

CURSO DE ENFERMAGEM

CRISTIANE TEREZINHA VIEIRA

A RELIGIÃO E A EXPERIÊNCIA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO: NO OLHAR DA FAMÍLIA

**GUAÍRA – PR
2010**

CRISTIANE TEREZINHA VIEIRA

**A RELIGIÃO E A EXPERIÊNCIA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO: NO
OLHAR DA FAMÍLIA**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Paranaense – UNIPAR – Guairá – Pr, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Nelsi Salete Tonini.

GUAÍRA – PR
2010

CRISTIANE TEREZINHA VIEIRA

**A RELIGIÃO E A EXPERIÊNCIA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO: NO OLHAR DA
FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso para a obtenção do título de Enfermeiro, aprovado em _____ de _____ de 2010 pela banca examinadora constituída pelos professores e profissionais:

1 espaço

Orientadora: Profª Dra. Nelsi Salete Tonini

Enfermeira. Doutora em Enfermagem psiquiátrica pela Universidade de São Paulo - USP

Banca I: Profª Ms. Irinéia Paulina Baretta

Farmacêutica. Mestre em Farmacologia de Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Banca II: Profª Ms. Daniele Garcia de Almeida Silva

Mestre em Saúde coletiva da UERJ.

GUAIRA - PR
2010

DEDICATÓRIA

Com carinho e gratidão dedico a meus pais Victor e Terezinha Vieira e aos meus irmãos que sempre estiveram presentes na minha vida, me incentivando e apoiando nos meus sonhos. E ao meu noivo Emerson que no meio das dificuldades sempre expressou palavras de ajuda e entusiasmo.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus pela saúde e a proteção que sempre me acompanhou, me inspirando discernimento e gratidão pelos objetivos alcançados. Aos meus professores que além de serem mestres, são apaixonados pela profissão, e a minha Orientadora que com dedicação me auxiliou e expressou seu amor pela profissão.

“ O cuidar é usar da própria humanidade para assistir a do outro como ser único, composto de corpo, de mente, vontade e emoção, com um coração consciente, que com seu espírito instrui e comunga”.

(Leonardo Boff)

ÍNDICE

RESUMO	viii
1 INTRODUÇÃO	09
2 MATERIAL E MÉTODO	13
3 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	14
4 CONCLUSÃO.....	21
5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22
ANEXOS	24

A RELIGIÃO E A EXPERIÊNCIA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO: NO OLHAR DA FAMÍLIA

Cristiane Terezinha Vieira¹
Nelsi Salete Tonini²

RESUMO: Este estudo teve como objetivo investigar como os familiares percebem a religiosidade como forma de enfrentar o sofrimento psíquico. Tratou-se de uma pesquisa de campo de caráter exploratório qualitativo, desenvolvida no Bairro da Vila Alta- Guairá – PR. Os sujeitos da pesquisa foram seis famílias que cuidam de doente mental. Constatou-se que a espiritualidade é fundamental na vida do ser humano, e por meio dela se obtém forças para superar as dificuldades que encontra e a sobrecarga do cuidado. Sobressai também a tristeza, o cansaço que a família demonstra por não ter uma preparação e uma aceitação para cuidar do seu familiar.

PALAVRAS-CHAVE: sofrimento psíquico espiritualidade, familiar.

TITLE: RELIGION AND PSYCHIC EXPERIENCE OF SUFFERING: THE LOOK OF THE FAMILY

ABSTRACT: This study aimed to investigate how family members perceive the religion as a way to cope with the psychological distress. It was a field study of exploratory qualitative, developed in the neighborhood of Vila High Guaira - PR. The study subjects were six families who care for mentally ill. It was found that spirituality is fundamental to human life, and through it you get the strength to overcome the difficulties encountered and the overhead of care. It is also evident sadness, tiredness demonstrates that the family did not have a preparation and an acceptance to care for your family.

KEY WORDS: psychological distress spirituality, family.

¹ Acadêmica do 4º ano do Curso de Enfermagem da Universidade Paranaense – UNIPAR – Campus de Guairá-PR.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto. Docente de Curso de Enfermagem da Universidade Paranaense – UNIPAR – Campus de Guairá- PR.

1 INTRODUÇÃO

O portador de doença mental é classificado como um indivíduo diferente, que não vive dentro das regras que a sociedade impõe, ele é visto como um ser incapaz de realizar certas funções e ainda ameaçador para a sociedade (GONÇALVEZ e SENA, 2001).

Dessa forma, é considerado um indivíduo que necessita de uma assistência específica, enfocando suas necessidades, cultura, individualidade e o principal, a interação familiar. Por volta da década de 1970 iniciou-se no Brasil a reforma psiquiátrica, que foi definida como um movimento de caráter político, social e econômico, que tem como base a desinstitucionalização do doente. A reforma não é simplesmente ver o portador de doença mental fora do hospital, mas sim fazer com que ele seja um sujeito ativo em seu tratamento e tenha a estrutura necessária para seu convívio social.

Para Gonçalves e Sena (2001) a Reforma Psiquiátrica já provocou a diminuição de leitos hospitalares e estimula a criação de serviços que substituam as internações, contudo, muitos familiares ainda encontram dificuldade em adequar-se a este novo sistema.

