

Atitudes das Famílias Face aos Membros Portadores de Psicose: Estudo de caso do Hospital Psiquiátrico do Lubango e do Centro de Reabilitação Psicossocial do Lubango – Angola¹

 Helena Cosma da Graça Fonseca Veloso²

 Mangani Fineza André Lopes³

Recibo: 01.03.2024
Aceito: 05.03.2024
Publicado: 19.03.2024

Resumo. Este trabalho tem como objectivo conhecer atitudes das famílias face aos membros portadores de psicose do Hospital Psiquiátrico do Lubango e do Centro de Reabilitação Psicossocial de Arimba – Lubango. Em termos metodológicos usou-se a abordagem qualitativa e fez-se entrevista semiestruturada a oito sujeitos familiares de pessoas portadoras de psicose, foram encontrados nas instituições em que se realizaram a pesquisa, conforme acima referido, como acompanhantes dos seus familiares que padecem de psicose. Evidenciou-se que face aos sintomas psicóticos as famílias apresentam reações ou atitudes diversas. Em termos da componente comportamental face aos membros com psicose, as famílias agitam-se, tendem a se afastar da vítima, por falta de saber lidar com o desajuste dos seus parentes, sentem-se aborrecidas, agastadas e com vontade de abandoná-los. Na componente cognitiva evidenciou-se que alguns familiares acreditam que entre as causas da psicose são: feitiço, problemas familiares e pessoais, drogas, álcool entre outros. Quanto a componente afectiva. Percebe-se que viver com um familiar com psicose desperta sentimentos como aborrecimento, agastamento, medo, receio, raiva, tristeza, sentimento de impotência conforme os participantes se expressam. Houve também quem dissesse que se sente confortável face aos seus parentes com psicose.

Palavras-chave: Atitude; Psicose; Família; Cultura e Saúde mental.

Attitudes of families towards members with psychosis: a case study of the Hospital Psiquiátrico do Lubango and the Center for Psychosocial Rehabilitation of Lubango - Angola

Abstract. This work aims to understand the attitudes of families towards members with psychosis at the Lubango Psychiatric Hospital and the Arimba Psychosocial Rehabilitation Center – Lubango. In methodological terms, a qualitative approach was used and semi-structured interviews were carried out with eight subjects, family members of people with psychosis, who were found in the institutions where the research was carried out, as mentioned above, as companions of their family members who suffer from psychosis. It was evident that families present different reactions or attitudes when faced with psychotic symptoms. In terms of the behavioral component towards members with psychosis, families become agitated, tend to move away from the victim, due to a lack of knowing how to deal with the maladjustment of their relatives, they feel bored, upset and want to abandon them. In the cognitive component, it was evident that some family members believe that the causes of psychosis are spells, family and personal problems, drugs, alcohol, among others. As for the affective component. It is clear that living with a family member with psychosis awakens feelings such as boredom, distress, fear, trepidation, anger, sadness, feelings of impotence as the participants express themselves. There were also those who said they felt comfortable facing their relatives with psychosis.

Keywords: Attitude; Psychosis; Family; Culture and Mental health.

Actitudes familiares hacia los miembros con psicosis: Estudio de caso del Hospital Psiquiátrico de Lubango y del Centro de Rehabilitación Psicossocial de Lubango – Angola

Resumen. Esta investigación tiene como objetivo: reflexionar sobre la necesidad de contextualizar la psicología en el contexto africano. Este trabajo tiene como objetivo comprender las actitudes de las familias hacia los miembros con psicosis en el Hospital Psiquiátrico de Lubango y el Centro de Rehabilitación Psicossocial de Arimba – Lubango. En términos metodológicos, se utilizó un enfoque cualitativo y se realizaron entrevistas semiestructuradas a ocho sujetos, familiares de personas con psicosis, que se encontraban en las instituciones donde se realizó la investigación, como se mencionó anteriormente, como compañeros de su familia. miembros que sufren de psicosis. Se evidenció que las familias presentan diferentes reacciones o actitudes ante los síntomas psicóticos. En cuanto al componente conductual hacia los miembros con psicosis, las familias se agitan, tienden a alejarse de la víctima, por desconocimiento de cómo afrontar la inadaptación de sus familiares, se sienten aburridos, molestos y quieren abandonarlos. En el componente cognitivo, se evidenció que algunos familiares creen que las causas de la psicosis son hechizos, problemas familiares y personales, drogas, alcohol, entre otros. En cuanto al componente afectivo. Es claro que convivir con un familiar con psicosis despierta sentimientos como aburrimiento, angustia, miedo, inquietud, enojo, tristeza, sentimientos de impotencia en que los participantes se expresan. También hubo quienes dijeron sentirse cómodos enfrentando a sus familiares con psicosis.

