

A esquizofrenia na perspectiva dos cuidadores

Schizophrenia in the perspective of caregivers

Marcelo Machado de Almeida¹, Alberto Mesaque Martins², Celina Maria Modena³

Resumo

Este estudo tem por objetivo compreender as concepções de cuidadores sobre o processo de adoecimento por esquizofrenia. Na perspectiva da Pesquisa Qualitativa e da Antropologia da Saúde foram entrevistados 15 cuidadores de pacientes que utilizavam um serviço de saúde mental do município de Lagoa da Prata – MG. Os resultados revelam que para os cuidadores a esquizofrenia refere-se a uma doença grave e de difícil compreensão. Nesse sentido, aspectos biológicos, sociais e comportamentais foram apontados como elementos chave para explicações acerca da etiologia dessa enfermidade. Os entrevistados demonstraram grande preocupação quanto à evolução do quadro clínico, marcada pela incerteza da manutenção dos cuidados. Os participantes também chamaram a atenção para a fragilidade no diálogo e na comunicação com a equipe de saúde. Observa-se então a necessidade de maior

investimento em ações educativas no âmbito da saúde mental que considerem não apenas os conhecimentos científicos, mas que também levem em conta os saberes já construídos na prática cotidiana pelos cuidadores.

Palavras-chave: Esquizofrenia. Cuidadores. Saúde Mental.

Abstract

This study aims to understand the views of caregivers about the disease process in schizophrenia. From the perspective of Qualitative Research and Anthropology of Health were interviewed 15 caregivers of patients who used a mental health service in the city of Lagoa da Prata - MG. The results show that for the caregivers the schizophrenia refers to a serious disease difficult to understand. In this sense, biological, social and behavioral elements were identified as key explanations of the etiology of this disease. Respondents showed serious concern about your clinical course, marked by uncertainty of maintenance care. Participants also pointed to the fragility of in dialogue and communication with the health team. There is then the need for greater investment in educational activities within mental health to consider not only scientific knowledge but also take into account the knowledge

1 Médico Psiquiatra. Mestre em Ciências da Saúde - Centro de Pesquisas René Rachou (CPqRR) – Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ – MG

2 Psicólogo. Mestrando em Psicologia. Membro do Laboratório de Educação em Saúde e Ambiente (LAESA) do Centro de Pesquisas René Rachou (CPqRR) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – MG e do Núcleo de Gestão em Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

3 Psicóloga. Pós Doutorado em Saúde Coletiva, Professora Adjunta do Curso de Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Orientadora do Programa de Pós Graduação do Centro de Pesquisas René Rachou (CPqRR) – Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ – MG.

already constructed in everyday practice by caregivers.

Keywords: Schizophrenia. Caregivers Family. Mental Health.

Introdução

Desde a idade antiga existem relatos de sinais e sintomas parecidos ao que hoje denomina-se de esquizofrenia. Mas, é somente no século XVIII que se começa a considerar os sintomas psíquicos e se inicia o interesse em classificá-los, conceituá-los e tratá-los¹. Tradicionalmente, os pacientes com transtornos mentais graves, como a esquizofrenia, eram tratados sob regime de isolamento, tendo em vista a suposta periculosidade oferecida e ainda como uma tentativa de manter a ordem moral e pública².

Entretanto, a partir da década de 1960, ganha força, na Itália, o Movimento de Reforma Psiquiátrica que questionava a atenção aos pacientes em regime de isolamento, propondo novos dispositivos terapêuticos. O movimento tinha como um dos pressupostos a desospitalização dos enfermos, a desconstrução do paradigma da loucura e a valorização do sujeito com o seu sofrimento^{2,3}.

À medida que o Movimento da Reforma Psiquiátrica nos moldes italianos avançava no Brasil e conquistava seus ideais, os pacientes eram devolvidos às suas famílias, contribuindo para a redução e fechamento de leitos e hospitais psiquiátricos bem como para a construção de novos modelos de atenção em saúde mental³⁻⁵. Desse modo, os cuidadores passam a desempenhar um importante papel na reinserção social dos pacientes e, ainda, na manutenção da assistência e do cuidado em saúde^{6,7}.

