

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UNICAMP
REPOSITÓRIO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E INTELLECTUAL DA UNICAMP

Versão do arquivo anexado / Version of attached file:

Versão do Editor / Published Version

Mais informações no site da editora / Further information on publisher's website:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/ytVRfMNBp4Kkrr5Vk8D8MXL>

DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0646

Direitos autorais / Publisher's copyright statement:

©2017.0 by Associação Brasileira de Enfermagem. All rights reserved.

DIRETORIA DE TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Cidade Universitária Zeferino Vaz Barão Geraldo

CEP 13083-970 – Campinas SP

Fone: (19) 3521-6493

<http://www.repositorio.unicamp.br>

Família do idoso em sofrimento psíquico: percepção dos profissionais de saúde mental

Family of older adults with mental disorder: perception of mental health professionals

El sufrimiento psíquico en la familia del anciano: una percepción de los profesionales de salud mental

Maria Giovana Borges Saidel¹, Claudinei José Gomes Campos¹

¹ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Núcleo de Pesquisas Qualitativas em Saúde. Campinas-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Saidel MGB, Campos CJG. Family of older adults with mental disorder: perception of mental health professionals. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(4):753-60. [Thematic Edition "Good Practices: Fundamentals of care in Gerontological Nursing"] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0646>

Submissão: 07-12-2016

Aprovação: 02-04-2017

RESUMO

Objetivo: compreender as percepções dos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial acerca da família do idoso em sofrimento psíquico. **Método:** estudo de Caso Qualitativo conduzido com 12 profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial com amostra composta por intencionalidade e fechada por exaustão. Realização de entrevistas semiestruturadas para coleta de dados, analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo. **Resultados:** destacaram-se as categorias "O cansaço e o desgaste familiar na percepção do profissional" e "O abandono e o afastamento do idoso pela família na percepção do profissional". **Considerações finais:** verificou-se a culpabilização do idoso e a penalização da família pelos profissionais. Visando à conscientização das dificuldades em aproximar a família, é necessária a criação de espaços reflexivos sobre o cuidado a essa população, bem como a superação dos desafios na construção efetiva do vínculo entre família, usuário e serviço de saúde mental.

Descritores: Relações Profissional-Família; Psiquiatria Geriátrica; Idoso; Idoso Fragilizado; Psiquiatria Comunitária.

ABSTRACT

Objective: to understand the perceptions of healthcare professionals of the Psychosocial Care Centers regarding the family of older adults with mental disorders. **Method:** study of a Qualitative Case conducted with 12 healthcare professionals from a Psychosocial Care Center, with a convenient and exhaustive sample. Conducting semi-structured interviews to collect data, which were analyzed with the Content Analysis technique. **Results:** the following categories stood out: "Family exhaustion and deterioration in the perception of the healthcare professional" and "The abandonment of older adults by family members and their distancing in the perception of the healthcare professional." **Final considerations:** culpability of older adults and penalization of the family were verified by healthcare professionals. To bring awareness about the difficulties faced in the attempt to bring the family closer to the healthcare service, it is necessary to analyze the care given to the older adult and to overcome challenges in the effective construction of the bond between family, healthcare user and mental health service.

Descriptors: Professional-Family Relationship; Geriatric Psychiatry; Older Adults; Frail Older Adults; Community Psychiatry.

RESUMEN

Objetivo: conocer las percepciones de los profesionales del Centro de Atención Psicosocial sobre el sufrimiento psíquico en la familia del anciano. **Método:** estudio de caso cualitativo no aleatorizado con agotamiento de la muestra, del cual participaron doce profesionales del Centro de Atención Psicosocial. Para la recolección de datos se hizo entrevistas semiestruturadas, y después se los evaluaron desde el Análisis de Contenido. **Resultados:** las siguientes categorías fueron las más subrayadas: "El cansancio y el desgaste familiar desde la percepción del profesional" y "El abandono y el alejamiento del anciano por la familia desde la percepción del profesional". **Consideraciones finales:** se verificó la culpabilidad al anciano y la penalización de la familia desde la perspectiva de los profesionales. Con el propósito de concientizar las dificultades de acercarlo a la familia, es necesario crear espacios que discutan el cuidado a esta población, así como superar los retos para la efectiva construcción del vínculo entre familia, usuario y servicio de salud mental.

Descriptores: Relación Profesional-Familia; Psiquiatría Geriátrica; Anciano; Anciano Frágil; Psiquiatría Comunitaria.

AUTOR CORRESPONDENTE

Maria Giovana Borges Saidel

E-mail: giovana.saidel@gmail.com

INTRODUÇÃO

Investigações sobre as consequências da transição demográfica e epidemiológica pela qual passa a população brasileira tornam-se pertinentes devido à prioridade da temática nas agendas governamentais e à necessidade de instrumentalização dos profissionais para entenderem e enfrentarem essas mudanças em seus contextos de trabalho. Pesquisas sobre os temas que permeiam o envelhecimento podem contribuir, assim, para o planejamento das ações de educação continuada e permanente, subsidiando intervenções de profissionais que estão em contato direto com os idosos ou que exerçam cargos de gestão.

As evidências dessas investigações podem germinar reflexões dos profissionais que, inseridos nesses contextos de trabalho, assistem a esses idosos em seu cotidiano. Essa população apresenta aumento da expectativa de vida facilitada pelos advenços tecnológicos⁽¹⁾. Portanto, esse fato traz como consequência o idoso nos dispositivos de saúde por mais tempo.