Palabras clave: Actitud; Psicosis; Familia; Cultura y Salud mental.

¹ DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10838687>

² Universidade Católica de Angola (UCAN)

³ Universidade Católica de Angola (UCAN)

Introdução

Percebe-se que em Angola pouco ou quase nada se fala sobre os transtornos psicóticos e os seus portadores tanto nas conversas do dia-a-dia, bem como nos *media* (programas de televisão, rádio, nas conversas do dia-a-dia, etc.), apesar do grau de comprometimento que este quadro clínico acarreta conforme a APA (2014) faz referência através do DSM-V e das situações críticas a que muitos ficam submetidos, mesmo tendo suas famílias que os cuidariam.

Como diz Carvalho (2008), a forma como a família do doente vê a esquizofrenia influencia (positiva ou negativamente) o seu desenrolar do quadro clínico. Ou seja, comportamentos hostis e críticos dos familiares face ao doente podem influir para o atraso na procura pelo médico.

Estes elementos serviram de justificativa para se estudar cientificamente atitudes das famílias face aos seus membros portadores de psicose.

Acredita-se que a abordagem deste tema poderá contribuir para compreensão deste fenómeno e identificar possíveis soluções para o bem-estar das famílias.

Por isso, levantou-se o seguinte problema de pesquisa: quais as atitudes as famílias adoptam face aos membros portadores de psicose?

Objectivo geral: Conhecer as atitudes das famílias face aos membros portadores de psicose do Hospital Psiquiátrico do Lubango (HPL) e do Centro de Reabilitação Psicossocial de Arimba – Lubango (CRPAL). *Objectivos específicos:* identificar os comportamentos dos familiares face aos membros portadores de psicose; avaliar as crenças das famílias relacionadas às causas dos transtornos psicóticos e, compreender os sentimentos dos familiares face aos membros portadores deste transtorno mental.

Atitude

O termo atitude foi introduzido no século XIX na psicologia experimental e rapidamente tornou-se num dos principais conceitos da psicologia social (Askevis-Leherpeux, 2001).

Segundo Neto (2007) origina-se do latim aptitudo que quer dizer disposição natural para realizar determinadas tarefas.

Definir atitude não é uma tarefa fácil, mas Jain (2014, p. 2) diz: “*the study of attitude is gaining importance its influence over an individual’s behavior*”⁴.

É entendida como uma disposição interna do indivíduo face a um elemento do mundo, que orienta a conduta que se adopta em presença real ou simbólica do objecto de atitude (Askevis-Leherpeux, 2001).

Existem diversas teorias, mas aqui apontamos dois: Princípio da relação da dissonância cognitiva de Festinger e Formação reactiva.

Princípio da relação da dissonância cognitiva de Festinger. O princípio da relação da dissonância cognitiva de Festinger explica o que acontece na mente humana quando se depara com uma falta de concordância entre as suas crenças e experiências. O sujeito tenta reduzir a dissonância por: mudar de comportamento, mudar o ambiente, ajustando as próprias cognições, ou abandonar a dissonância (Martins, 2015).

“A dissonância mantém-se na proporção da atracção, pela alternativa rejeitada. A interação social é por si só um factor gerador de dissonância cognitiva, dada a diversidade de valores e de crenças expressas e assumidas pelos indivíduos” (Fachada, 2012, p. 372-374).

⁴ Estudar a atitude é importante porque influencia todo o comportamento do indivíduo.

Formação reactiva na perspectiva psicanalítica. A formação reactiva faz parte das teorias de atitude e pertence ao modelo psicanalítico que, segundo este, refere-se aos traços de carácter ou da personalidade de um indivíduo (Brusset, 2001).

