadock e Sadock, 2006).

Tradicionalmente, os pacientes com transtornos mentais graves, como a esquizofrenia, eram tratados sob regime de isolamento devido à suposta periculosidade que ofereciam à sociedade ou ainda para atender à ordem moral e pública prevista na legislação brasileira de 1934. Essa ideologia, produto dos ideais da revolução francesa, apontava o asilo psiquiátrico como local propício para a recuperação da razão e, por conseguinte, da liberdade. Desta forma, o dito “alienado” era visto como um sujeito sem razão, logo, sem direitos, desejos ou cidadania.

Todavia, a partir da década de 1960, ganha força, na Itália, um movimento de reforma psiquiátrica, denunciando a atenção dada aos pacientes em regime de isolamento e propondo novos dispositivos terapêuticos, alicerçados no tratamento dentro da própria comunidade. Este movimento tinha como um dos pressupostos a desospitalização e a desconstrução do paradigma da loucura, valorizando o sujeito com o seu sofrimento em detrimento do tratamento da “doença” (Torre e Amarante, 2006).

Nesse sentido a reforma não consistiria apenas na substituição das práticas antigas por outras mais modernas, mas antes, numa quebra de paradigmas. A reforma consistiria num rompimento com a Psiquiatria da época, objetivando a desinstitucionalização da loucura, deslocando-a da instituição hospitalar para um modelo de assistência em saúde mental centrado na comunidade, orientado por um projeto de atenção psicossocial. Do destaque dos sintomas, medicalização e hospitalização passa-se a valorizar a promoção da saúde, projetos terapêuticos, a cidadania, a reabilitação e reinserção social e, sobretudo, os projetos de vida dos doentes (Hirdes, 2009).

No Brasil, o movimento da reforma psiquiátrica começa a ganhar força em 1970, alcançando arcabouço legal com a aprovação da lei Paulo Delgado em 2001 (Lei 10.216). As diretrizes desta reforma proporcionaram oportunidades para o estabelecimento de condições e novas práticas terapêuticas, no intuito de promover a inserção do portador de transtorno mental na sociedade e na cultura (Berlinck, Magtaz e Teixeira, 2008).

Dentre os dispositivos substitutivos propostos, encontra-se o Centro de Atenção Psicossocial

(CAPS). Estes funcionam como serviços de estrutura intermediária entre a internação e a vida comunitária, (Antunes e Queiroz, 2007) tendo como pressuposto a atenção psicossocial, constituindo-se num conjunto de ações em diversos campos: teórico, ético, técnico, político e social (Luzio e L’Ábbate, 2009). Visam ainda propiciar o atendimento dos pacientes em saúde mental, que necessitam de cuidados intensivos, através de uma abordagem multidisciplinar, articulando as forças da atenção à saúde com as da comunidade, no intuito de promover a vida comunitária e a autonomia (Brasil, 2004). Entretanto, a transição do modelo hospitalocêntrico para o modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica não se faz de maneira pouco conflituosa. Diversas forças, instituintes e instituídas, se entrecruzam, ampliando os debates e discussões acerca do tratamento oferecido ao esquizofrênico. Estudos apontam diversas dificuldades dos profissionais de saúde para efetivar os ideais da reforma nos serviços públicos de saúde (Arejano, 2006; Bichaff, 2006).

Ao minimizar o poder do hospital psiquiátrico, transferiram-se as responsabilidades do cuidado a outros atores sociais, fazendo emergir um novo parceiro na atenção: o cuidador, a quem o sistema de saúde ainda precisa considerar no sentido de alcançar um processo terapêutico integral e efetivo.

Na maioria das vezes, a pessoa que realiza essa função não está preparada para exercê-la e nunca esperou assumir tal responsabilidade (Waidman, 2004). Os cuidados podem incluir, além de auxílio em atividades da vida diária ou da vida prática, o acompanhamento do tratamento como um todo. Assim, o cuidador pode tornar-se um importante aliado na atenção, dependendo da forma como ele concebe o tratamento e as questões relacionadas à saúde, bem como da sua relação com os serviços e os profissionais (Osinaga, Furegato e Santos, 2007).