Em decorrência dessa realidade ocorre o aumento de indivíduos que apresentam condições crônicas, descritas pela Organização Mundial da Saúde como uma categoria de agravos que são persistentes e necessitam de cuidados permanentes. O sofrimento psíquico de longo prazo é descrito como uma condição crônica e, conseqüentemente, impõe a intensificação das relações familiares diante de suas particularidades⁽²⁻⁶⁾.

Os idosos que apresentam sofrimento psíquico de longo prazo vivenciaram os processos de mudança da atenção psiquiátrica no país na década de 90, principalmente a revisão e superação do sistema manicomial até então hegemônico. Muitos indivíduos, após longos anos de hospitalização, voltaram para casa e, conseqüentemente, para o convívio familiar. Durante esses períodos de internação, porém, experimentaram as condições desumanas de tratamento, tais como o isolamento social, a vigilância e as rotinas rígidas com normas inflexíveis para *reeducação do alienado mental*, de acordo com os termos utilizados na época. Uma das questões causais do sofrimento psíquico que se colocava então era a negligência familiar relativa às questões morais e à educação falha, de modo que havia uma naturalização da exclusão da família durante a internação. Após a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) surge como uma alternativa de tratamento/acompanhamento das pessoas em sofrimento psíquico, sem que se pressuponha o rompimento das relações sociais para o atendimento ao indivíduo⁽⁷⁻⁹⁾.

Atualmente, esses idosos, fazendo uso de diversas medicações psicotrópicas e apresentando sequelas físicas e mentais do sofrimento psíquico de longo prazo e possíveis internações de longa permanência, são assistidos no CAPS. Alternam momentos entre suas famílias e os profissionais, uma vez que o CAPS rompe com o paradigma anterior ao conceber famílias e usuários como atores principais no sucesso do tratamento. Assim, esse novo cenário é um desafio para esses atores e também aos profissionais⁽¹⁰⁻¹²⁾.

O presente estudo justifica-se por duas razões principais; a primeira é o aumento do número de idosos com transtorno mental, o que amplia a vivência com os familiares e, conseqüentemente, as dificuldades nessa relação. A segunda é que os resultados de estudos como este podem subsidiar discussões nos serviços de

saúde mental, criando espaços de reflexão e possibilidades de construções diferentes para a transformação da prática do cuidado.

Considerando que a família é importante para o processo terapêutico e deve ser concebida e acolhida pelos profissionais no contexto do tratamento da atenção psicossocial, quais são, afinal, as percepções dos profissionais do CAPS sobre a família do idoso em sofrimento psíquico? Diante dessa pergunta da pesquisa, o presente estudo tem como objetivo compreender as percepções dos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial sobre a família do idoso em sofrimento psíquico.

MÉTODO

Aspectos éticos

O projeto teve autorização da Secretaria Municipal de Saúde onde foi realizado, além da aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Posteriormente realizou-se contato pessoal com o campo de estudo e os sujeitos de pesquisa para iniciar o processo de aculturação e coleta de dados mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo o anonimato dos sujeitos garantido pela codificação alfanumérica, com o cuidado de omitir qualquer fala que sinalizasse suas identidades.

Referencial teórico-metodológico e tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que foi desenvolvida por meio do método de Estudo de Caso Qualitativo (ECQ), utilizando como referencial teórico-metodológico a Teoria das Representações Sociais (TRS). O ECQ, em conjunto com a metodologia qualitativa, evidencia uma concepção crítica da realidade considerando elementos processuais, situações investigadas e a possibilidade de transformação dessas ações por meio das reflexões abordadas⁽¹³⁻¹⁴⁾.

O ECQ, por sua vez, conecta-se à TRS a partir da construção desta por meio dos processos de *ancoragem* e *objetivação*, bem como a construção dos significados por meio do *universo consensual* e *reificado*. Assim, o aporte teórico evidencia a inter-relação constante entre a estrutura social e o sujeito; e entre os sujeitos uns com os outros, fazendo com que as representações sociais (RS) sejam construídas nestas relações⁽¹⁵⁾.

O sujeito em foco neste estudo – o *profissional do CAPS* – atribui significados ao objeto de estudo – *percepção dos profissionais sobre a família do idoso em sofrimento psíquico* – de maneira analítica (concepção crítica da realidade), considerando suas experiências profissionais e vivências com o familiar do idoso (elementos processuais). Os significados atribuídos relacionam-se, portanto, diretamente às atividades cotidianas, ou seja, o sujeito representa o objeto de acordo com sua atuação no cuidado direto, de modo que a evidência dessas ações/cuidados pode demonstrar a necessidade de mudanças de conduta ou reflexão (possibilidade de transformação dessas ações).

Com essas considerações, acredita-se que a metodologia articula com o método e referencial teórico-metodológico de maneira a atingir o objetivo almejado do estudo.

Procedimentos metodológicos

A coleta de dados foi realizada por meio da entrevista semiestruturada com a seguinte questão norteadora: *Qual sua*

percepção sobre a família do idoso em sofrimento psíquico? Os dados coletados foram reunidos ao longo de um período de oito meses (novembro de 2013 a julho de 2014) – tempo considerado fundamental neste estudo qualitativo para a maximização do seu rigor e integridade – deste modo, viabilizaram o engajamento prolongado (período de aculturação) para uma apreensão mais aprofundada da cultura, da linguagem e das percepções do grupo estudado⁽¹⁶⁾. Sendo assim, o período de aculturação foi de cinco meses e a coleta de dados ocorreu durante três meses.