Analisando a atividade de cuidado em saúde mental, diversos estudos vêm constatando a elevada sobrecarga objetiva e subjetiva de cuidadores de pacientes psiquiátricos^{8,9}. 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/paciente¹⁰.

Dada a proximidade dos cuidadores do processo de adoecimento e dos serviços de saúde mental, os mesmos também são levados a produzir saberes e produzir sentidos que contribuem para os diferentes modos de se posicionar em relação à enfermidade e nas estratégias de enfrentamento e a busca dos serviços de saúde^{10,11}. Nessa perspectiva, este estudo tem por objetivo compreender as concepções de cuidadores sobre o processo de adoecimento por esquizofrenia.

Métodos

Optou-se pela pesquisa qualitativa tendo em vista o seu potencial para aprofundar-se no mundo dos significados, motivos, crenças, concepções, valores e atitudes¹². A pesquisa foi orientada pelo referencial teórico da Antropologia da Saúde, proposta por Helman¹³. Para esse autor, ainda que compartilhem a mesma origem sociocultural, usuários e profissionais de saúde possuem visões distintas acerca do processo de adoecimento.

Desse modo, as práticas de saúde configuram-se como o encontro entre sujeitos, bem como entre suas histórias individuais e coletivas, sendo marcadas então, por suas crenças, valores e representações. O deparar-se com a

enfermidade leva o sujeito e todo o seu contexto a se reposicionar frente ao adoecimento, conferindo-lhe significados e desenvolvendo modos rotineiros de lidar com a situação¹²⁻¹⁴.

O estudo foi realizado no município de Lagoa da Prata, situado na região centro-oeste de Minas Gerais, com uma população de aproximadamente 44.000 habitantes¹⁵. O serviço de saúde mental do município iniciou seus trabalhos em 1997, 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. Na ocasião da pesquisa, 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.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cuidadores de pacientes diagnosticados com esquizofrenia, selecionados a partir de critérios de amostragem intencional¹². Os pares compostos por cuidadores e pacientes foram identificados a partir dos prontuários arquivados no CAPS.

Os critérios de seleção utilizados foram: cuidar de um paciente com esquizofrenia, residir no município de Lagoa da Prata e concordar com a participação no estudo. As entrevistas foram construídas considerando-se as características sócio-demográficas da população atendida no CAPS, tendo como eixo norteador as concepções dos cuidadores acerca do processo de adoecimento e o exercício do cuidado.

O número de participantes foi determinado a partir dos critérios de saturação e singularidade do discurso¹². Nessa perspectiva, o número adequado de entrevistas deve ser entendido como aquele capaz de refletir a totalidade nas suas dimensões, havendo a suspensão da inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa repetição¹².

Ao final foram entrevistados 15 cuidadores, sendo nove mulheres e seis homens com renda familiar de um a cinco salários mínimos, baixa escolaridade e idade média de 48 anos (25-84). Quanto ao vínculo familiar com o paciente, cinco eram irmãos, quatro eram genitores, dois eram cônjuges, dois eram filhos, um era tio e um, apesar de não ser familiar, pertencia à rede social do paciente.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e em seguida, analisadas na perspectiva da Análise de Conteúdo¹⁶. Nesse sentido realizou-se uma leitura exaustiva das transcrições buscando construir as categorias temáticas e as unidades de significado que orientaram o processo interpretativo do material¹⁶.

Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para garantia do anonimato os nomes dos cuidadores foram substituídos por nomes de pedras preciosas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Pesquisa René Rachou-FIOCRUZ, pelo parecer 02/2008, protocolo 01/2008 em concordância com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

Nosologia: os cuidadores frente à esquizofrenia

O ato de definir um indivíduo como doente encontra-se alicerçado num conjunto de sinais, percebidos e interpretados socialmente. Assim, o que é tido como “normal” em um determinado contexto pode ser considerado “patológico” em outro. Para Helman¹³ a identificação dos doentes implica numa série de experiências subjetivas, seja no âmbito da estética e funcionamento do corpo ou ainda, em mudanças comportamentais e emocionais.