Os cuidadores vivem em contextos sócio-culturais diversos, experimentando contingências distintas nas suas relações, sejam elas sociais, familiares, afetivas, entre outras. Têm idades, gêneros, escolaridades, rendas, experiências e vivências próprias e, repentinamente, se vêem diante de uma tarefa, na maioria das vezes, árdua e que requer certo grau de sacrifícios e privações (Gomes, Paiva, Valdés, Frota e Albuquerque, 2008). O dia a dia do cuidado e a interferência nas atividades e na vida do cuidador trazem uma sobrecarga que pode assumir diferentes graus de acordo com as variáveis envolvidas na relação cuidador/paciente (Barroso, Bandeira e Nascimento, 2007; Grandón, Jenaro e Lemos, 2008).

Conhecer os significados atribuídos à esquizofrenia e à atenção pelos cuidadores é fundamental para que se possam adotar estratégias em saúde que considerem

as singularidades, as biografias e as raízes culturais destes sujeitos. No entanto, poucas são as pesquisas que avaliam as concepções de cuidadores em relação à atenção prestada em CAPSs. Assim, este artigo tem por objetivo conhecer as representações sociais de cuidadores de pacientes com esquizofrenia, em relação à atenção prestada num CAPS do interior de Minas Gerais.

METODOLOGIA

Referencial teórico-metodológico: Representações Sociais

A esquizofrenia, assim como qualquer enfermidade, provoca uma ruptura na organização da dinâmica familiar, fazendo com que a pessoa enferma e seus cuidadores repensem suas atividades diárias, papéis e conceitos (Gomes, Mendonça e Pontes, 2002). Nesse momento é recorrente que os cuidadores se deparam com situações ainda não experienciadas, levando a uma reorganização das formas de pensar, sentir e agir.

No entanto, essa reorganização não se dá num vácuo. Ao se deparar com uma situação não-familiar, o sujeito valerá dos conhecimentos e experiências adquiridas anteriormente e compartilhadas com o grupo social no qual está inserido.

Nesse sentido, as Representações Sociais (RS) são formas de conhecimento prático, nem sempre conscientes, orientadas para a comunicação e compreensão do contexto social, sendo socialmente elaboradas e compartilhadas (Spink, 1993). Estas representações, construídas cotidianamente, estão intimamente ligadas à comunicação, linguagem e às práticas sociais: diálogo, discurso, mídia, arte, e tudo aquilo que pertence à cultura (Minayo, 2003). Jovchelovitch (2003) destaca o papel de mediador social que as RS ocupam, a fim de tornar familiar o não-familiar. Para Moscovici (1978):

(...) a representação social é um corpus organizado de conhecimentos e uma das atividades psíquicas graças às quais os homens tornam inteligível a realidade física e social, inserem-se num grupo ou numa ligação cotidiana de trocas, e liberam os poderes da imaginação (Moscovici, 1978, p. 28).

Ainda na perspectiva moscovicianiana, as RS são evidenciadas em dois processos. O primeiro diz respeito à ancoragem, que se refere à inserção orgânica das novas formas de pensar/sentir/agir no pensamento já constituído. Nesse sentido, firmamos as novas representações em outras já existentes previamente, modificando-as. O segundo processo refere-se à objetivação. Nele, os conceitos e idéias, passam a se

configurar como esquemas ou imagens concretas, quase tangíveis, tornando o concreto em abstrato, o ideal em empírico (Moscovici, 1978). Ambos os processos permitem ao sujeito integrar a representação à sua realidade. Será com estas representações que o sujeito se orientará nos pensamentos e julgamentos sobre a realidade, interferindo diretamente na forma como se relacionará com o mundo ao seu redor.

Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Lagoa da Prata, situada na região centro-oeste de Minas Gerais, com uma população de aproximadamente 44.000 habitantes (IBGE, 2008). O serviço de saúde mental do município iniciou, em 1997, seus trabalhos, tendo sido credenciado como CAPS em 2004. Como único dispositivo de saúde mental para adultos, o CAPS está estruturado como um serviço híbrido, prestando atendimento ambulatorial à população em geral e também funcionando como Centro de Convivência. No ano de 2008, a equipe interdisciplinar de saúde era composta por: dois médicos psiquiatras, cinco psicólogas, duas terapeutas ocupacionais, um enfermeiro, uma assistente social, uma farmacêutica e três técnicos de enfermagem.