Trata-se, pois, de estudo de caso único e integrado⁽¹³⁾ no contexto de um CAPS II do interior do estado de São Paulo, um caso peculiar, típico e revelador. A amostra é formada por 12 profissionais (um médico; dois enfermeiros; dois técnicos de enfermagem; um assistente social; dois terapeutas ocupacionais; um monitor; um auxiliar administrativo; um auxiliar de serviços gerais e um psicólogo), foi composta por conveniência e fechada por exaustão, ou seja, todos os profissionais do CAPS, campo do atual estudo, foram entrevistados.

A construção das unidades de análise deu-se por meio dos conteúdos emergidos das entrevistas. Entre os indicadores de completude no ECQ seguiu-se a finalização para a coleta de evidências relevantes não determinadas por limites de tempo ou recursos⁽¹³⁾. As entrevistas foram realizadas em dias e horários diferentes, com espaço temporal mínimo de três dias entre os encontros, o que permitiu uma triangulação temporal adequada. Foram entrevistados diversos profissionais de diferentes categorias e níveis de escolaridade (triangulação pessoal).

As estratégias acima relatadas foram utilizadas para validar os dados por meio de múltiplas perspectivas sobre o mesmo fenômeno⁽¹⁶⁾.

A coleta e a análise dos dados foram realizadas simultaneamente; as entrevistas, gravadas em áudio transcritas integralmente e a priori analisadas individualmente pelos pesquisadores. Por meio da Técnica de Análise de Conteúdo viabilizou-se a análise a partir da categorização sistemática das unidades de texto (palavras/frases) que se repetem e da inferência de informações/indicadores das condições de produção e recepção dos dados obtidos. Este tipo de análise apoia-se em uma concepção da comunicação como processo e não como algo estanque, uma vez que é construída desviando-se das estruturas e dos elementos formais⁽¹⁷⁾, aqui compreendidos mediante o referencial da TRS que permite coligar possíveis ancoragens e objetivações utilizadas pelo grupo.

RESULTADOS

A amostra final foi composta por doze profissionais de saúde. Foram nove mulheres e três homens com faixa etária entre 29 e 46 anos. O tempo de atuação dos entrevistados na atenção psicossocial foi de 3 a 31 anos; e no campo de pesquisa (CAPS) foi de 3 a 8 anos. Após análise de conteúdo emergiram dois temas que serão apresentados a seguir.

O cansaço, o desgaste e a ausência familiar na percepção do profissional

Os profissionais percebem que a idade avançada somada ao sofrimento psíquico crônico gera maior complexidade no

que diz respeito aos cuidados dispendidos pela família o que, com o tempo, origina situações de enfrentamento e “cansaço” nessas relações que se deterioram. A questão da cronicidade também é percebida pelos profissionais como uma condição que agrava ainda mais o desgaste.

[...] Além da doença mental ele é idoso. Têm famílias que aguentam bastante, cuidam na medida do possível, do limite, porque tudo tem limite. O doente mental fica testando o limite da gente, imagine isso a vida inteira? Há quanto tempo esse idoso está com essa família? E a doença mental? Nossa! Deve ser cansativo. (PNM03)

[...] A gente percebe o cansaço. Enfrentaram aquilo a vida toda e, com o envelhecimento, as manias [...] é desgastante. (PNS04)

[...] A família se desgastou muito com toda essa situação. Aqui eles são de um jeito e em casa eles são diferentes, mais agressivos, sabe? [...] Então os pacientes que estão inseridos no serviço e não têm esse histórico de internações longas, a gente percebe a família de uma forma diferente, consegue inserir mais facilmente. (PNS05)

[...] Têm casos que a gente acompanha há muito tempo e a família era muito presente, e agora não vem por nada desse mundo. São muitos anos, sobra sempre para um dos filhos e acaba pesando, precisamos de estratégias mais claras. (PNS01)

Há a compreensão de que esse cansaço e desgaste podem ser advindos de um entendimento de que o idoso em sofrimento psíquico não cumpre um papel social que lhe é atribuído pelo senso comum, por exemplo, cuidar dos netos. Dessa forma, os profissionais demonstram que o comportamento da família, na sua percepção, é justificável, pois esse idoso teria comportamentos diferentes no CAPS e em casa.

[...] Tem filhos que conviveram com uma mãe com distúrbio mental, aquela mãe que só maltratou. De repente esses filhos têm que cuidar dela. Os filhos têm filhos, têm outras prioridades e essa mãe não pode nem ajudar em casa, nem ficar com os netos. Tem paciente que cansa a gente aqui, imagina a família 24 horas com ele? Não é fácil, de jeito nenhum. (PNS04)

[...] Esse idoso em casa, não faz nada, é um peso para a família [...]. (PNM01)

[...] Tem idoso aqui que não quer fazer nada, imagina em casa com a família que ele já tem costume e tudo [...] Não pode cuidar das crianças, não pode lavar uma louça, cansa, não é? (PNM02)

[...] O próprio idoso incorporou isso, tem uma hora que ele não quer mais, quer descansar. Tem a participação dele também, muitos querem se encostar a alguém da família. Aí a família não dá conta, então tem os dois lados. (PNS02)

As RS construídas referem a percepção de sobrecarga familiar no cuidado com o idoso em sofrimento psíquico, evidenciado pela compreensão da ausência em momentos

importantes para o tratamento: estruturação do projeto terapêutico singular e reuniões de família realizadas pelo serviço.