O ambiente sócio econômico causa um impacto profundo e continuo diante do comportamento e dos valores do ser humano, dentre eles esta a cultura que e um dos fatores mais importantes para a determinação de suas crenças e comportamento quanto à saúde. Sendo assim podemos observar que a cultura determina valores, ideais e expectativas, portanto as definições de saúde e doença mental são em grande parte ditadas pela cultura. Quanto a isso podemos pensar que o cuidado tem que ser repensado na sua dimensão mais ampla, pois muitas vezes é visto como um mito, algo histórico ou ate mesmo um projeto político.

Com a proposta atual do Ministério da Saúde em relação a novas formas de tratar e ver o indivíduo com transtorno mental busca-se a integração dele e de sua família a sociedade, resgatando sua dignidade e sua identidade enquanto cidadão que tem sonhos e necessidades, portanto a reforma psiquiátrica não é somente libertar o doente mental, o modelo asilar, mas oferecer a ele, onde estiver, condições dignas de atendimento, considerando seu sofrimento existente, dando destaque e atenção ao papel da família nesse processo, apoiando-a e tornando-a o principal instrumento de estímulo e interação social de seu familiar.

Quando falamos em interação social, ignoramos muitas vezes a prática religiosa dessas pessoas e de seus familiares, neste universo a controvérsia acerca da influência da religião sobre a saúde física e mental é ainda, baseada em preconceito e opinião, do que em ciência. Os profissionais da área de saúde ignoram os principais achados empíricos sobre esta relação, e por isto estes dados continuam não tendo a consideração que deveriam ter no planejamento dos programas de saúde.

Segundo Colvero et al (2004) foram destacadas uma melhora no relacionamento entre familiares e pacientes que aderiram a um tratamento e mais atitudes positivas perante a vida, do que aqueles que abandonaram o tratamento. Ressalta ainda que somos corpo e espírito, não estamos dissociados. Quando a parte física sofre, isso tem complicação no resto. Não é possível pensar que se trata corpo e espírito separados. A doença do corpo esta na maioria das vezes associada a doença da alma.

O autor citado acima ainda afirma que a forma como as pessoas vivem a religião é fundamental para saber se pode ou não ser uma ajuda. Nós temos religiosidade intrínseca que esta apoiada num conjunto de crenças e rituais e não esta alicerçada numa dimensão espiritual profunda. Ou seja, a religião é algo exterior ao individuo, é um negócio e um conjunto de rituais apenas. Estas pessoas não conseguem tirar da religião a ajuda de que precisam nos momentos de crise. Quem tem a religiosidade intrínseca, ou seja, uma prática espiritual íntegra, uma consciência de si próprios e do que esta para além deles, esses podem encontrar na prática religiosa uma ajuda.

A família é prestadora de cuidados, mas ao mesmo tempo tem de receber cuidados, porque é uma tarefa muito desgastante. “A religiosidade e a fé fazem a mediação entre Deus e as pessoas para ajudá-las, principalmente em condições de doença, a responderem ás provocações que ocorrem na vida”. Andam juntos ciência e religião e vem mostrando, cada uma sua importância.

O Papa João Paulo II afirmou essa importância na (Encíclica Fides et Rati 1998) em que afirma que “a fé e a razão constituem como que as duas asas pelas quais o espírito humano se eleva para a contemplação da verdade”.

Segundo João Paulo II, a religião sem a ciência não é boa religião, e ainda a ciência sem a religião também não é boa ciência. Diante disso a Organização Mundial da Saúde (1998) inclui nessa definição de que saúde na sua dimensão total é o bem-estar físico, psíquico e social.

Segundo Cavalheri (2002) a boa comunicação entre paciente e familiar é de suma importância, bem como o apoio que os familiares possam oferecer ao paciente, tem seus efeitos positivos.

Dittes (1969) revisando artigos sobre ajustamento pessoal e neuroticismo, observou que estudantes norte-americanos mais religiosos relatavam maiores níveis de ansiedade, menor auto-estima, e se sentiam menos adequados. Em adultos, os que pertenciam a uma seita religiosa tinham menor taxa de problemas psiquiátricos, e pacientes de uma clínica psiquiátrica freqüentavam igreja ou eram dela membros com menor freqüência que os controles. Isto foi interpretado como consequência dos problemas psiquiátricos, e da menor capacidade de habilidades sociais que pessoas com comprometimento psicológico apresentam.

Entre indivíduos idosos, entretanto, ficou clara a relação benéfica entre religião e ajuste (felicidade, prazer ou satisfação, amizades, emprego, status social, sentir-se útil, etc.; (MOBERG; TAVES, 1965). O efeito terapêutico foi relacionado ao apoio social oferecido pela religião e por esta fornecer algo para fazer.

Estas observações foram assim resumidas, religiosidade está relacionada à inadequação pessoal em estudantes, de acordo com testes psicológicos e inventários; participação em atividades públicas religiosas está positivamente correlacionada ao ajustamento pessoal na população adulta, especialmente entre os idosos. Como ambas as generalizações são correlacionais, é difícil interpretá-las (LOTUFO NETO, 1997).

Dalgarrondo; Gattaz (1992) avaliaram 300 admissões consecutivas em uma enfermaria psiquiátrica da Universidade de Campinas, relacionando duração da internação com dezesseis variáveis clínicas e demográficas. Pacientes filiados à Igreja Pentecostal apresentaram internações de duração mais curta (15.9+/- 9.9 dias) que pacientes católicos (21.3+/-15.9 dias). Isto foi atribuído à prática religiosa mais intensa, maior controle social e melhor sistema de apoio.