Participantes

Participaram do estudo cuidadores de pacientes com diagnóstico de Esquizofrenia segundo os critérios utilizados pela 10ª edição da Classificação Internacional das Doenças (CID 10) (OMS, 1997). Os critérios de seleção utilizados foram cuidar de um paciente com esquizofrenia, residir no município de Lagoa da Prata, concordar com a participação no estudo e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. O número de participantes foi determinado pelos critérios de saturação e singularidade dos discursos, segundo os pressupostos da pesquisa qualitativa apontados por Minayo (2007).

Procedimentos

Os cuidadores que atendiam aos critérios de inclusão foram individualmente procurados, através de contato pessoal ou por telefone. Nessa ocasião, após a apresentação da pesquisa, eles foram convidados a participar de forma voluntária. Foi então agendado um encontro no horário e local de conveniência do cuidador (CAPS ou residência). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com questões norteadoras que permitissem captar a concepção dos cuidadores sobre o CAPS e as práticas institucionais, bem como as políticas públicas articuladas a tais práticas. As entrevistas foram gravadas e transcritas literalmente e na íntegra. A análise do material e a construção das

categorias analíticas foram realizadas dando ênfase à lógica interna do pensamento, dos sentimentos e das ações dos cuidadores (Minayo, 2007).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Pesquisa René Rachou – FIOCRUZ, pelo Parecer nº 02-2008, Protocolo nº 01-2008.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos cuidadores

Participaram deste estudo 15 cuidadores, sendo nove mulheres e seis homens com renda familiar de um a cinco salários mínimos. A idade variou de 25 a 84 anos. Quanto ao vínculo familiar, cinco eram irmãos, quatro eram genitores, dois eram cônjuges, dois eram filhos, um era tio e um não era familiar. Predominou a escolaridade caracterizada como ensino fundamental incompleto.

Análise dos resultados

A análise das falas dos cuidadores, na perspectiva da representação social, buscou identificar os significados atribuídos à atenção em saúde mental, elegendo as expressões de como percebem a reforma psiquiátrica e o novo modelo de atenção em saúde. Emergiram três categorias principais: a desinstitucionalização, a perspectiva multidisciplinar e o tratamento medicamentoso.

Representações dos cuidadores sobre a desinstitucionalização: avanços e ambiguidades

A desinstitucionalização é um processo que vai além da desospitalização, ultrapassando a dimensão técnico-científica para englobar determinantes sociais, políticos, econômicos, dentre outros, propondo a desinstitucionalização da loucura, isto é, a desconstrução simbólica dos hospitais psiquiátricos tradicionais e dos paradigmas que os sustentam (Gonçalves e Sena, 2001).

Na formulação dos novos espaços das comunidades terapêuticas, como o CAPS, espera-se que os pacientes possam estabelecer relações em suas comunidades de origem e com suas famílias, desenvolvendo laços de convivência, ultrapassando a alienação a que eram submetidos nos hospitais psiquiátricos. Essa mudança, ainda em processo, é percebida pelos cuidadores, revelando um progressivo avanço e a permanência de algumas poucas ambiguidades.

Nas entrevistas ficou evidente que os cuidadores valorizavam o tratamento no CAPS: “a única solução que a agente tá tendo é levar ele nos órgãos competentes, igual aquele, o CAPS (...) poder tá pegando os medicamentos e tá cuidando dele, eu

acho que mudou muita coisa (...) um impacto assim estrondoso na nossa família (...)” Constatamos, nesta fala, a função estratégica deste dispositivo, que é a de articular as forças de atenção em saúde com as da comunidade visando a promoção da vida comunitária (Brasil, 2004).

Os relatos dos cuidadores indicam que a própria esquizofrenia é interpretada de uma forma diferenciada no contexto da desinstitucionalização. Nesta perspectiva, o paciente é visto como cidadão e há um desejo, ou mesmo um esforço, implícito nas suas falas para que o paciente tenha uma vida social: “Falo pra sair com ele, passear (...) agora botei ele na academia”, “eu acho que ele precisa de fazer aquilo que ele gosta (...) Ele tem que ocupar a mente e aprender ao mesmo tempo, aprender de novo, aprender as coisas, fazer tudo de novo, entendeu? Como fosse nascer de novo”.

Esses desejos estão em concordância com a desconstrução das práticas de institucionalização da loucura, transformando o sujeito alienado, incapaz, num sujeito desejante, capaz de construir os seus projetos, que exerce e produz a sua subjetividade (Torre e Amarante, 2006). Tal desconstrução caracteriza uma ruptura epistemológica e redimensiona a clínica do “sujeito situada no campo de uma ética: a do desejo” (Drawin, 2004; Carneiro, 2008).