[...] Cada vez mais as famílias têm trazido, sim, os idosos, porque eles não dão conta, cada um tem o seu trabalho [...]. Eles precisam do CAPS para deixar esses idosos, porque em casa eles não dão conta, não. Se fosse ver, nem teria necessidade [do idoso frequentar o CAPS]. E também não participam de nada, nem do PTS [Projeto Terapêutico Singular], nem de nada. (PNS03)

[...] As famílias não frequentam o serviço, nem quando tem festa, reunião, elas não vêm [...]. Cada uma inventa uma desculpa, já fizemos até dia de Domingo e vêm muito pouco. (PNF02)

[...] A participação da família não existe aqui, já tentamos [...]. (PNM02)

No entanto, há um momento em que os profissionais percebem uma aproximação da família. Quando o idoso apresenta alguma sintomatologia mais aguda decorrente do sofrimento psíquico, a família, na percepção do profissional, busca auxílio no CAPS e na figura do médico.

[...] Ainda é complicado, a gente orienta, tenta se aproximar, mas a família só vem mesmo na crise e querendo soluções rápidas, querem o remédio, querem falar com o médico. Mas só assim para aparecer aqui [...]. (PNS01)

[...] A participação da família aqui não está boa. Imagino que estão cansados, porque eu vejo a dificuldade aqui com a gente, com os profissionais e com toda a equipe. Às vezes aqui eles [os idosos] respeitam um pouco a equipe e quando chega em casa [o comportamento] é diferente [...]. Só vêm quando é caso de medicação, aí a gente vê a família aqui. (PNS07)

[...] Família aqui, só quando o médico está atendendo, se não, nada [...]. (PNF01)

O distanciamento velado da família e o papel de provedor do idoso na percepção do profissional

Na visão do profissional existe a percepção de que a família articula tentativas, provavelmente inconscientes, para manter o idoso longe de casa o maior tempo possível. O termo creche, utilizado em algumas entrevistas, demonstra uma percepção de infantilização desse idoso no contexto estudado.

[...] A família confunde muita coisa também e não tem tempo, todo mundo trabalha e ficar com um idoso que precisa de atenção o tempo todo é complicado; por isso a família quer fazer o CAPS de creche, deixando ele aqui às vezes o dia todo, não quer ficar com ele, sabe? Ou não pode mesmo. (PNS04)

[...] Eles [a família] não sabem o que é um CAPS, não sabem. Pensam que aqui é uma creche. Parece que quer deixar o idoso aqui o maior tempo possível. (PNM02)

[...] Parece que não querem ficar com eles em casa [os idosos], tem que levar para algum lugar, e esse lugar é a creche aqui, ó. (PNF01)

Os profissionais relatam que as famílias querem soluções; sem ter muitos instrumentos para lidar com o idoso, acabam se distanciando. Esse afastamento seria justificado pelo comportamento, percebido pelos sujeitos de pesquisa, como “inerente” aos idosos. Há ainda uma percepção de responsabilização por parte da família e serviço, os profissionais compreendem que a família projeta no CAPS a responsabilidade pelo idoso.

[...] O que a gente tem percebido é que a grande dificuldade são as famílias querendo soluções mágicas. Somos uma geração de transição, sabemos que nossos pais vão durar mais e o que as pessoas fazem? Se afastam dizendo: “ele é estúpido e grosseiro”. Mas esse é um sintoma que o idoso tem e uma das coisas mais complicadas nesse momento é o abandono familiar. Os familiares se mantêm distantes e quem era prestativo vai mudando. Fica um jogo de empurra-empurra. (PNS01)

[...] A minha percepção da família vai desde uma infantilização do paciente até reações de rejeição do mesmo, de extremos, do excesso de cuidado até a tendência ao abandono, da evitação do cuidado até a não aceitação das limitações que a doença traz. [...] Aí colocam um viés moral sobre a patologia e dizem “depende do paciente, ele não faz porque ele não quer, é ‘sem-vergonhice’”. A participação da família poderia melhorar [e] eu acho que deveria ter uma abordagem diferente do serviço para cada situação apresentada. (PNS06)

[...] A família não sabe lidar, e se não consegue, melhor se afastar e ainda culpar a gente quando alguma coisa dá errado [...]. Assim é fácil. (PNM01).

[...] Eu acho que a família não assume como responsabilidade dela [o cuidado ao idoso com transtorno mental], quer que o serviço assuma tudo. Aí não acompanha as consultas, o tratamento, a medicação e o paciente toma tudo sozinho. Então alguns vêm sozinhos para a consulta. (PNF01)

Na percepção dos profissionais, em alguns casos esse afastamento é velado, pois os idosos representam um papel ainda de provisão das famílias, ou seja, muitos idosos com suas aposentadorias são provedores das famílias.