O principal estudo foi o de Slater em 1947, analisando a denominação religiosa de 9354 militares não-comissionados internados em uma enfermaria psiquiátrica na Inglaterra, durante a Segunda Guerra Mundial, comparando-as com as internações de 4.202 pacientes em enfermarias gerais. Membros do Exército da Salvação e da religião judaica apresentaram uma probabilidade maior de ter uma crise nervosa ("breakdown") que anglicanos, católicos e metodistas. Outros estudos encontraram resultados diferentes, o que foi explicado pela diferente taxa de procura rápida de tratamento entre as diversas denominações religiosas, e diferentes condições econômicas e sociais entre

elas. Por exemplo, judeus procuram mais psicanálise que católicos e protestantes, apresentando talvez atitude mais favorável em buscar tratamento psicológico e ao fato de grande proporção de profissionais pertencer a esta religião nos Estados Unidos (ALMEIDA FILHO et al, 1992).

Os trabalhos que mostraram maior prevalência de neuroses entre judeus foram criticados, com a demonstração que esta é maior nas classes alta e média, onde indivíduos desta religião estão situados (ALMEIDA FILHO et al, 1992).

Rokeach em 1960 concluiu que os religiosos quando comparados com os não religiosos eram mais tensos, ansiosos e com mais sintomas e Stark em 1971 criou um índice de desconfiança neurótica (incapacidade patológica de manter padrões normais de interação ou contato com outras pessoas), e observou que quanto maior o índice de desconfiança neurótica, menor a probabilidade da pessoa ter um alto índice de ortodoxia religiosa ou de freqüentar a igreja semanalmente. Controlando sexo, idade e classe social, estes resultados não se alteraram. Concluiu, afirmando que não importa a maneira como psicopatologia é avaliada, sempre há uma correlação negativa com compromisso religioso (LOTUFO NETO, 1997).

O interesse pelo tema surgiu devido a observações durante as praticas supervisionadas em serviços de saúde, onde muitas vezes percebe-se que a falta de conhecimento pode levar a família a ter varias condutas e comportamentos inadequados e até mesmo o desprezo pela pessoa doente por falta de informação. Além disso cabe ressaltar que a prática da religião e espiritualidade é tão importante quanto a medicina. Pensando nisso a presente pesquisa foi proposta por entender a necessidade de identificar o grau de conhecimento da família em relação a doença mental, a influencia da religião e espiritualidade e suas importâncias na adesão ao tratamento.

Neste contexto os objetivos para esta pesquisa são: 1) Objetivo geral: Investigar como os familiares percebem a religiosidade ou espiritualidade como forma de enfrentar o sofrimento psíquico; 2)objetivos específicos: Identificar as dificuldades que a família encontra na convivência com um indivíduo com sofrimento psíquico, suas rotinas e ansiedades; 3) Descobrir se a família tem conhecimento a respeito da doença e se há clareza sobre as atitudes do paciente; 4) Orientar as famílias quanto à importância da sua presença na vida do doente mental; 5) Pesquisar a quanto tempo a família sofre com a situação; 6) E o que levou a desenvolver a doença.

2 MATERIAL E MÉTODO

Tratou-se de uma pesquisa de campo que consistiu na observação dos fatos tal como ocorrem espontaneamente, na coleta de dados e no registro de variáveis presumivelmente para posteriores análises (OLIVEIRA, 1999). É de caráter exploratório qualitativa que segundo Minayo (2002, p.21) a pesquisa qualitativa “trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”. A mesma foi desenvolvida por meio de uma entrevista, aplicada pelo próprio pesquisador em um bairro na Vila Alta Guaira/PR. Os participantes desta pesquisa foram os cuidadores familiares de pessoas com transtorno mental, totalizando seis famílias. O critério de inclusão dos cuidadores na pesquisa foi por indicação da equipe de saúde da unidade.

Segundo Gil (1996) a pesquisa exploratória, visa uma maior aproximação com o problema para torná-lo mais explícito, mais claro ou desenvolver hipóteses, sendo que, principalmente, visa aperfeiçoar idéias ou descobrir intuições.

Os dados foram coletados após a aprovação do Comitê de Ética e a assinatura do termo de consentimento, obedecendo aos princípios éticos que se encontra na resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, conforme certificado de aprovação n° 19123/2010.

Para a coleta dos dados foi utilizada a entrevista com questões relacionadas ao tema em estudo (Apêndice I), bem como dados de identificação dos participantes da pesquisa. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Para assegurar o anonimato, na apresentação dos resultados, utilizou-se a letra E (entrevistado) acrescida do número correspondente a seqüência de entrevistas E1, E2 e assim sucessivamente.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados deste estudo são apresentados e discutidos em duas etapas. Na primeira, procurou-se delinear o perfil dos cuidadores; na segunda etapa, investigar como os familiares percebem a religiosidade ou espiritualidade como forma de enfrentar o sofrimento psíquico.

No que se referem ao perfil, dos seis cuidadores que aceitaram participar da pesquisa, dois eram do sexo feminino e quatro do sexo masculino. A idade variou entre 30 a 70 anos. Quanto ao estado civil dos cuidadores quatro eram casados e dois solteiros. Encontramos que o grau de parentesco com o portador de transtorno mental, duas são mães, três são esposos e um não tem grau de parentesco com o paciente.

Quanto ao tipo de religião que frequenta, encontramos uma católica, duas cristãs do Brasil, uma apostólica, uma adventista e uma sem religião. Quanto ao nível de escolaridade esta distribuído da seguinte forma: 2 apresentam segundo grau completo, 3 primeiro grau incompleto e 1 analfabeto. Em relação ao tempo que cuida de seu familiar, este dado variou de 3 meses a 13 anos.