Tratando-se das enfermidades mentais, as mudanças comumente percebidas referem-se aos estados emocionais incomuns ou exagerados ou ainda mudanças de comportamento em relação ao grupo social¹³. Durante as narrativas, os entrevistados relataram o momento em que perceberam comportamentos destoantes dos pacientes, causando estranhamento e revelando o adoecimento.

“Ficava xingando os outros, implicando com os vizinhos. Falava coisa que nem ela sabia, nem a gente sabia o quê que ela tava falando” (Topázio)

“Ela saía, falava coisas sem sentido, sabe. Eu tinha uma dificuldade porque ela não alimentava, ela não dormia, ela saía, ficava sentada nos cantos da praça. Falava que havia uma perseguição, que tinha que procurar aonde que o povo reunia” (Esmeralda)

Apesar dos entrevistados compartilharem a certeza de que algo fugia à “normalidade” no comportamento do indivíduo

que cuidavam, os mesmos alegaram desconhecer o que acometia estes sujeitos. Entretanto, este desconhecimento não impossibilitou os sujeitos de criarem e construírem ideias e nomes substitutos que possibilitassem dar um sentido ao fenômeno com o qual se deparavam e também compartilhar ao seu grupo o processo de adoecimento. Nesse sentido, ao referirem-se à doença, os cuidadores utilizaram termos como: “depressão”, “quadro epilético”, “doidura”, “loucura”, “problema da cabeça”, “nervoso”, “fraqueza”, dentre outros. Tais adjetivos mostram-se como substitutos do discurso da ciência, socialmente aceitos como sinônimos do adoecimento mental e dizem respeito ao conjunto de sintomas observados, sendo também encontrados na literatura científica^{17,18}.

Deve-se considerar que os pacientes e seus cuidadores recorrem aos profissionais de saúde não apenas no intuito de obter um tratamento, mas, sobretudo, para receber uma explicação e um nome que possa enquadrar e classificar a enfermidade¹⁹. Ao receber um nome, a enfermidade passa a adentrar o mundo simbólico dos cuidadores, levando a uma organização dos pensamentos, sentimentos e ações em relação ao doente. Nesse sentido, compreender melhor a doença pode dar mais segurança e sentimento de controle ao cuidador¹⁹.

Percebeu-se ainda que o fato da esquizofrenia não ser diagnosticada em exames laboratoriais ou computadorizados gera grande sentimento de angústia e incerteza para os cuidadores. Esse sentimento reflete a forte adesão dos cuidadores a um modelo de saúde estritamente biomédico e tecnicista, onde há uma supervalorização das tecnologias duras²⁰.

“A gente já fizemos duas tomografias dele computadorizada. Não deu nada. Fez eletro, não deu nada. Talvez seja o caso a gente fazer ressonância magnética pra ver se tem alguma coisa. Até hoje não descobriu nada nos exames que fez... tenho esperança se aparece o que ele tem(...) talvez aparecia a doença dele, alguma coisa”. (Jaspe).

Encontrar uma localização visível e palpável da doença parece servir como um conforto para os cuidadores, já que, colocando-a no âmbito do material, a doença adquire a possibilidade de ser diagnosticada, mensurada e recebe uma direção de tratamento, assim como outras enfermidades do cotidiano dos cuidadores.

Etiologia: os cuidadores em busca de explicações para o adoecimento

Reconhecida a condição de enfermo e as limitações impostas pela esquizofrenia, outra dimensão se abre para os cuidadores: o “quê” ou “quem” teria criado condições para o surgimento da doença. Assim, é recorrente que, tanto os doentes, quanto os seus cuidadores procurem um sentido para o seu adoecimento, possibilitando a organização do cotidiano e a orientação em busca de tratamento¹⁹. Helman¹³ denomina de Teorias Leigas sobre as Causas de Enfermidade todas as explicações, científicas ou do senso comum, que visam dar conta de uma melhor compreensão do processo de adoecimento.

No presente estudo, os cuidadores relacionaram a esquizofrenia a determinações hereditárias, afetivas e, sobretudo, ao uso de álcool e outras drogas. A utilização de fatores genéticos e hereditários como modelo interpretativo

pode estar ancorada na observação empírica do contexto familiar constatando a presença de outros transtornos em membros familiares ou ainda, na apropriação do discurso da ciência que mostra que há uma maior predisposição ao processo da esquizofrenia.