[...] Vejo que o motivo desse abandono é cultural, [e] a visão do idoso é determinada assim: ele é idoso e, por isso, já acabou, alguém tem que assumir o papel dele. Tiram ele como ator direto da família. Eu acho que isso é cultural do ocidente, atrelado a situações sociais que vemos muito no Brasil, onde o idoso sustenta a casa. Então a família assume o comando da casa com o dinheiro dele, que é uma aposentadoria pequena e muitas vezes sustenta a família toda. Qual é o papel dele? Gerar a renda que ele não administra. Difícil isso. (PNS02)

[...] Muitos idosos são arrimos de família aqui, com a aposentadoria deles a família passa o mês. E aí? Tem que aguentar, né. (PNM01)

[...] Eu vejo que não é simples essa questão da família, pois o cansaço de anos e anos acaba falando mais alto. Mas eles não podem fazer muita coisa, é o idoso que sustenta a casa inteira. Então eles se afastam o quanto eles podem, mas precisam do dinheiro. (PNM02)

DISCUSSÃO

Compreende-se um sentimento de penalização da família externado pelos profissionais que é interpretado com o fato de que o profissional em suas RS utiliza a empatia, ou seja, colocando-se no lugar da família do idoso com transtorno mental ele tenta compreender o cansaço, o desgaste e o distanciamento. Quando isso ocorre há uma responsabilização do idoso pelas situações percebidas pelos sujeitos de pesquisa, ou seja, é como se o idoso fosse culpado pela situação em que ele se encontra. Essa interpretação vem acompanhada de uma percepção nos momentos de aculturação, de que os profissionais não possuem instrumentos para lidar com os pacientes mais complexos; demonstram muitas vezes o cansaço de um cotidiano exaustivo. Usualmente a família é a única rede de apoio social para esse idoso com transtorno mental e essas percepções levam a uma compreensão de que esse vínculo apresenta desgaste e necessidade de intervenção, como visto nos resultados.

As relações de um indivíduo nas situações da vida cotidiana na família e na sociedade representam a rede de apoio social na qual está inserido. Quando há a identificação dessa rede, existe a possibilidade de utilizá-la como recurso no cuidado, facilitando uma parceria entre equipe de saúde e família na atenção ao sujeito em sofrimento psíquico⁽⁴⁾, uma alternativa para além dos muros hospitalares para o enfrentamento e vivência junto à pessoa. Nesse sentido, existe a percepção de busca de vínculos efetivos entre profissionais/família/sociedade visando o engajamento e a ampliação de recursos da rede de apoio considerando as relações do micro e macrosistema familiar⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Após análise minuciosa dos dados, as percepções dos profissionais causaram certa inquietação; como a representação de uma mãe que nunca cuidou em decorrência do sofrimento psíquico agora tem que ser cuidada pelos filhos que ela “negligenciou” a vida toda, na percepção dos profissionais. Esse enunciado pauta uma compreensão dos sujeitos sobre a angústia vivenciada por algumas famílias, ou seja, ofereceria inclusive justificativas plausíveis para a ausência dessa família no CAPS, na percepção dos sujeitos.

De significado complexo, por abarcar o caso dos idosos em sofrimento psíquico, grande parte deles com quarenta anos ou mais de convivência familiar em meio às particularidades dos transtornos mentais, essas representações somam-se às singularidades do processo de envelhecimento. Ancorada na sensação de carga física e emocional que seria cuidar desse idoso, tal representação faz pensar sobre as dimensões atitudinais advindas dessas percepções, assim como o que essa percepção pode gerar nas relações cotidianas de cuidado tanto com as famílias quanto com esses idosos percebidos de maneira estigmatizada.

A sobrecarga familiar foi o tema mais estudado em artigos, segundo revisão integrativa recente sobre cuidado familiar de pessoas com doenças mentais graves⁽²⁰⁾. Apesar do estudo não levar em consideração o tempo de cuidado, o artigo indica essa realidade relacionada ao cuidado de pessoas com transtornos mentais.

Após a Reforma Psiquiátrica Brasileira, pessoas antes isoladas por internações de longa permanência passaram a usufruir desse tempo no convívio familiar diário. A pessoa em sofrimento psíquico passou a buscar meios de efetivar a retomada do curso de sua vida, diferentemente do que acontecia no paradigma hegemonicamente hospitalocêntrico, reinserindo-se nas rotinas de sua família para fazer-se presente e tornar-se participante ativo em diversos processos.

Não obstante, em decorrência dessas alterações efetuadas em vários setores, o trato no domicílio tornou-se difícil, pois a família deve exercitar o convívio em busca do diálogo e de oportunidades de expressão para formas diferentes de pensar e de se posicionar diante de alguma situação. Esse processo deveria ocorrer em respeito a algumas dificuldades da pessoa em sofrimento psíquico impostas pelo transtorno mental e internações de longa permanência, além do reconhecimento de sua singularidade e avaliação de sua experiência de sofrimento mediante o contato cotidiano na relação⁽²¹⁻²³⁾.

O momento de aproximação dessa família, conforme relatado pelos profissionais é ancorado no modelo biomédico e medicalizador, no qual o médico e a medicação tornam-se o centro do tratamento. As representações dos profissionais denotam a necessidade de reflexão sobre o momento de chegada dos familiares e a maneira como se realiza o seu acolhimento, portanto, uma oportunidade para que os profissionais tentem uma (re)aproximação mais efetiva, firmando parcerias e (re)criando vínculos necessários para aproximá-los do serviço.