A família é um suporte básico para a vida de qualquer pessoa, mas para os portadores de transtornos mentais ela possui especial importância, pelo fato desses sujeitos, na maior parte das vezes, necessitarem de cuidados e acompanhamento dos membros do grupo familiar. Conforme Wernet (2001), a família é a base que encontramos para nos apoiar, se não apresentar um alicerce, com uma boa estrutura, quando vêm as dificuldades fica ainda mais difícil manter o equilíbrio diante da dor e da angústia que a família possa passar, quando tem alguém depende mais da atenção e dedicação.

Teixeira (2008) ressalta em seu artigo, que uma família sem a proteção divina e sem a formação de valores e princípios éticos e morais, é uma família sem estrutura e sem firmeza que, ao passar por carestias e frustrações, podem não resistir às dificuldades e se desfazer.

Para Ferreira (1999) a família pode ser considerada como pessoas aparentadas que geralmente vive na mesma residência, podendo ser unidas por parentesco, laço ou aliança.

Quanto à segunda parte da entrevista, a partir dos depoimentos dos cuidadores foram destacados temas significativos para alcançar os objetivos propostos nesta pesquisa.

A primeira questão, perguntamos “Fale-me o que a religião representa para o enfrentamento da doença do seu familiar”, ante a interpretação dos dados emergiram temas como: a religião é muito importante; é fundamental na vida do ser humano; sinto a presença de Deus como aquele que cuida; temos que fazer caridade, conforme os depoimentos abaixo:

“A religião para mim é muito importante...” “Deus é tudo na minha Vida...” (E1) (E4) (E6)

“A religião na vida da família, a religião tem ajudado muito...” (E2)

“..a fé está sempre presente na nossa vida...por isso eu aceitei cuidar dela...”(E3)

“Não tenho religião, mas sinto a presença de Deus na minha vida, como aquele que cuida e este sempre presente” (E5)

“...temos que praticar a caridade com aqueles que necessitam...”(E6)

Religião é provavelmente a instituição humana mais antiga e duradoura, sendo praticamente impossível separá-la da história da cultura humana. Sua influência é ambígua, tendo inspirado o que há de melhor no ser humano, e também o que há de pior. Campbell (1975) apud Lutudo Neto (1997) justifica a duração tão prolongada destas práticas porque provavelmente elas têm uma função importante para o indivíduo e para a sociedade.

Religião é um fenômeno paradoxal. Vivemos na era tecnológica, mas sempre observamos nossos líderes, principalmente em momentos de grande perigo, guerra iminente ou decisão delicada, solicitarem para que todos se voltem a Deus e solicitem o seu auxílio.

A impossibilidade de avaliar cientificamente a verdade das afirmações religiosas torna difícil formular proposições gerais para pesquisa. Em consequência grande quantidade de opiniões divergentes existe em todos os tópicos desta área de estudo (BELZEN, 1993, apud LUTUDO NETO, 1997).

Perguntar a uma pessoa se ela é uma pessoa religiosa, segundo Batson, Ventis (1982) apud Lutudo Neto (1997) esta é uma das perguntas mais difíceis de responder, pois, com a resposta "sim" você pode estar se identificando com maneiras de ser e pensar que absolutamente nada têm a haver consigo. Pessoas que respondem "não", são muitas vezes profundamente religiosas, quando a investigação é feita com um pouco mais de profundidade.

Para Lutudo Neto (1997), a experiência religiosa é única, diferente das vivências do dia a dia, afeta a percepção central sobre si próprio e a vida, pode mudar as noções sobre quem você é e o sentido ou significado da sua vida. A experiência religiosa é complexa do ponto de vista psicológico, envolvendo emoções, crenças, atitudes, valores, comportamentos, ambiente social. Ela transcende estas categorias psicológicas, e dá ao indivíduo um sentido de integridade. Não há uma característica comum na experiência religiosa, nem mesmo o crer em Deus, pois algumas religiões não possuem este conceito. A tradição religiosa, a igreja organizada, também não é o princípio organizador; pois, principalmente hoje, muitas pessoas são religiosas sem possuírem esta identificação.

Já a Espiritualidade processo pelo qual os indivíduos reconhecem a importância de orientar suas vidas a algo não material que está além e é maior do que eles próprios, de modo a haver reconhecimento ou, pelo menos, alguma dependência a um poder superior, ou espírito. A espiritualidade envolve um processo pessoal dirigido a relacionar o si próprio com o poder superior essencial. Deus, um espírito vivo, pessoal e invisível, criador da vida e o modelo perfeito que deve ser procurado.

Indagamos também “O que você sabe sobre a doença de seu familiar”; percebemos por meio das respostas que os mesmos não têm um conhecimento apropriado sobre a doença da pessoa que cuida, e com informações muito incipientes e muitas vezes somente relacionadas ao uso do medicamento, porém sem grandes informações de como manejar a crise do indivíduo que cuida, analisemos os depoimentos abaixo:

“Eu sei que a doença de meu filho tem vai ter cura {...} tem que tomar sempre os remédios para ele se controlar, senão fica mais louco...” (E 1)

“Tenho conhecimento porque eu também, já tive um início de depressão {...} posso ajudar ela, como tenho feito..” (E2)

“Minha esposa ficou assim porque ela tinha outro casamento e o marido batia muito nela....”(E 3)

“minha filha tem esse problema devido ao atraso da menstruação...”(E 4)

“não tenho muito conhecimento {...} só sei que tem que tomar os remédios, caso contrário fica louca e quebra tudo...”(E 5)

“Sabemos pouco {...} quando acolhemos ela, já estava assim {...} ficava no portão difamando as pessoas...o médico disse que é um desvio mental....”(E6).