Defende que o ego procura afastar o desejo que vai à determinada direcção. Isto é, o sujeito substitui o sentimento e impulsos inaceitáveis socialmente pelos seus opostos. Assim sendo, o desejo de ajudar e preocupar-se em apoiar os outros pode indicar um mecanismo de defesa (Gobbi, 2008).

Determinadas atitudes que a pessoa adopta em face de um fenómeno do meio tem como bases o inconsciente. Por serem reprováveis ou condenáveis pelo meio em que está inserido, o indivíduo manifesta reacções que vão contra o seu íntimo (Brusset, 2001).

As atitudes têm três componentes que são: componente cognitiva, componente afectiva e componente comportamental. A primeira refere-se a ideias, opiniões, crenças que ligam objectos de atitudes aos seus atributos ou consequências e que exprimem uma avaliação mais ou menos favorável; a segunda tem que ver as emoções e sentimentos provocados pelos objectos de atitudes e a terceira e última relaciona-se às intenções comportamentais que se podem manifestar (Vala & Monteiro, 2006, Askevis-Leherpeux, 2001, Rodrigues *et al.*, 2005 & May, 1992).

Família

A família é um grupo de indivíduos unidos por laços transgeracionais e interdependentes quanto aos elementos fundamentais da vida (Ruffiot, 2001).

No contexto africano, tem uma concepção abrangente, na medida em que podem incluir todos os parentes da linhagem directa e colateral paterna e materna, vivos e mortos (Santos, 2002 citado por Kundonguende, 2013).

A família é uma comunidade de pessoas que tem como base o amor. Assim, os seus membros (marido, esposas, pais, filhos, etc.) têm como a tarefa de viver empenhando-se pela união para fazer crescer e torná-la uma comunidade de pessoas salutareas (Secretariado Geral do Episcopado, s.d.).

Breve enquadramento sobre a psicose

As culturas primitivas tinham a concepção mágico-religiosa sobre a loucura (Santos, 2001 citado por Paulo & Melo, 2005).

A expressão psicose foi utilizada pela primeira vez em 1845, pelo psiquiatra austríaco Ernst Von Feuchtersleben (1806-1849) com intuito de substituir a palavra loucura e designar aos doentes da alma no ponto de vista da psiquiatria (Roudinesco & Plon, 1998).

Ao longo da história das doenças mentais muitos erros foram cometidos. As causas das mesmas eram atribuídas aos fenómenos sobrenaturais, à maldição de deuses e homens, ao acto heróico de criatividade e libertação. Até ao aparecimento dos asilos, a doença mental era um problema de esfera privada, encarada com secretismo e vergonha pelas famílias. Os loucos eram encarcerados nas próprias casas ou abandonadas à sua sorte em locais ermos e longínquos (Paulo & Melo, 2005).

Os portadores de transtornos mentais eram tratados com pouca simpatia, parecia não terem relações com o resto da humanidade, eram vistos como incómodos e ameaças. Os interesses da sociedade pareciam melhor protegidos se eles fossem segregados (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2003).

Refere-se ao desfecho de conflitos de um distúrbio nas relações entre o ego e o mundo externo (Freud, 1960/ 1925).

Ela define um sentido específico de constituição e funcionamento subjectivo que se opõe à neurose e os seus sintomas podem variar (Tenório, 2016).

Segundo May (1992) ela pode ser são orgânicas e outras são funcionais.

O quadro clínico da psicose tem a designação no DSM-V de perturbação do espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas (APA, 2014), que inclui transtornos como: perturbação esquizotípica (da personalidade), perturbação psicótica breve, perturbação esquizofreniforme, esquizofrenia, perturbação esquizoaffectiva, perturbação psicótica induzida por substância ou medicamento. Em termos de sintomas positivos (alucinações, os delírios, desorganização do pensamento e da comunicação) e sintomas negativos (o embotamento afectivo e a alogia) causando dificuldades de interação social e negligência nas actividades diárias e relação familiar. Os delírios referem-se a falsas crenças fixas da realidade e alterações do pensamento do indivíduo

Alucinações - são experiências alteradas da percepção que ocorrem sem um estímulo externo da realidade (ABRE, 2014).

Quanto às causas, o surgimento da neurologia deixou claro que a maior parte das doenças mentais não derivava de lesões neurológicas (Tenório, 2016).