“Penso que seja genético, vem de família, porque eu tenho um irmão que é mudo e que usa remédio” (Jaspe)

“Acho que é problema de família (...) ela tem uns três dentro da família assim que tem isto”. (Quartzo)

As causas afetivas foram enfatizadas e relacionadas a perdas de diversas ordens e, em alguns casos, foi atribuído a elas o fator desencadeante. Como há uma associação temporal entre eventos, os cuidadores tenderam a atribuir uma relação de causa e efeito entre a perda e o início do transtorno. Esta situação pode ser notada na fala de alguns cuidadores:

“Ele tinha uma namorada (...) Ela largou ele. (...) Nessa época ele adoeceu. Então não sei se pode ser ‘emocionamento’ por ter abandonado a moça ou a moça ter abandonado ele” (Âmbar)

“Morreu meu irmão... um ano depois morreu meu avô com câncer no esôfago. Aí acho que aquilo abateu demais ela. Aí ela foi ficando ruim” (Jade)

Concepções semelhantes foram evidenciadas em outros estudos^{17,21}, onde as perdas familiares também foram apontadas como causas psicossociais atribuídas por cuidadores familiares à esquizofrenia. Estas percepções encontram correspondência no modelo biomédico que estabelece eventos vitais e alterações

subjetivas na pessoa como fatores de risco para o desencadeamento das psicoses em geral, dentre elas a esquizofrenia²².

O consumo de substâncias psicoativas também foi apontado como causa da esquizofrenia. Os resultados no presente estudo corroboram os achados no trabalho de Matheus, Mari e Santos¹⁸ que analisando as concepções populares sobre a esquizofrenia no continente africano, aponta para a ideia da drogadição como fator que poderia causar ou piorar a esquizofrenia. Nesse sentido, a enfermidade estaria relacionada ao comportamento desviante dos indivíduos. Essa ideia pode ser traduzida nas seguintes falas:

“Eu imagino que seja por causa de droga (...) Na minha opinião foi as drogas que ele usou. (...) Acho que isso afetou o cérebro dele e veio a ter esse distúrbio”. (Diamante)

Os cuidadores ainda apontaram como um dos determinantes da eclosão da esquizofrenia, o cansaço mental. O significado deste conceito é amplo e subjetivo, mas diz respeito a situações em que o indivíduo fica sobrecarregado, cheio de “coisas na cabeça”, preocupações, como se a cabeça tivesse um espaço limitado a ser preenchido:

“Foi juntando tanta coisa na cabeça dela...” (Pérola)

“Ela tem muita inteligência, acho que foi acumulando e passa a ser exagerado” (Turmalina)

Matheus, Mari e Santos¹⁸ também identificaram em seu estudo uma categoria “cabeça cansada” e a relaciona com preocupações excessivas, dúvidas, medos, entre outros que pode acabar destruindo a

mente. Assim, para os cuidadores a gênese é um excesso de estímulos captados no ambiente seja através de preocupações ou de excesso de inteligência. Nessa direção, uma das entrevistadas chama a atenção para diversos eventos traumáticos envolvendo o paciente e elementos da natureza, atribuindo a estes últimos o desencadeamento da esquizofrenia.

“Ela foi ofendida de cobra, ela foi ofendida de cachorro, ela caiu no rio São Francisco cheio” (Turquesa).

As condições de trabalho também foram apontadas como elementos importantes no desencadeamento da esquizofrenia. Nesse sentido, a cuidadora aponta para a grande quantidade de agrotóxicos aos quais a paciente se expunha, contribuindo para o surgimento da enfermidade.

“Ela trabalhou no veneno também, tadinha! Dezesesseis anos na usina!” (Turquesa).

Esses dados revelam que embora com pouco acesso a informações científicas os cuidadores buscam em seu universo familiar construir sentidos e explicações que orientam os modos de agir com os pacientes. Cabe destacar que não foi objetivo desse estudo analisar o quanto essas concepções se aproximam ou se distanciam dos conhecimentos técnico-científicos. Por outro lado, ao considerá-las como saberes do cotidiano, essas concepções configuram-se como importante subsídio não apenas para as práticas de saúde.