A participação da família é grande determinante para o sucesso do tratamento do doente. Para Alonso (2002) a relação familiar é o sustentáculo, a base para uma boa

estrutura emocional para o paciente portador de transtorno mental, tanto para prevenção de uma crise, quanto para sua manutenção e recuperação.

Pereira (2003) relata que estudos identificam que os familiares também fazem referências a fatores de hereditariedade, quando mencionam outros familiares com história de doença mental. Cientes que a causa real desta doença ainda é desconhecida pela medicina, as pessoas ainda não sabem identificar um problema neurológico de um sofrimento mental, gerando um preconceito na sociedade.

Para Moreno (2000) o pouco entendimento dos familiares sobre a doença mental, faz com sua busca seja por um exame que detecte onde está a doença procurando então um local no cérebro que possa explicar as alterações de comportamento apresentadas pelo paciente.

Os profissionais de saúde mental deveriam oferecer informações e suporte profissional necessários para a família exercer sua função de agente socializador primário do ser humano (WAIDMAM, 1999).

Durante a pesquisa percebe-se que a família tem um relacionamento conflituoso com o doente, por ter pouco conhecimento e clareza sobre a doença mental, o comportamento do paciente acaba interferindo na vida da família.

Conforme Moreno (2000), há uma maior tensão na convivência, a família procura se isolar ocorre restrição de visitas, diminuem as saídas para passeios, ou seja, o período de lazer acaba nem existindo mais, aí a espaço para a solidão e a tristeza.

Perguntado também “A que você atribui à doença de seu familiar” dentre outras repostas se destacaram, mais uma vez por meio dos depoimentos constatamos o quanto as famílias e/ou cuidadores precisam se apoderar de conhecimentos sobre o processo saúde e doença, caso contrário, tentam buscar justificativa para a situação com pouca fundamentação científica, como podemos perceber pelos depoimentos abaixo:

“Meu filho ficou assim porque começou a fumar drogas e cocaína {...} se não tomar o remédio fica louco...” (E1);

“Devido às dificuldades que ela passou na família, com os parentes, estresse no dia a dia...” (E 2);

“Ela passou por muita dificuldade e teve problema na cabeça... quando a conheci, já estava doente {...} fiquei com dó e vim cuidar dela e casei com ela...” (E 3);

“Tinha muita dor de cabeça {...} desmaiava na escola... foi de uma queda de um pé de manga...” (E 4);

“... sempre me falaram que ela é muito triste, já tentou se matar...” (E5);

“Não temos clareza {...} acolhemo-la, pois estava abandonada na rua...” (E 6).

Moreno (2000), citando Rabelo et al, (2000) destaca que o diagnóstico da doença é de grande valor para a família, mas, na maioria das vezes, a família não possui o entendimento da patologia com clareza. Ai vem o papel da equipe de saúde de esclarecer, orientar, tanto ao paciente quanto ao familiar, o que provavelmente contribuiria na compreensão do processo de adoecer e na convivência familiar. Quando as famílias são atingidas de maneira cruel, os sentimentos despertados são a mágoa, a revolta, a inveja, o ódio e a vingança. Estes sentimentos ao serem instalados e não tratados dão lugar a uma disposição mental de morte, de justiça própria entre os membros da sua família.

De acordo com o *DSM- IV* (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Norte Americana de Psiquiatria) relata que diante de um paciente com uso problemático de drogas, seja dependência ou uso abusivo, devemos sempre investigar a existência de uma outra doença emocional, ou por baixo da dependência ou como consequência.

Freitas e Mendes (1999) destacam que o cuidado de pessoas em condições crônicas exige adaptação e readaptação da família é um gasto cotidiano, podendo ser físico ou até mesmo mental.

Perguntamos ainda “quais as dificuldades que enfrenta no cuidado com seu familiar”, destacamos aqui que as principais dificuldades estão relacionadas o tempo que se dedicam aos pacientes; a dependência que gera; problemas financeiros e principalmente o como cuidar, destacamos as falas abaixo:

“Me da muito trabalho... briga com todos {...} tenho que cuidar o tempo todo...” (E1);

“{...} depende mais da gente, da atenção, do cuidado, às vezes a gente não pode estar perto o tempo todo...” (E2);

“{...} às vezes ela fica nervosa e muito irritada...” (E3);

“{...} para mim está muito difícil {...} eu tenho que trabalhar... estou grávida...” (E4);

“Temos passado por muitas dificuldades {...} financeiras; ela não ajuda a cuidar das crianças... deixa-as jogada...” (E5);

“{...} a dificuldade é lidar quando ela fica agressiva..” (E6).

As dificuldades, a tristeza, a falta de tempo muitas vezes implica na realização de sonhos, fica claro que é um fardo que cada dia que passa se torna mais pesado para ser carregado. A tensão o desgastes, os conflitos que surgem na família, acaba deixando-os sem rumo. Esse pensamento é reforçado por Oliveira e Jorge (1998).

“A gente não tem mais tempo pra nada, porque tem que estar de olho no meu filho, porque nunca se sabe o que ele pode fazer...” (E3).