Barbosa (2019) diz que para a medicina, a causa é orgânica incluindo a genética, entretanto para a psicologia é uma psicose latente.

Outro aspecto indicado por Araújo (2019) tem que ver o abuso de psicoestimulantes (cocaína, anfetamina, maconha, álcool, etc.).

Sobre as consequências, do ponto de vista social e da volição, dizer que, no primeiro caso, e por conta dos delírios e alucinações, as pessoas sentem-se desconfortadas, resultando no afastamento delas; no segundo, refere-se à perda de vontade de realizar actividades habituais (Barbosa, 2019).

Relativamente à cura, Neves e Santos (2017) dizem que para se conduzir um transtorno à cura, o clínico deve pautar pela compreensão sobre a doença e a condição patológica. A cura é um processo contínuo, em que o especialista tem como a missão sublime de acompanhar o sujeito na construção de uma nova forma de existência que o sustente.

Portanto, como se pode perceber, invés de se falar da cura propriamente dita da psicose, a discussão centra-se na construção de nova forma de vida. Tudo isso passa pelos diversos procedimentos de tratamento com recursos farmacológicos (antipsicóticos, alucinogênicos, hipnótico) e psicoterapias (individual, ocupacional, grupal) em espaços como hospitais psiquiátricos, centros de reabilitação psicossocial, sistema único de saúde, entre outros (Pimenta, 2019).

Cultura e as crenças

A cultura é um conjunto de práticas e representações características de um determinado grupo de pessoas (Lebaron, 2010).

Pimenta (2016, p. 35) entende – a “como o processo de produção de bens e valores materiais e espirituais que os seres humanos realizam dentro de um espaço geográfico e de um tempo determinado”.

A existência de ideias culturais que dirigem atitudes de uma pessoa em relação ao mundo à sua volta é um dos aspectos que distingue o homem dos seres irracionais (Titiev, 1960).

O povo bantu tende a recorrer ao curandeiro para curar magicamente a desordem da sua harmonia vital, por conta da crença de que a doença tem causa mística e por esta razão só o curandeiro, que actua como médico e adivinho, pode magicamente curar (Altuna, 2006).

O portador de psicose e algumas dimensões

Naturalmente, falar de um sujeito, portador de psicose, não se pode deixar de se tocar em aspectos como família, Sociedade, Cultura porque são dimensões inerentes a qualquer pessoa independentemente do estado de saúde.

A gravidade da crise de uma pessoa é conferida pelos familiares, por serem os primeiros a diagnosticarem o mal-estar dos seus membros, tentando tratá-los segundo as suas possibilidades (Carvalho, 2008). É comum os familiares chegarem às instituições de saúde apresentando sentimentos de negação, culpa, vergonha, raiva, medo, tristeza, impotência e solidão, sem saber como tratar os seus entes (ABRE, 2014).

Razão pela, “o trabalho com famílias é parte integrante e fundamental no cuidado em saúde mental, podendo ser decisivo para o curso de uma abordagem terapêutica a um sujeito em processo de adoecimento psíquico” (Pereira, 2018, p. 31).

Um estudo feito no Brasil revelou que diante da doença de um dos membros, a família lida com o cansaço, a impaciência, a incompreensão do transtorno mental que o familiar padece e o cuidado fica sob a responsabilidade de apenas um dos membros da família, o que resulta em sobrecarga a este (Brusamarello, Maftum, Alcântara, Capistrano & Pagliace, 2018).

Na mesma senda, Altuna (2006) diz que na sociedade bantu, a doença acarreta sentimento de culpa, medo de castigos sucessivos que geram angústia social, porque a família e a aldeia sentem-se comprometidas e responsáveis pela cura. Tendo um valor simbólico negativo, a doença, para o povo bantu indica sinal de perturbação social.

É fundamental que o ser humano seja compreendido em suas dimensões básicas, isto é, biológica (natureza) e socio-histórica (cultura) (Dalgarrondo, 2008). O contexto cultural no qual a pessoa se desenvolveu traz consigo um conjunto de valores, símbolos, atitudes, modos de sentir, de sofrer e formas de organizar a subjectividade (Brepohl, 2012).