Outro aspecto comum a todas as entrevistas é a possibilidade de construção de novos laços sociais como algo fundamental para a superação da condição de doente, como possibilidade de alívio do sofrimento e como um recurso que permita uma melhor convivência com o transtorno. Essas novas relações sociais possibilitariam uma participação mais ativa e uma responsabilização em relação ao seu viver. Isso pode ser traduzido nas seguintes falas: “elas tando aqui no meio do povo, elas tá rindo, tá tirando as ruindades da cabeça, eu acho assim”. “Devia arranjar um namorado pra ela”, “(...) acho que falta cultura, música, ele se envolver mais com essas, artes (...) fica muito preso dentro de casa (...) não tem assunto. Acho que o ser humano não tendo assunto, não tendo nada prá fazer ele acaba ficando só nisso mesmo”.

Deve-se ressaltar, entretanto, que alguns cuidadores percebem o CAPS como um local de assistencialismo, que teria a função de um cuidador substituto e não um espaço de possibilidade de construção de cidadania e estímulo à reinserção social: “queria que ela viesse ficar aqui (CAPS) o dia inteiro em tratamento né, prá ela divertir, passear, mas ela não aceita eu ficava menos preocupada no serviço, que eu sabia que aqui tem gente pra cuidar, pra dar comida na hora, remédio na hora”.

Pode-se perceber, ainda, que algumas idéias concernentes ao modelo hospitalocêntrico ainda persistem no discurso dos cuidadores: “Eu acho assim

que ela precisava dum lugar pra ficar sossegada... longe, entendeu? Igual da outra vez (...) nós internou ela (...) foi uma paz”. Em ambas as situações, a possibilidade de afastamento físico do paciente é visto como uma forma de suavizar a sobrecarga.

Representações dos cuidadores sobre a perspectiva da atenção por equipe multidisciplinar

No âmbito da reforma psiquiátrica, houve um rompimento com a exclusividade do modelo médico-psiquiátrico, ocorrendo a incorporação de profissionais de diversas áreas (psicólogos, terapeutas ocupacionais, sociólogos, dentre outros). Segundo Basaglia (1978), inaugurava-se aqui o conceito de trabalhador em Saúde Mental. Nesse sentido, o CAPS foi percebido pelos cuidadores como um espaço potencializado de um programa de cuidados desenvolvido por uma equipe multidisciplinar, o que reflete a concretização da portaria que trata da regulamentação dos CAPSs (Brasil, 2004), embora ainda persista uma certa hegemonia do profissional médico. “O médico foi uma pessoa excelente na nossa vida porque ele tentou vários remédios, não dava certo, mas Deus abençoou que esse que ela toma agora hoje dá, hoje ela alimenta, ela dorme, ela pegou peso, ela é outra pessoa (...)”.

O profissional de enfermagem aparece como o responsável pelo cuidado e acompanhamento do paciente, oferecendo orientações e tendo grande peso na adesão ao tratamento: “(...) eu acho que uma enfermeira acompanhar ele (...) não é ficar atrás dele todo dia, mas pelo menos fazer uma visita pra ele, pra conversar, ver se pelo menos com enfermeira ele toma os medicamentos direitinho (...) colocar uma enfermeira (...) pra acompanhar ele (...) todo bairro tem um acompanhante que vai na casa da gente, pra ver os idosos, a gente como é que tá, precisando de medicamento, alguma coisa (...) só que no caso, essa pessoa vai (...) pra fazer uma entrevista, pra ver como é que tá as coisas (...) eu acho que isso aí daria certo”.

No final da fala, podemos constatar que o cuidador cita o Programa de Saúde da Família (PSF), na figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que visita a sua casa para acompanhar os idosos, a família, dentre outros, mas, não faz nenhuma menção da atenção deste profissional ao paciente de quem ele fala. Jucá, Nunes e Barreto (2009) apontam as dificuldades que os profissionais do PSF vivenciam na identificação do sofrimento mental, nos impasses no manejo de situações específicas e no encaminhamento a serviços especializados, destacando que o trabalho em saúde mental ainda acontece de maneira isolada e que se fazem urgentes ações no sentido de integrar o PSF e a saúde mental.