“Tem noites que nem durmo, pensando onde ele esta, sai por ai sem rumo...”(E1)

“{...} sinto muita tristeza em ver a minha esposa assim, mas acredito que ela vai melhorar...”(E2).

Para Cavalheri (2002), quando a família possui um membro com um transtorno mental, toda ela acaba sofrendo, independente dessa doença ser orgânica ou mental, o desgaste vem e acaba agravando todos os que convivem, quando se trata de uma doença de duração prolongada, com freqüentes sintomas o sofrimento é maior. Continuando ainda no tema, Oliveira e Jorge (1998, p.380) afirmam que:

a doença seja ela física ou psiquiátrica afeta seriamente o grupo familiar. Porque quando se adoecer, há uma interrupção de suas atividades normais, elas devem ser modificadas, alguém sempre deve renunciar seus afazeres, ou até mesmo algumas atividades precisam ser desempenhadas por outras pessoas.

Segundo os estudos de Koga e Furegato (1998) as sobrecargas que a família passa em decorrência da convivência com o doente mental, é uma sobrecarga que a família na maioria das vezes não está preparada para enfrentar e acabam decaindo, podendo ser classificadas como financeira, nas rotinas familiares, como doença física ou emocional e alterações das atividades de lazer e relações sociais. Já para Oliveira e Jorge (1998) é o comportamento do doente mental que debilita, desmotiva, torna inseguras as expectativas sociais da família e origina incerteza nos seus familiares.

4 CONCLUSÃO

Esta pesquisa permitiu concluir que toda e qualquer religiosidade surge em contextos históricos, socioeconômicos. Ela é desta forma, intrinsecamente uma dimensão social e cultural da experiência humana. Além disso, a vida religiosa é constituída por símbolos arbitrários, não-naturais, que são formulados por grupos sociais específicos, grupos esses que lidam e são “conduzidos” por tais símbolos, também de forma específica. Assim, é de se esperar que diferentes formas de religiosidade, em distintos contextos sociais e culturais, tenham significações e implicações diferenciadas para a vida das pessoas, sua subjetividade e saúde mental.

Constatou-se também que para os familiares entrevistados a espiritualidade é representada por Deus e que acreditar em algo superior que possa resolver o que eles próprios não são capazes de interferir dá uma força extra na hora de enfrentarem suas doenças. Nota-se por meio do trabalho que a espiritualidade é uma variável que influencia na saúde mental, e que no presente momento a psiquiatria está em aprimoramento em relação a esse assunto visando melhorar seus estudos e programas de tratamento e prevenção, portanto ressaltamos que esse estudo contribui para uma assistência mais holística e uma maior qualidade no tratamento desses pacientes.

Destaca-se que as principais dificuldades que os cuidadores apresentam é a falta de conhecimento sobre a doença do seu familiar, a dificuldade da própria família em aceitar que se tenha um doente mental entre si, o preconceito que a sociedade atribui aos mesmos, as dificuldades em se desenvolver um tratamento adequado para a doença, vindo assim muitas vezes a sofrer uma sobrecarga física e emocional.

As famílias revelaram também um estado de solidão, de um isolamento com a problemática vivida e com as dificuldades financeiras nas quais muitas famílias acabam enfrentando, favorecendo o surgimento de novos casos, principalmente de depressão. Achar que a doença não tem mais tratamento faz com que a família aceite a situação ou muitas vezes se revolta com o caso, e começa a tratar o familiar com desprezo.

5 REFERENCIAS:

ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J.J.; COUTINHO, E.; FRANCA, J.F.; FERNANDES, J.G.; ANDREOLI, S.B.; BUSNELLO, E. D'A. Estudo Multicêntrico de morbididade

psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). **Revista ABP/APAL**, v.14, p.93-104, 1992.

ALONSO SG.falando sobre a reinternação psiquiátrica: a voz das pacientes. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2002.

CAVALHERI, S. C. *Acolhimento e Orientação à Família*. Mesa Redonda: Importância da Família na Saúde Mental, 2002. Disponível em:<www.sppc.med.br/mesas/silvana.htm>.

COLVERO L.A. et al, Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v 38, n. 2, p. 197-205, 2004.

DALGALARRONDO, P.; GATTAZ, W.F. **A psychiatric unit in a general hospital in Brazil: Predictors of length of stay**. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol v.27, p. 147-150, 1992.

DITTES, J.E. Psychology of Religion, in Lindzey, G. e Aronson, E. (eds.) **The Handbook of Social Psychology** vol 5, 2nd edition, Reading Mass, Addison-Wesley,1969.

FERREIRA, A. **Novo Aurélio**: o dicionário da língua portuguesa. 3. Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FREITAS; M.C; MENDES, M.N.R. Condições Crônicas de Saúde e o cuidado de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v.7, n.5, p. 131-133, 1999.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 3.ed. São Paulo: Atlas S.A., 1996.

GONÇALVES, A.M; SENA, R.R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexão sobre o cuidado com o doente mental e a família. **Revista latinoam enferm**. 2001;9(2):48-55.

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

LOTUFO NETO, Francisco. **Psiquiatria e Religião**: A prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Livre-docente junto ao Departamento de Psiquiatria. São Paulo, 1997.

MINAYO, M. C. S. (org) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 20.ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MOBERG, D.O.; TAVES, M.J. **Church participation and adjustment in old age**. In Rose, A.M. & Peterson, W.A. (eds.) Older people and their social world. Philadelphia, F.A. Davis, 1965.