O povo bantu, muitas vezes prefere a acção mágica dos curandeiros a medicina convencional para curar uma doença, por acreditar que, a medicina hospitalar, despreza a dimensão espiritual que dá origem à sua existência (Altuna, 2006). Visto que muitas vezes, nessa situação, a família também sofre, lidando até mesmo com a solidão, sobrecarga e medo causado pelo desconhecimento diante do que vivencia. É necessário que os profissionais se empenhem em ajudar a família para encontrarem a capacidade de resiliência (Pereira, 2018).

Segundo Brusamarello et al. (2018), face ao membro com transtorno, a família fica sem compreender o transtorno mental. Bessal e Waidmall (2013) acrescentam que muitas têm dificuldades de reconhecer a patologia (diagnóstico, causa, tratamento e prognóstico) e aprender sobre a abordagem de seu familiar em episódio de crise. Por outro lado, Altuna (2006) refere que a cultura bantu acredita que a doença tem causalidade mística e por esta razão só o curandeiro, que actua como médico e adivinho, pode magicamente curar.

Assim como alguns participantes responderam, Paulo e Melo (2005) apontam que as causas das doenças mentais eram atribuídas ao sobrenatural. As famílias enfrentam dificuldades de lidar com as crises, buscam ajuda profissional e espiritual e ficam desesperadas (Campana & Soares, 2015). Falando sobre doença mental Tengan e Maia (2004) afirmam que muitas vezes um doente acaba mobilizando vários sentimentos, como culpa, raiva, medo, vergonha, fracasso, entre outros.

Saúde mental no contexto angolano

Segundo o Ministério da Saúde de Angola (2012), através do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2012 -2025, a saúde mental é tão importante quanto à saúde física para o bem-estar dos indivíduos, das famílias e da sociedade em geral. As perturbações mentais representam cinco (5) das principais causas da morbilidade no mundo e já se previa que até

2020 houvesse um aumento nos países em desenvolvimento. Em Angola, não se sabe com exactidão a frequência de casos do género.

Os resultados definitivos do censo de 2014 indicou que, Angola tem dezoito (18) províncias, a sua extensão territorial é de 1. 247. 700 km², com uma população de 25. 789. 024 habitantes e estima-se que até em 2022 atinja 33.086.278, portanto o número tende a crescer vertiginosamente (INE, 2016a e 2016b).

Entretanto, Veloso (2018) diz que apenas cerca de sete (7) províncias de Angola (Luanda, Benguela, Malanje, Cabinda, Huila, Huambo e Bengo) possuem unidades de saúde mental. Por isso, a autora acrescenta: “Seria mais interessante que em cada uma das dezoito (18) províncias houvesse dois ou três serviços de referência, que de facto funcionassem” (p. 9).

Por ocasião do Dia Mundial da Saúde Mental em 2017, a directora da OMS para a África, Dr.^a Matshidiso Moeti salientou que na região africana, a ausência de informação, o estigma e as questões culturais são barreiras significativas que impedem as pessoas de procurar por ajuda (OMS, 2017).

Veloso (2018) refere que não existe treinamento regular para profissionais da área de saúde mental e de infraestrutura de serviços de ressociação ou de atenção comunitária à saúde mental. Isto se insere na lista de várias dificuldades que existem no país no campo da saúde mental. A autora enfatiza que, mais do que apelar às famílias a não abandonarem os seus membros com problemas de saúde mental, é necessário que se dê condições, oferecendo serviços de saúde mental eficientes.

Essa necessidade reforça a ideia de se criar locais de apoio, para esclarecimento de dúvidas, orientações e acolher as famílias e as pessoas com transtorno mental, para que se evite o adoecimento da família e o agravamento do quadro. A extensão universitária é chamada também a contribuir no desenvolvimento de dispositivos que facilitem o apoio social integrando o saber científico e o saber popular e colaborando na emancipação do sujeito (Brusamarello *et al.*, 2018).

Método

Fez-se um estudo descritivo com abordagem metodológica qualitativa. Usou-se a técnica de análise do discurso (AD). Fez-se pesquisa bibliográfica e de levantamento de dados. Sendo que, o primeiro trata-se de levantamento de toda a bibliografia já publicada, em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita que interessam ao tema (Lakatos & Marconi, 1992, Zassala, 2013). Enquanto que o segundo ocorre quando envolve a interrogação directa às pessoas cujo comportamento se deseja conhecer através de algum tipo de questionário (Prodanov & Freitas, 2013).