O psicólogo apareceu como um importante apoio para o paciente, como alguém que está ali para zelar por ele, para conversar, para apoiar ou até para ajudar a decidir ou gerir a sua própria vida, ensinar “o que é certo”: “eu acho seria muito importante ele ser acompanhado pelo psicólogo que conversando com ele talvez ponha mais coisa na cabeça dele né (...) dar uns conselhos (...) eu e a mãe dele conversando ele não endireita, não aceita”, “Na reunião com a psicóloga (...) na quarta-feira da família eu aprendi como lidar com ela e essa psicóloga também passou pra ela como ela lidar em casa, então o CAPS juntou a família, teve uma união (...) ela faz as terapias (...) Eu me emocionei quando eu vejo lá os quadros que ela pintou, então pra mim o CAPS tem que sempre que existir”.

Figueiredo e Rodrigues (2004), investigando as concepções e as práticas descritas por psicólogos atuantes em CAPS, demonstraram que o atendimento clínico, o suporte social às famílias e os grupos terapêuticos são as intervenções que predominaram. Para as autoras, num CAPS, o psicólogo se desloca de uma prática eminentemente clínica, que era dominante no modelo tradicional de assistência, para um trabalho levando em consideração a reinserção social.

Além disso, a lógica do trabalho multidisciplinar começa a ganhar cada vez mais força, como na visão de um cuidador que reconhece o psicólogo como um profissional que também pode ajudar na adesão ao tratamento medicamentoso: “(...) talvez o psicólogo comentasse com ele, explicasse pra ele que um remédio não é igual ao outro, que era pra melhora dele (...)”.

Souza (2008) problematiza as relações entre a prática terapêutica do psicólogo e a cidadania, no bojo da reforma psiquiátrica, enfatizando que sua prática demanda novos fazeres e saberes no atendimento ao portador de sofrimento psíquico, a partir de referenciais epistêmicos e ontológicos que extrapolem as concepções modernas de saber e de sujeito.

Lemos e Cavalcante Jr. (2009) demonstram que a Psicologia é uma área de saber que tem uma trajetória importante nesta nova configuração da atenção, tendo assento obrigatório na equipe de saúde mental, mas, enfatiza que as suas práticas neste contexto ainda não estão bem definidas.

O médico é colocado como o ator mais importante no tratamento, detentor de todas as respostas, ocupando um lugar de um saber até mesmo mágico. Há uma supervalorização do saber médico em detrimento dos outros saberes. “(...) se o médico não sabe o que fazer com o paciente, quem que vai saber?” “ele fala que o Dr. é um pai, esse é meu pai (...) veio do céu, foi muito bom”.

Antunes e Queiroz (2007) também apontam a dominância e o poder simbólico do profissional

médico, enquanto o saber dos demais profissionais da saúde é considerado auxiliar ou complementar. Tal concepção permanece, a despeito das discussões sobre as limitações do modelo biomédico que não consegue encontrar respostas satisfatórias para problemas, sobretudo, ligados aos componentes psicológicos ou subjetivos, que acompanham em diferentes graus qualquer doença (Barros, 2002).

A compreensão dos cuidadores em relação às oficinas terapêuticas é de que elas seriam atividades de lazer ou recreativas, mas fica subentendido no discurso a questão da oficina como atividade ocupacional e que o poder terapêutico dela, reside exatamente neste fato. Apesar de não estar bem claro, os cuidadores citam as oficinas como atividades que trariam alguma melhora: “Ó Camélia, eles devia levar Azaléia mais lá pro CAPS, pra ela prender um tapete, pra ela desenvolver mais, pra ela não ficar deitada”.