MORENO, V. **Vivência do familiar da pessoa em sofrimento psíquico**. Ribeirão Preto: USP 2000. Tese apresentada ao Programa de Doutorado Interunidades das Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo, Universidade de São Paulo, 2000.

OLIVEIRA, S.L. **Tratado de metodologia científica-projeto de pesquisas, TGI, TCC, Monografias, Dissertações e teses**. ed.2º editora afiliada, 1999.

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

PEREIRA M. O. Representação da doença mental pela família do paciente. Interface-Comunic saúde Educ. 2003;7 (12): 71-82.

TEIXEIRA, [Alina Campos Tomaz](http://www.webartigos.com/articles/10680/1/A-Importancia-da-Familia/pagina1.html). **A Importância da Família**. Publicado em 31/10/2008. Disponível por em. <http://www.webartigos.com/articles/10680/1/A-Importancia-da-Familia/pagina1.html>. Acessado em 09/10/2010.

WERNET, M. **Mobilizando-se para a família**: dando um novo sentido ao cuidar e à família. São Paulo: USP, 2001. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo, 2001.

WAIMAN, M. A. P. **Enfermeira e família compartilhando o processo de reinserção social do doente mental**. In: LABATE, R. C. (org). Caminhando para a assistência integral. Ribeirão preto: Scala. 1999.

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

APENDICE I

- 1) Grau de parentesco com o paciente:
- 2) Religião
- 3) Sexo
- 4) Idade
- 5) Estado civil
- 6) Nível de escolaridade
- 7) A quanto tempo cuida de seu familiar
- 8) Fale-me o que a religião representa para o enfrentamento da doença do seu familiar.
- 9) O que você sabe sobre a doença de seu familiar
- 10) A que você atribui à doença de seu familiar
- 11) Me fale quais as dificuldades que enfrenta no cuidado com seu familiar

ARQUIVOS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIPAR

ÓRGÃO DE DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE PARANAENSE

Consulte os textos completos da Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR *on-line*
ISSN *on-line*: 1982-114X
<http://revistas.unipar.br/saude>

UNIVERSIDADE PARANAENSE: Mantenedora Associação Paranaense de Ensino e Cultura - APEC

REITOR: Cândido Garcia

Vice-Reitora Executiva: Neiva Pavan Machado Garcia

Vice-Reitor Chanceler: Carlos Eduardo Garcia

Diretora Executiva de Gestão da Pesquisa e Pós-Graduação
Débora de Mello Gonçalves Sant'Ana

Coordenadora de Editoração e Divulgação Científica
Maria Anastácia Manzano

Diretora Executiva de Gestão do Ensino Superior
Maria Regina Celi de Oliveira

Diretor Executivo de Gestão da Extensão Universitária
Adriano Augusto Martins

Diretor Executivo de Gestão da Dinâmica Universitária
José de Oliveira Filho

Diretores Gerais dos *Campi*

Umuarama - Sede: Douglas Voi Xavier

Toledo: Leonildo Bagio

Cascavel: Maria Débora Damaceno de Lacerda Venturin

Guaíra: Francisco Mendes da Silva

Paranavaí: Edwirge Vieira Franco

Cianorte: Mirian Fecchio Chueiri

Francisco Beltrão: Odete Aparecida Serraglio

Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR
Praça Mascarenhas de Moraes, 4282
87.502-210 - Umuarama - Paraná, Brasil
Fone: 044 3621-2812
arqsaude@unipar.br, cedic@unipar.br

Classificado no Qualis da CAPES:

B nacional em Educação Física; Enfermagem; Farmácia; Medicina I; Medicina II; Medicina Veterinária; Zootecnia/Recursos Pesqueiros;

C nacional em Educação; Multidisciplinar;
C local em Química.

Base de dados e Indexadores

Database and Indexers

CAB Abstract, Periódica e LILACS

Tiragem: 700 exemplares

Data da Impressão: Agosto / 2008

Impresso por: Gráfica Arenito

Exemplar avulso.....R\$ 10,00
Assinatura anual (3 números)R\$ 30,00

© 2007 Universidade Paranaense - UNIPAR

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.

Diagramação:

Coordenadora de Editoração e Divulgação Científica

Milene Andréa Kades de Oliveira

Marcos Antonio Ribeiro Pereira

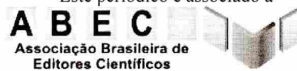
João Luiz Mariani

Fabiana Moscardi Pelegrinelli

Leticia dos Santos

Aceita-se permuta

Este periódico é associado à



A772 Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR /
Universidade Paranaense. – Vol.1, no.1 (set./dez. 1997)-
. – Umuarama : UNIPAR, 1997-
v. ; 29,5cm.

Quadrimestral

Descrição baseada em: Vol. 9, no. 2 (maio/ago. 2005).

ISSN 1415-076X

1. Ciências Médicas – Periódicos. I. Universidade Paranaense.

(21 ed) CDD: 610

ARQUIVOS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIPAR

ÓRGÃO DE DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE PARANAENSE

INSTRUÇÕES PARA AUTORES

Submissão

A revista Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR publica trabalhos inéditos nas áreas das Ciências Biomédicas e da Saúde.

Os artigos podem ser redigidos em português, em inglês ou em espanhol e não devem ter sido submetidos a outros periódicos. Os trabalhos devem ser enviados por meio do Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas - SEER (<http://revistas.unipar.br/saude>), por e-mail (arqsaude@unipar.br) ou remetidas pelo correio, sendo três cópias impressas e uma em disquete ou CD para Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar, Universidade Paranaense.