Campo de estudo

Os locais em que se realizou a recolha de dados foram o Hospital Psiquiátrico do Lubango (HPL), localiza-se na zona suburbana da comuna de Poiães, município do Lubango, província da Huíla, é um empreendimento social público inaugurado desde 2016, apresenta uma estrutura definitiva, com treze (13) salas de internamento, 60 camas. Presta os serviços de internamento e consultas externas.

Centro de Reabilitação Psicossocial de Arimba-Lubango, ambas as instituições citadas na província da Huíla (CRPAL), localiza-se na mesma zona. Funciona desde 2018, pertence às Irmãs Hospitaleiras da igreja Católica.

População/ participantes

População é a totalidade de indivíduos que possuem as mesmas características definidas para um determinado estudo (Prodanov & Freitas, 2013). Foram entrevistados oito (8) participantes.

Estes foram encontrados nas instituições estudadas como acompanhantes dos seus familiares com psicose enquanto faziam as consultas de rotina.

Procedimentos

O projecto foi submetido à apreciação do Comité de Ética em Investigação em seres humanos da Universidade Católica de Angola (UCAN). O estudo foi realizado no período de 10 a 20 do mês de Setembro de 2019.

Instrumentos

Fez-se uso da entrevista semiestruturada. Este instrumento como técnica de colecta de dados permite conhecer a opinião, o sentimento ou o significado da pessoa sobre os fatos e conhecer o seu comportamento (Zassala, 2013). Foi gravada em formato de áudio por meio de um telemóvel com capacidade para o efeito. Dos dados foram tratados através do programa Microsoft Word.

Resultados do estudo

Foram entrevistadas oito (8) pessoas de diferentes graus de parentescos com pessoas portadoras de psicose, nomeadamente: irmãos, filhos, cônjuges e pais, no Hospital psiquiátrico do Lubango – Huíla e Centro de Reabilitação Psicossocial de Arimba-Luango, na condição de acompanhantes, enquanto faziam as consultas ambulatoriais de rotina. Alguns participantes residem na referida província e outros fora, mas nas fronteiras, como Cunene, Namibe, Huambo e Benguela.

Categoria 1: Componente Comportamental

A componente conativa ou comportamental (tendência para acção) refere-se às intenções comportamentais que se podem manifestar (Askevis-Leherpeux, 2001).

Subcategoria 1.1: reacção inicial dos familiares

“No princípio, as pessoas ficam agitadas, né?! Vamos acompanhando o paciente. Acompanhamos, acompanhamos, mas pelas coisas que ele faz nós achamos que ele está a fazer de propósito, as pessoas começam a se afastar... há momento que a pessoa fica aborrecida. Por exemplo, no meu caso mesmo estou desgastada, des-gas-ta-da (soletrou, mostrando o quanto se encontrava cansada de lidar com o seu familiar doente). Quanto mais até para aparecer aqui foi um esforço total, porque eu já tinha abandonado ele” (F.1).

“Ela era muito agressiva, nós pensávamos que estava a alterar o seu estado, mas não tínhamos conhecimento que era uma doença, vimos como se fosse uma coisa normal, mas quando vimos que estava a piorar levamos a uma psicóloga, mas como vimos que não estava a melhorar decidimos trazer ao Hospital e começámos a ver evolução e a ficar mais calma” (F.2).

“... não se pensava que talvez fosse esse transtorno mental. Via-se que... era uma coisa passageira, mas então quando víamos que as coisas num estava a melhorar, então a preocupação foi... ir ter com psicólogo e assim nos dirigimos logo na psiquiatria” (F.3).

“... cuidar dela era memo muito trabalhoso. Era preciso falar vai para casa de banho, vamos para cama dormir, agora já não. Se não antes era preciso falar lava aí, lava aqui, mas graças a Deus, já não é preciso” (F.6).

Subcategoria 1.2: O impacto do transtorno na família

“... Há momento que a família fica assim um pouquinho afastada dele... ele tem um irmão que lhe segue... a vida dele é discutir... cada um agora está por si, ninguém agora liga o outro” (F.1).