Representações sociais sobre tratamento medicamentoso

Os cuidadores tenderam a identificar o tratamento medicamentoso como crucial e central no tratamento, enfatizando ser este imprescindível. Atribuíram a melhora dos sintomas ao uso da medicação, principalmente os sintomas produtivos: “uai, ela fala que tá fazendo macumba prá ela, que ela tá grávida, que ela é irmã de cantor famoso, que tá colocando veneno na caixa d’água. Mexe com todo mundo na rua, briga né. Num dorme, anda a noite inteira falando sozinha. Essas são as alucinações dela (...) (o medicamento) faz ela melhorar (...)”. Mas a ênfase foi dada aos efeitos sedativos da medicação, tendo sido as palavras “acalmar” e “tranquilizar” usadas na maioria das entrevistas como exemplificado nas falas a seguir: “Uai calçou né, ela conversa muito, xinga muito eu (...) mas aquele nervosismo acabou (...) tá boa, tá tranquila”, “Azaléia melhorou um cem por cento. Azaléia quebrava os trem tudo de casa... sabe. E ela não ficava quieta, ela saía pra rua, num voltava, sumia no meio do mato, nós tinha que ficar procurando. Agora é outra pessoa. É mais calma”. Gonçalves e Sena (2001) já apontavam que os cuidadores valorizam a medicação pela influência no comportamento, e Barroso, Bandeira e Nascimento (2007) destacam que a supervisão de comportamentos problemáticos causa elevada sobrecarga aos familiares.

Apesar de toda a ênfase dada à medicação, os cuidadores apontaram efeitos negativos do tratamento farmacológico, principalmente aos denominados efeitos colaterais. Observamos que tais efeitos falam das impressões e subjetividades do cuidador, não retratando, necessariamente, experiências vivenciadas pelo paciente e não havendo uma relação direta entre a

presença ou gravidade do efeito colateral e a dimensão que este assume na percepção daquele que cuida. Neste estudo, o impacto da medicação na vida sexual foi valorizado segundo o gênero: “mulher ainda vai, mas pra homem tomar esses remédios todos (...) ele não dá conta de fazer sexo, tem muito tempo que ele num tem uma mulher...”.

Os discursos também marcaram a limitação social do uso da medicação: “ele queixa demais de cansaço, toda hora ele tá querendo deitar (...) eu acho que o remédio prejudica muito nessa parte, cê chama ele prá passear ele tá sempre desanimado (...) por causa do efeito colateral do remédio”.

No contexto estudado, o trabalho adquire uma dimensão significativa, tanto na construção da identidade dos indivíduos quanto na composição do orçamento familiar. Assim, as limitações da produtividade atribuídas à medicação foram valorizadas: “O que eu tô te falando, dava sono, ela falava, dava um sono, dava bambeza, num dava conta de trabalhar, que na época que ela tomava ela tava trabalhando”. Dentro de uma lógica capitalista, a improdutividade aliada ao estigma de portador de transtorno mental pode prejudicar a inserção social (Gonçalves e Sena, 2001).

Os cuidadores questionam o uso prolongado da medicação: “Bom aí agora eu vou te falar sério, eu não sei. Porque se a gente ficar tomando remédio (...) mas se fosse um remédio que ele tomasse (...) melhorasse, depois não precisar ter que continuar tomando eu acho que sim aí não faria mal”. Para Leite e Vasconcelos (2003), o ato de tomar a medicação com regularidade é uma reafirmação diária de que se trata de um doente crônico, o que em algum momento é negado pelos cuidadores.

Os cuidadores também se mostraram decepcionados pelo fato da medicação só trazer uma melhora parcial como na fala abaixo:

tá estabilizado, ele nem melhora e nem piora com esses medicamentos que ele tá tomando agora (...) todo esse tempo que ele tá tomando esses remédios (...) num teve grande coisa não (...) A gente num tentou parar não. Mas eu tenho impressão que se ele parar de tomar o remédio, eu acho que ele deve entrar em crise.

Um melhor esclarecimento acerca da relação custo benefício da medicação deve ser enfatizado no intuito de diminuir a angústia dos familiares. As medicações disponíveis não trazem uma melhora total, ou mesmo satisfatória, e, apesar de terem que ser usadas cronicamente, na maioria das vezes, os benefícios superam os riscos (Kikkert, Schene e Koeter, 2006). O tratamento farmacológico diminui a chance de crise e melhora o prognóstico, pois, a cada surto as

funções cognitivas tendem a ficar mais comprometidas (Shirakawa, 2000; Rosa e Elkis, 2007). Para Rudge e Morse (2004), os cuidadores mantêm uma relação de ambiguidade com a medicação, pois, o fato de usá-la confirma a posição do paciente de portador de um transtorno crônico. Esta posição deve ser trabalhada na equipe multidisciplinar quando da escuta do sofrimento dos cuidadores, visando uma nova forma de se relacionar com a medicação e o transtorno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O discurso dos cuidadores revelou uma valorização do CAPS, sendo o serviço apontado como local de promoção da saúde e emancipação do sujeito esquizofrênico, valorizando aspectos que encontram-se além da doença ou do tratamento.