Praça Mascarenhas de Moraes, 4282. 87502-210, Umuarama - PR. Deve ser encaminhada, junto ao trabalho, uma carta de submissão assinada por todos os autores, segundo a ordem de apresentação.

Os originais serão submetidos ao Conselho Editorial e ao Conselho de Consultores que se reserva o direito de avaliar, sugerir modificações para aprimorar o conteúdo do artigo, adotar alterações para aperfeiçoar a estrutura, clareza e redação do texto e recusar artigos. Todas as informações apresentadas pelos autores são de sua exclusiva responsabilidade.

Apresentação dos originais

Os artigos devem ser digitados, utilizando-se o programa MS-Winword 7.0, com fonte TNR 12, espaço 1,5, em folha tamanho A4, com margens de 2 cm, indicando número de página no rodapé direito. Os originais não devem exceder 25 páginas, incluindo texto, ilustrações e referências.

A primeira página deve conter o título do trabalho, nome completo do(s) autor(es), identificação profissional, endereço para correspondência, telefone e e-mail.

Na segunda página deve constar o título completo do trabalho, o resumo e as palavras-chave, em português e em inglês, omitindo-se o(s) nome(s) do(s) autor(es).

As figuras, quadros e/ou tabelas devem ser numerados seqüencialmente, apresentados no corpo do trabalho e com título apropriado. Nas figuras o título deve aparecer abaixo das mesmas e, nos quadros ou tabelas, acima. Todas as figuras devem apresentar resolução mínima de 300 dpi, com

extensão .jpg. Figuras coloridas serão custeadas pelo autor.

Todas as informações contidas nos manuscritos são de inteira responsabilidade de seus autores. Todo trabalho que utilize de investigação humana e/ou pesquisa animal deve indicar a seção MATERIAL E MÉTODO, sua expressa concordância com os padrões éticos, acompanhado da cópia do certificado de aprovação de Comissão de Ética em Pesquisa registrada pela CONEP, de acordo com o recomendado pela Declaração de Helsink de 1975, revisada em 2000 e com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Estudos envolvendo animais devem explicitar o acordo com os princípios éticos internacionais (International guiding principles for biomedical research involving animals), bem como o cumprimento das instruções oficiais brasileiras que regulamentam pesquisas com animais (Leis 6.638/79, 9.605/98, Decreto 24.665/34) e os princípios éticos do COBEA (Colégio Brasileiro de Experimentação Animal).

Artigo original (originado de trabalho experimental ou pesquisa de campo) deve conter:

1. Título; 2. Título resumido com no máximo 50 caracteres; 3. Resumo com no máximo 250 palavras e Palavras-chave; 4. Introdução; 5. Material e Método; 6. Resultados (este item pode conter, além de texto, tabelas, quadros e figuras); 7. Discussão; 8. Conclusão; 9. Referências.

Artigo de revisão (levantamento bibliográfico com análise crítica sobre um assunto específico) deve conter:

1. Título; 2. Título resumido com no máximo 50 caracteres; 3. Resumo com no máximo 250 palavras e Palavras-chave; 4. Introdução; 5. Desenvolvimento; 6. Considerações Finais; 7. Referências.

Relato de caso (apresentação dos fatos de uma observação com metodologia científica) deve conter:

1. Título; 2. Título resumido com no máximo 50 caracteres; 3. Resumo com no máximo 250 palavras e Palavras-chave; 4. Introdução; 5. Relato de Caso; 6. Discussão; 7. Conclusão; 8. Referências.

Notas (atividade ou opinião apresentada sem definição de conclusão) deve conter:

1. Título; 2. Título resumido com no máximo 50 caracteres; 3. Resumo com no máximo 250 palavras e Palavras-chave; 4. Introdução; 5. Comentários; 6. Referências.

Citações:

Todas as citações presentes no texto devem fazer parte das referências e seguir o sistema autor-data (NBR 10520, ago. 2002). Nas citações onde o sobrenome do autor estiver fora de parênteses, escrever-se-á com a primeira letra maiúscula e o restante minúscula e, quando dentro de parênteses, todas maiúsculas, da forma que segue:

1. Citação direta com até três linhas - o texto deve estar entre aspas. Ex.: Segundo Uchimura et al. (2004, p. 65) "o risco de morrer por câncer de cérvix uterina está aumentado a partir dos 40 anos".
2. Citação direta com mais de 3 linhas - deve ser feito recuo de 4 cm, letra menor que o texto, sem aspas. Ex.:

O comércio de plantas medicinais e produtos fitoterápicos encontra-se em expansão em todo o mundo, em razão de diversos fatores, como o alto custo dos medicamentos industrializados e a crescente aceitação da população em relação a produtos naturais. [...] grande parte da população faz uso de plantas medicinais, independentemente do nível de escolaridade ou padrão econômico. (MARTINAZO; MARTINS, 2004, p. 5)

3. Citação indireta - o nome do autor é seguido pelo ano entre parênteses. Ex.: Para Lianza (2001), os DORT frequentemente são causas de incapacidade laborativa temporária ou permanente.
4. Citação de citação - utiliza-se a expressão apud, e a obra original a que o autor consultado está se referindo deve vir em nota de rodapé. Ex.: O envelhecimento é uma realidade que movimenta diversos setores sociais (GURALNIK et al. apud IDE et al., 2005)
5. Citação com até três autores deve aparecer com ponto e vírgula entre os autores, exemplo: (SILVA; CAMARGO)
6. A citação com mais de três autores deve aparecer o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.