Os cuidadores e as concepções acerca do prognóstico da doença

A esquizofrenia é um transtorno de evolução crônica possui um prognóstico

reservado, evoluindo muitas vezes para uma perda cognitiva progressiva¹. Os entrevistados demonstraram grande preocupação quanto à evolução do quadro clínico dos pacientes. O sentimento de dúvida quanto à evolução do quadro clínico parece estar relacionado à incerteza da manutenção dos cuidados, quando o cuidador atual não estiver mais presente ou quando este, por algum motivo, não se apresentar em condições de fazê-lo.

Esta preocupação vem sendo relatada em estudos semelhantes que apontam para a existência de uma preocupação constante, entre os cuidadores, quanto à substituição futura do cuidador e ainda o receio de que os pacientes, no futuro, sejam encaminhados para asilos ou tenham um futuro indeterminado^{10,24}. As falas abaixo revelam essa incerteza e preocupação:

“Aí eu fico assim, fica essa interrogação também pra mim. Como que será? Será que realmente eles vão piorar? Será que tem chances de melhora? Então eu também tenho essa dúvida” (Ametista)

“Sinceramente eu num creio que vai ter muito futuro não, eu já tô com pouco de esperança”. (Jade)

“Olha, pra te falar a verdade, se ele continuar do jeito que tá, eu acho que daqui um, dois anos, eu acho que ele vai tá louco” (Rubi)

No discurso de outros cuidadores, percebe-se que não existe a ideia de cura da esquizofrenia, mas sim de um controle, estabilidade. Essa concepção encontra-se fundamentada no discurso científico, disseminado na literatura específica e nos meios de comunicação, que aponta

para a inexistência da cura dos quadros esquizofrênicos.

“Pra mim, ela vai ficar assim: uma hora melhora, uma hora tem as crises. (...) Não sei se tem cura essa doença, mas eu acho que vai ter um controle né, mas ela vai ser sempre doente e eu vou ter sempre que cuidar dela”. (Jade)

“Eu, sinceramente, eu acho que ele não vai sair desse quadro. Pelo tempo do tratamento que ele tá fazendo, eu acho que desse quadro ele não sai” (Ônix)

Deve-se considerar que os cuidadores entrevistados relataram grandes dificuldades na busca por informações acerca da esquizofrenia. As falas dos mesmos refletem uma possível dificuldade no diálogo entre os profissionais de saúde e usuários, bem como seus respectivos cuidadores. Percebe-se então, que apesar dos avanços observados a partir da mudança nos modelos assistenciais, ainda persiste como grande desafio a transformação das práticas de saúde mental. Mais do que uma mudança de postura, essa transformação requer também intervenções sobre os processos e condições de trabalho que favoreçam a atuação profissional pautada no princípio da integralidade.

“Acho que mais de dez anos que ele tem essa doença e os médicos nunca sentou com minha mãe, explicou comé que é, nunca deu detalhes de como essa doença veio, sabe. Eu não sei como que é essa doença, se ela é hereditária, se ela é causada por alguma droga que ele usou ou por alguma pancada na cabeça. Eu não sei, minha mãe também num sabe”. (Diamante)

Observa-se a necessidade da construção de estratégias de educação em saúde que visem não apenas o esclarecimento acerca dos sinais e sintomas, mas que também possibilitem a circulação da palavra, a reconstrução de significados e a elaboração de sentimentos gerados pela difícil tarefa do cuidado. Estas estratégias devem estar alicerçadas no contexto sócio-cultural e econômico dos sujeitos e pautadas em perspectivas participativas que não se limitem à transmissão de informações.

Considerações Finais

A fala dos entrevistados revela que a esquizofrenia é percebida pelos cuidadores como uma doença grave e de difícil compreensão, contribuindo assim para dúvidas em relação à sua etiologia. Nesse sentido, os aspectos biológicos, sociais e comportamentais foram destacados pelos cuidadores como fatores que contribuem para o seu surgimento e sua evolução. Vale ressaltar que é a partir destes saberes, construídos e revalidados socialmente, que os cuidadores buscaram subsídios para concretizar o cuidado aos pacientes, revelando assim ser de fundamental importância a sua análise e compreensão.