O tratamento em equipe multidisciplinar, na perspectiva da reforma psiquiátrica, foi ressaltado. As oficinas educativas e as terapêuticas, bem como as demais atividades do CAPS foram percebidas e valorizadas. Para os cuidadores, a medicação ainda sobressai como principal fonte de tratamento. Foram apontadas dificuldades de acesso ao medicamento e ressaltados os efeitos colaterais do tratamento farmacológico.

O cotidiano de um CAPS deve permitir encontros que garantam a circulação da palavra, a escuta, a troca de experiências, o desvelar das diferentes subjetividades e a construção e reconstrução de histórias de vida dos cuidadores e de sua relação com os pacientes e a equipe de saúde. Os resultados do presente trabalho reiteram que se trata de um desafio atender às demandas do indivíduo singular no ambiente coletivo do CAPS.

A reforma psiquiátrica brasileira é uma realidade concreta e presente, mas, um modelo ainda em construção e envolve não apenas os serviços de saúde, mas toda a sociedade, sobretudo a família do doente. Portanto, faz-se necessário a adoção de políticas e medidas específicas de saúde, com vistas a dar suporte ao cuidador/familiar enquanto unidade essencial e provedora de cuidados para os portadores de esquizofrenia. Trata-se de um processo biopsicossocial, onde convergem saberes multidisciplinares, entre os quais os dos cuidadores, cuja interlocução e acolhimento devem ser garantidos. Impõe-se aos profissionais de saúde mental um grande desafio: criar novas práticas dentro deste dispositivo novo, numa perspectiva multidisciplinar. Dentro desse modelo são necessárias, também, ações educativas no intuito de informar melhor o cuidador dentro de uma perspectiva dialógica, exercendo práticas culturalmente adaptadas, ciente de que o tratamento de cada um é uma construção única e requer consideração de suas particularidades.

Por fim, sendo a reforma psiquiátrica produto de um processo social que se constrói cotidianamente, é necessário que o processo de investigação e reflexão em relação às práticas em saúde seja permanente.

REFERÊNCIAS

- Antunes, S. M. M. O., & Queiroz, M. S. (2007). A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Caderno de Saúde Pública* (Rio de Janeiro), 23, 1, 207-215.
- Arejano, C. B. (2006). *Reforma psiquiátrica: uma analítica das relações de poder nos serviços de atenção à saúde mental*. Pato Branco: Rotta. 170 p.
- Barros, J. A. C. (2002). Pensando o processo de saúde e doença: a que responde o modelo biomédico. *Saúde e Sociedade* (São Paulo), 11, 1, 67-84.
- Barroso, S. M., Bandeira, M., & Nascimento, E. (2007). Sobrecarga de familiares de pacientes atendidos na rede pública. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, 6, p. 270-277.
- Bichaff, R. (2006). *O trabalho nos centros de atenção psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da reforma psiquiátrica* [dissertação]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Baságua, F. (1978). *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Brasil Debates.
- Berlinck, M. T., Magtaz, A. C., & Teixeira, M. R. (2008). A reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas e problemas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* (São Paulo), 11, 1, 21-27.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Lei 10.216 de 06 de abril de 2001*. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/LEIS2001/L10217.htm>>. Acesso em: 10 set. 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, 2004.
- Carneiro, N. G. O. (2008). Do modelo asilar-manicomial ao modelo de reabilitação psicossocial: haverá um lugar para o psicanalista em Saúde Mental? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11, 2, 208-220.
- Drawin, C. R. (2004). A recusa da subjetividade: idéias preliminares para uma crítica do naturalismo. *Psicologia em Revista* (Belo Horizonte), 10, 15, 28-42.
- Figueiredo, V. V., & Rodrigues, M. M. P. (2004). Atuação do psicólogo nos CAPS do estado do Espírito Santo. *Psicologia em Estudo* (Maringá), 9, 2, 173-181.
- Gomes, R., Mendonca, E. A., & Pontes, M. L. (2002). As representações sociais e a experiência da doença. *Cad. Saúde Pública*, 18, 5, 1207-1214.
- Gomes, A. M. A., Paiva, E. S., Valdés, M. T. M., Frota, M. A., & Albuquerque, C. M. (2008). Fenomenologia, humanização e promoção da saúde: uma proposta de articulação. *Saúde e Sociedade*, 17, 1, 143-152.
- Gonçalves, A. M., & Sena, R. R. (2001). A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (Ribeirão Preto), 9, 2, 48-55.
- Grandón, P., Jenaro, C., & Lemos, S. (2008). Primary caregivers of schizophrenia outpatients: burden and predictor variables. *Psychiatry Research*, 158, 335-343.
- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciência e Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro), 14, 1, 297-305.