Corroborando com esses achados, estudo sobre a família de pessoas em sofrimento psíquico elucida a necessidade de a família ser orientada em como lidar com questões que permeiam o transtorno mental, além de ter apoio dos serviços de saúde mental, o que integra o projeto da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, esse cuidado não tem sido proporcionado satisfatoriamente e, diante disso, as famílias não correspondem às expectativas no que concerne à sua função de facilitadora da reinserção social⁽²¹⁾.

Tais representações advêm do universo consensual dos profissionais, ou seja, da experiência diária com os usuários e, muitas vezes, do contato com a família. As histórias vivenciadas e todas as informações construíram percepções ancoradas em imagens negativas, o que possivelmente influenciará as atitudes dos profissionais nas rotinas de trabalho.

Os achados dos estudos realizados com famílias de idosos em sofrimento psíquico reforçam essas representações, demonstrando que a família apresenta dificuldades no cuidado ao idoso. A hostilidade e alguns comportamentos adversos, que em alguns casos são consequências de um transtorno mental, tornam o idoso um peso na vida do familiar cuidador. Ao conviver com a doença, a família enfrenta fases que incluem crises de agressividade das quais decorrem sobrecarga e desgaste físico e emocional⁽⁵⁾. A interação familiar com o doente encontra-se, então, num estado de complicação no qual alguns integrantes não conseguem estabelecer processos saudáveis de relação, prejudicando, assim, o vínculo familiar^(19,24).

A complexidade no ato de cuidar pressupõe que o cuidador e a pessoa a ser cuidada apresentem sentimentos diversos e contraditórios, desde o medo, a culpa e a angústia até o estresse, a agressividade e a tristeza. Esses sentimentos precisam

ser analisados e compreendidos, pois fazem parte da relação dos cuidados, sendo importante o cuidador perceber as reações e os sentimentos que afloram em determinadas situações para que o cuidado e os vínculos ocorram da melhor maneira possível⁽⁴⁻⁵⁾. A rede informal de cuidado em saúde tem, ainda, na família a sua essência, pois é por meio de ações cotidianas que lhe é permitido reconhecer doenças, buscar atendimento com profissionais da saúde, incentivar o autocuidado e, não menos importante, apoiar emocionalmente o idoso^(19,23-24).

Depreende-se que, no entendimento desses profissionais, a família busca o serviço nos momentos de crise para resolução de um problema pontual e usualmente ancorado no modelo biomédico e medicalizador, conforme descrito anteriormente.

Assim como há a construção de que o idoso se mostra “trabalhoso” e no qual todo o processo de envelhecimento com o sofrimento psíquico é objetivado na representação de uma “pessoa que dá trabalho”, ancorada em sentimentos negativos que tentam ser evitados pela família, há também o fato de que muitas vezes o idoso colabora substancialmente nas questões financeiras da família. Compreende-se que a família, na percepção dos sujeitos, transfere a sua responsabilidade no cuidado com esse idoso para os profissionais do CAPS, o que pode ser interpretado como tentativa de dividir o sofrimento do cuidado de tantos anos, logicamente por ausência de instrumentalização que permeiem esse processo, havendo interpretações dificultadas de ambos os lados (profissional – família).

Em estudo sobre a contribuição da família para a qualidade de vida de pessoas com transtornos mentais graves, os pacientes apresentaram maior grau de satisfação diante do carinho e da motivação familiar, além da ênfase na proximidade e no apoio mútuo. Tais parcerias com a família em processos de orientação advindos dos serviços de saúde atestam que os esforços deveriam igualar-se nesses dois processos: no cuidado com a pessoa em sofrimento psíquico e no apoio/parceria com as famílias⁽¹⁹⁾.

As representações dos profissionais apontam para dificuldades no estabelecimento dessas relações. Existe, assim, a percepção do abandono familiar ao longo do tempo, do que se constata que há também uma percepção negativa do idoso com comportamentos atribuídos, como se fossem inerentes à pessoa idosa, o que assinala um processo de cuidado excessivo culminando até o comportamento de rejeição por algumas famílias. Dessa maneira infere-se a responsabilização do comportamento do idoso pela família e a não participação efetiva nos processos terapêuticos, o que prescreveria uma ação do CAPS para cada situação vivenciada.

Os elementos representacionais do objeto de estudo estão ancorados em questões do universo consensual dos entrevistados. O afastamento da família é entendido, então, como um processo normal próprio da cultura ocidental. Cabe ressaltar que os profissionais consideram esse abandono velado, pois os idosos permanecem em contato com a família e muitas vezes dividindo o mesmo espaço físico de moradia.

A construção coletiva dos profissionais faz emergir uma versão significativa sobre a questão do cuidado familiar em relação ao idoso em sofrimento psíquico; no mesmo momento em que se contradiz em seus próprios conteúdos e temas analisados. Existe, de um lado, a representação sobre a perda do papel

social do idoso dentro do seio familiar devido ao processo de senilidade agravado por questões clínicas somadas ao sofrimento psíquico de longa evolução (como, por exemplo, não poder cuidar dos netos) e, ao mesmo tempo o apoio financeiro que ocorre decorrente das aposentadorias desses idosos.

Reforça-se, assim, a percepção da ausência de responsabilidade da família concomitantemente à responsabilização do serviço pelo cuidado ao idoso, seja devido ao fato do abandono familiar, seja porque se tem a noção de que o serviço viabiliza um cuidado especializado, o que não se esclarece diante da limitação do presente estudo atido apenas à percepção dos profissionais.