Embora as mudanças nos modelos de assistência em saúde mental tenham possibilitado a construção de novas práticas assistenciais que priorizam a reinserção social dos pacientes, a Reforma Psiquiátrica ainda não encontra-se concluída e, portanto, ainda carece de importantes transformações. Os entrevistados, participantes desse estudo, chamaram a atenção para a fragilidade no diálogo e na comunicação com a equipe de saúde. As dúvidas não esclarecidas propiciam espaços para sentimentos

como medo e angústia, elevando assim a sobrecarga subjetiva do cuidado.

É preciso apostar na construção de espaços dialógicos nos serviços de saúde mental onde os profissionais de saúde, gestores, controle social, usuários e cuidadores possam refletir e intervir juntos na melhoria e transformação das práticas de cuidado. Embora complexa a interlocução entre os diferentes sujeitos e saberes parece configurar-se como um possível caminho para a construção de novas práticas de cuidado, possibilitando a efetividade dos princípios do Sistema Único de Saúde.

Referências

1. Sadock BJ, Sadock VA. *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto alegre: Artmed; 2006.
2. Barroso SM, Silva MA. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. *Rev. SPAGESP* 2011; 12:66-78.
3. Goulart MSB, Durães F. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. *Psicol. Soc.* 2010; 22(1): 112-120.
4. Amarante P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cad Saude Publica* 1995; 11(3): 491-4.
5. Torre EHG, Amarante P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo de saúde mental. *Cien Saude Colet.* 2006; 6(1): 73-85.
6. Cavalheri, SC. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(1): 51-57.
7. Rosa MA, Elkis H. Adesão em esquizofrenia. *Rev Psiq Clín.* 2007; 34(supl 2): 189-192.
8. Barroso SM, Bandeira M, Nascimento E. Sobrecarga de familiares de pacientes atendidos na rede pública. *Rev Psiq Clín.* 2007;. 34(6):270-277.
9. Awad AG, Voruganti LN. The burden of

- schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics* 2008; 26(2): 149-62.
10. Almeida MM, Schall VT, Martins AM, Modena CM. A sobrecarga de pacientes com esquizofrenia. *Rev Psiquiatria RS* 2010; 32(3): 73-79.
 11. Grandón P, Jenaro C, Lemos S. Primary caregivers of schizophrenia outpatients: burden and predictor variables. *Psychiatry Research*. 2008; 158: 335-43.
 12. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2007.
 13. Helman C. Cultura, saúde e doença. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
 14. Alves PCB, Rabelo MCM. Significação e metáfora na experiência da enfermidade. In: Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA (Orgs.). Experiência da doença e narrativa. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999.
 15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. O Brasil município por município. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acessado: jul 2012.
 16. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Martins Fontes; 2009.
 17. Villares CC, Redcko CP, Mari JJ. Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. *Rev. Bras. Psiquiatria*. 2009; 21(1): 36-47.
 18. Mateus MD, Santos JQ, Mari JJ. Popular conceptions of schizophrenia in Cape Verde, África. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2004; 27(2): 101-7.
 19. Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA (Orgs.). Experiência da doença e narrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
 20. Ayres, JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude soc.* 2004; 13(3): 16-29.
 21. Philips MR, Yougyun LI, Stroup TS, XIN L. Causes of schizophrenia reported by patients family members in China. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 20-5.
 22. Mcgorry PD, Edwards J. Intervenção precoce nas psicoses. São Paulo: Janssen-Cilag; 2002.
 23. Teixeira MB. Qualidade de Vida de familiares de cuidadores do doente esquizofrênico. *Rev. bras. enferm.* 2005; 58(2): 171-5.

Endereço para Correspondência:

Celina Maria Modena
Centro de Pesquisas René Rachou
Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ - MG
Av Augusto de Lima, 1715 sala 03 (anexo)
Barro Preto — CEP: 30.190-002
Belo Horizonte – MG
Email: celinamodena@ufmg.br e
celina@cpqrr.fiocruz.br