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. O Brasil município por município. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acessado: set. 2008.
- Jovchelovitch, S. (2003). Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In Guareschi, P. A., & S. Jovchelovitch (orgs.). *Textos em representações sociais* (8ª ed.): (pp. 63-85). Petrópolis: Vozes.
- Jucá, F. J. S.; Nunes, M. O., & Barreto, S. G. (2009). Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. *Ciência e Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro), 14, 1.
- Kikkert, M. J., Schene, A. H., Koeter, M. W. J. et al. (2006). Medication adherence in schizophrenia: exploring patients 'carers' and professionals views. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 4, 786-794.
- Leite, S. N., & Vasconcellos, M. P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência e Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro), 8, 3, 775-782.
- Lemos, P. M., & Cavalcante Júnior, F. S. (2009). Psicologia de orientação positiva: uma proposta de intervenção no trabalho com grupos em saúde mental. *Ciência e Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro), 14, 1, 233-242.
- Luzio, C. A., & L'Abbate, S. (2009). A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio porte: ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Ciência e Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro), 14, 1, 105-116.
- Minayo, M. C. (2003). O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In P. A. Guareschi, & S. Jovchelovitch (orgs.). *Textos em representações sociais* (8ª ed.): (pp. 63-85). Petrópolis: Vozes.
- Minayo, M. C. S. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (1997). Classificação de transtornos mentais e comportamentais da CID 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Osigana, V. L. M., Furegato, A. R. F., & Santos, J. L. F. (2007). Usuários de três serviços psiquiátricos: perfil e opinião. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 1, 70-77.
- Rosa, M. A., & Elkis, H. (2007). Adesão em esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, 34, supl 2, 189-192.
- Rudge, T., & Morse, K. (2004). Did anything change: care givers and schizophrenia after medication changes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 1, 3-11.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2006). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Shirakawa, I. (2000). Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria* (São Paulo), 22, supl. I, 56-58.
- Souza, M. (2008). Do terapêutico e da cidadania: leituras sobre discursos e práticas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* (São Paulo), 11, 3, 437-448.
- Spink, M. J. P. (1993). O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Cad. Saúde Publ.*, 9, 3, 300-308.
- Torre, E. H. G., & Amarante, P. (2006). Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo de saúde mental. *Ciência e Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro), 6, 1, 73-85.
- Waidman, M. A. P. (2004). *O cuidado às famílias de portadores de transtornos mentais no paradigma da desinstitucionalização* [tese]. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Recebido em: 10/06/2009. Aceito em: 15/12/2009.

Autores:

Marcelo Machado de Almeida – Médico Psiquiatra do CAPS de Lagoa da Prata, MG. Mestre em Ciências da Saúde pelo Centro de Pesquisa René Rachou (CPqRR) – Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-MG).

Virgínia Torres Schall – Psicóloga. Pós-Doutora em Educação. Pesquisadora Titular e Chefe do Laboratório de Educação em Saúde e Ambiente – (LAESA – CPqRR-FIOCRUZ-MG). <vtschall@cpqrr.fiocruz.br>.

Alberto Mesaque Martins – Graduando em Psicologia. Bolsista de Iniciação Científica pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Membro do LAESA – CPqRR – FIOCRUZ-MG. <mesaque@cpqrr.fiocruz.br>.

Celina Maria Modena – Psicóloga. Pós-Doutora em Saúde Coletiva. Pesquisadora Visitante (FAPEMIG) do LAESA – CPqRR – FIOCRUZ-MG. <celina@cpqrr.fiocruz.br>.

Enviar correspondência para:

Marcelo Machado de Almeida
Av. Augusto de Lima, 1715 – sala 206 – Barro Preto
CEP 30190-0002, Belo Horizonte, MG, Brasil
Tel.: (31) 3349-7741 – Fax: (31) 3295-3115
E-mail: <marcelo_machadodealmeida@hotmail.com>