Representa-se, então, que esse idoso é “complicado” na percepção dos profissionais de saúde, o que pode estar atrelado ao universo reificado de atendimento e assistência a esse público, assim como às percepções fruto das vivências junto a esses pacientes. Interpreta-se, assim, certo sentimento de pesar em relação à família, assim como certa empatia quando o profissional entende as questões do abandono e tenta explicá-las em solidariedade aos familiares.

Portanto, há a representação do entendimento do abandono familiar e, igualmente, há a inferência de uma possível culpabilização do idoso por essa situação, o que pode influenciar posturas atitudinais sobre esse objeto (o “abandono” do idoso pela família) no cotidiano de trabalho.

Neste contexto, as estratégias de mobilização e comprometimento para lidar com a loucura e a parceria com a família proporcionam a potencialidade de trocas entre serviço/usuário/rede social e/ou familiar⁽²³⁻²⁴⁾. A família é rede de apoio importante; portanto, em todas as fases da vida é particularmente relevante durante períodos transitórios/permanentes de menor capacidade física e/ou psíquica, proporcionando ao idoso uma condição de vida satisfatória e participativa^(19,23-24).

Limitações do estudo

O estudo tornou possível a compreensão e a interpretação das percepções dos profissionais sobre a família do idoso em sofrimento psíquico. Cabe evidenciar as limitações presentes no estudo. Mesmo que essas percepções sejam advindas dos profissionais, não podem ser consideradas parecidas ou iguais a percepções extraídas das famílias diretamente em outros estudos, momentos e contextos. Por questões metodológicas, os resultados e a discussão não devem ser generalizados, de qualquer forma acredita-se que pode haver uma generalização naturalística, ou seja, por profissionais que se encontram em situações parecidas no seu cotidiano, mas essa generalização seria de responsabilidade do leitor.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Os estudos com a população idosa com transtornos mentais tornam-se relevantes na medida em que vivenciamos a transição demográfica e epidemiológica, além de vivenciar os preceitos da Reforma Psiquiátrica, portanto, é cada vez mais comum essa convivência dos familiares com esses idosos. É preciso reflexões para evidenciar as dificuldades dos profissionais ao assistir essa população para que seja possível a construção de espaços de

reflexão nos serviços de saúde mental e, conseqüentemente, um olhar mais humanizado para esses profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos atestam a existência de representação clara dos profissionais de saúde mental com relação à família, percebida como desgastada/cansada/ausente, postura compreendida por eles, mediante a justificativa das dificuldades em cuidar do idoso portador de transtorno mental por anos seguidos. Cabe-nos inquirir, entretanto, se essa percepção advém apenas do universo consensual do serviço ou se as famílias justificariam o seu comportamento ausente no processo de cuidado do idoso, além de refletirmos sobre a parcela de responsabilização do serviço de saúde mental em meio a essa realidade.

Percebe-se que existem angústias relacionadas à assistência ao idoso em sofrimento psíquico e às relações familiares, ainda que certa inviabilidade se demonstre no que diz respeito a essa relação com a família frente à cristalização da percepção de que a mesma não quer o contato com o serviço, exceto nos momentos de crise, segundo os profissionais.

Logo, acredita-se que os resultados obtidos podem suscitar interesses que reflitam no serviço de saúde mental e na busca por estratégias que aproximem a família, solidificando essa parceria no sentido de auxílio mútuo em benefício do usuário. Além dos resultados auxiliarem na evidência da necessidade de espaços de planejamento e reflexão desse cuidado com a família a partir, por exemplo, da formalização de protocolos de assistência até o oferecimento de cursos de capacitação aos profissionais e aos familiares para instrumentalização e melhor articulação entre profissionais/idosos/família e serviço.

No momento em que se retiram os profissionais de uma zona de conforto, na qual, imagina-se, construiu-se uma prática mecanizada ao longo de anos de rotinas e frustrações, dá-se o desafio de pensar a própria prática profissional. Assim, a cada questionamento os profissionais construíram suas percepções

por meio de conceitos/comparações/expressões para o que, de certa forma, estava no nível do pensamento inconsciente.

Tal esforço permitiu a construção das RS advindas de ideias que precisaram ser ancoradas e objetivadas, transformando o momento da entrevista em reflexão sobre as próprias ações, o que é evidenciado quando nos dados obtidos encontramos frases como “eu penso que”, “momentos de reflexão” e “nas reuniões de equipe”.

Na TRS e no ECQ as representações e ideias do grupo devem ser conhecidas, percebidas e interpretadas, pois orientam práticas de trabalho e condutas frente ao objeto estudado. A forma como esse grupo representa a família do idoso influencia diretamente, portanto, nas suas atitudes no atendimento ao usuário do serviço (dimensão atitudinal).

No contexto da relação família/usuário/equipe/serviço entende-se que houve momentos melhores desse contato no CAPS, além de ser notável que em alguns momentos os profissionais trazem para si parte da responsabilidade e anseios de reflexão para a proposta de novas estratégias.

Sobre o esgotamento familiar pelo cuidado longo e contínuo desse idoso com transtorno mental, verificou-se a representação da empatia à família devido à complexidade desse cuidado, e certa culpabilização do idoso no que se refere ao comportamento que seria mais complicado com a família do que com o serviço.

O método do ECQ mostrou-se periciente à TRS, ambos advindos das Ciências Humanas e Sociais, oferecendo subsídios às discussões e alinhando-se quanto à análise de um contexto/grupo (caso), proposta que faz com que os resultados e as RS sejam atribuídos ao grupo e não a sujeitos individuais.

Espera-se que os resultados deste estudo possam servir como indicativo de *algumas* realidades vivenciadas por profissionais do CAPS, o que não os priva da importância que anunciam no tocante à reflexão e às necessárias mudanças a serem planejadas e implantadas neste serviço no que diz respeito ao acolhimento das famílias dos idosos portadores de transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

1. Friedman EM, Weden MM, Shih RA, Kovalchik S, Singh R, Escarce J. Functioning, forgetting, or failing health: which factors are associated with a community-based move among older adults? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 10];71(6):1120-130. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26450960>
2. World Health Organization. World Report on Ageing and Health [Internet]. Geneva: WHO 2015 [cited 2016 Oct 14]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1
3. Olsson M, Carlström E, Marklund B, Helldin L, Hjärthag F. Assessment of distress and quality of life: a comparison of self-assessments by outpatients with a schizopsychotic illness and the clinical judgment of nurses. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2015 [cited 2016 Oct 14];29(5):284-9. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941715001004>
4. Eassom E, Giacco D, Dirik A, Priebe S. Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: a systematic review of facilitating and hindering factors. *BMJ Open* [Internet]. 2014 [cited 2013 Apr 04];4(10). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4187461/>
5. Livingston G, Leavey G, Manela M, Livingston D, Rait G, Sampson E, et al. Making decisions for people with dementia who lack capacity: qualitative study of family carers in UK. *BMJ Open* [Internet]. 2010 [cited 2013 Apr 04];18(341). Available from: <http://www.bmj.com/content/341/bmj.c4184.long>
6. Rashedi V, Rezaei M, Gharib M. Prevalence of Cognitive Impairment in Community-Dwelling Older Adults. *Basic Clin Neurosci* [Internet]. 2014 [cited 2016 Oct 14];5(1):28-30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4202605/>

7. Amarante P. Loucos pela vida: trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
8. Nasi C, Schneider JF. O CAPS no cotidiano dos seus usuários. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2017 Jan 10];45(5):1157-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a18.pdf>
9. Pande MNR, Amarante PDC. Desafios para os CAPS como serviços substitutivos: nova cronicidade em questão. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2011 [cited 2017 Jan 10];16(4):2067-76. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a06.pdf>
10. Avelino ACA, Cunha ARR, Silva PMC, Azevedo EB, Silva JB, Ferreira Filha MO. O cuidado ao idoso portador de transtorno mental sob a ótica da família. *Rev Enf Ref* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 10];serIII(9):75-83. Available from: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1291>
11. Alves CCF, Silveira RP. Família e redes sociais no cuidado de pessoas com transtorno mental no Acre: contexto do território na desinstitucionalização. *Revista APS* [Internet]. 2011 [cited 2017 Jan 10];14(4):454-63. Available from: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1298>
12. Araújo I, Paul C, Martins M. Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: sustentabilidade do idoso dependente na família. *Rev Enf Ref* [Internet]. 2010[cited 2017 Jan 10];3(2):45-53. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn2/serIIIn2a05.pdf>
13. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4 ed. Porto Alegre (RS): Bookman; 2010.
14. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na área de saúde. 3 ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2009.
15. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Rio de Janeiro (RJ): Vozes; 2003.
16. Polit D, Hungler B. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.
17. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.
18. Lavall E, Olschowsky A, Kantorski LP. Avaliação de família: rede de apoio social na atenção em saúde mental. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2017 Jan 10];30(2):198-205. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4200>
19. Roberge P, Hudon C, Pavilanis A, Beaulieu MC, Benoit A, Brouillet H, et al. A qualitative study of perceived needs and factors associated with the quality of care for common mental disorders in patients with chronic diseases: the perspective of primary care clinicians and patients. *BMC Family Practice* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 10];17:134 Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5020556/pdf/12875_2016_Article_531.pdf
20. Juan-Porcar M, Guillamón-Gimeno L, Pedraz-Marcos A, Palmar-Santos AM. Family care of people with severe mental disorders: an integrative review. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2015[cited 2016 Apr 27];23(2):352-60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0138.2562>
21. Borbal LO, Guimarães NA, Mazzal VA, Maftum A. Tratamento no modelo hospitalocêntrico: percepções de familiares e portadores de transtorno mental. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2015 [cited 2016 Apr 27];16(1):147-56. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a15.pdf>
22. Glanville DN, Dixon L. Caregiver burden, family treatment approaches and service use in families of patients with schizophrenia. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2005;42(1):15-22.
23. Hadrys T, Adamowski T, Kiejna A. Mental disorder in Polish families: is a predictor of caregiver's burden? *Soc psychiatry psychiatr epidemiol*. 2010;23(5):363-72.
24. Rodríguez-Sánchez E, Pérez-Peñaranda A, Losada-Baltar A, Pérez-Arechaederra D, Gómez-Marcos MA, Patino-Alonso MC, et al. Rodríguez-Sánchez E et al. Relationships between quality of life and family function in caregiver. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2011 [cited 2017 Jan 10];(12):1-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3089776/>.