“Afectou sim senhora a estrutura da família, porque nós ficávamos sem entender qual era o motivo da agressividade, então todo mundo ficava na defensiva. Ela ficou isolada, ficou sozinha... então começaram a se afastar...” (F.2).

“a minha família quase toda me abandonaram a partir dos pais até o irmão. Só fiquei praticamente com a família da minha esposa, se não os meus familiares não queriam que eu continuasse com a minha esposa...” (F.3).

Categoria 2: Componente cognitiva

A componente cognitiva refere-se a julgamento, ideias, opiniões, crenças e saberes que ligam objectos de atitudes aos seus atributos ou consequências e que exprimem uma avaliação mais ou menos favorável. (Vala & Monteiro, 2006).

Subcategoria 2.1: crenças sobre as causas da psicose

“Vou pro lado de nós africanos. Foi mesmo de feitiçaria...” (F.1).

“O que causa essa doença é alguma coisa ou perdeu alguma coisa ou descobriu alguma coisa... alguma dor mesmo é que causa isso pelo menos no nosso caso, não acredito muito por aí, mas pode ser...” (F.2).

“... São várias causas, principalmente nós aqui angolanos. Nós passamos por várias situações difíceis... Acredito que uma das causas é por forças espirituais... no caso dela (a esposa) foi mesmo lembranças muito triste...” (P.3).

“Na minha sugestão, isso tudo são demônios. Porque satanás é que entra no corpo da pessoa mete lá demônios, que faz com que essa pessoa fica coiso. Eu acho que problemas psicológicos é problema de demônios, mas não é problema dizer que é a mente, não. É demônio que entra na pessoa e ficam a falar e a comandar essa pessoa” (F.4).

“Conseguimos entender que a fonte é de feitiçaria. Alguns dizem que tinha prometido matar a mãe então não lhe deu certo, sentiu pena da mãe, é quando lhe virou lá. Agora num sei se é verdade ou é mentira então só estamos no alheio” (F.5).

“Vem por muitas coisas. No caso dela (a irmã), eu me deu a entender que é memo problemas no lar, eu não sei se é depressão, só não consigo explicar... Eu acho que sim pode originar... problemas com parceiro, feitiçaria” (F.6).

“Na minha opinião, essa doença vem memo através do álcool e depois fumar esses tabacos fortes que estraga hoje em dia os jovens” (F.7).

“Eu, eu, eu... africano, eu cristão. Algumas pessoa costuma dizer essa doença precisa de tratamento tradicional quando alguém que quis fazer algum, algum mal depois essa doença vira contra ele. Precisa de um doutor tradicional, mas é uma doença que vem por stress... na nossa família ouvi os nossos avós tem um que tinha esse problema e ela não é a única que está com essa doença. Essa doença é familiar” (F.8).

Subcategoria 2.2: crenças sobre a cura da psicose

“... Só crendo, só tendo fé, com ajuda do hospital, tomando alguns calmantes nê?! É acreditando em si próprio, porque a libertação depende também dela, só assim é que ela vai conseguir ser libertada, ser curado” (F.1).

“Acho que não, acho que não porque os pacientes que vêm aqui... ficam bem. Então acho que se fosse por aí (curandeiros) estariam bem, mas pioram” (F.2).

“Não aconselho ir buscar porque o poder que eles usam são maus” (F.3).

“Não, porque eu não acredito... práticas místicas, quimbandeiro e de Satanás eu só acredito em Deus.” (F.4).

“É mentira, esta menina... ficou 4 anos acorrentada e 4 anos no quimbandeiro...” (F.5).

“Nada, estávamos lá (no quimbandeiro)... até primeiro aqui ignorávamos, fomos nos quimbandeiros...” (F.6).

“Esses tradicionais é bom, mas algumas vezes nesses tradicionais trás problemas, às vezes ele vai dizer que prima que esta a te fazer isso, afinal não é... ele não vai dizer que essa doença eu não posso curar, te pede dinheiro...” (P.8).

Categoria 3: Componente afectiva

A componente afectiva (sentimentos favoráveis ou desfavoráveis) refere-se às emoções e sentimentos provocados pelos objectos de atitudes (Rodrigues et al., 2005).

Subcategoria 3.1: Sentimento de viver com o familiar com psicose

“É um bocadinho complicado porque a pessoa nunca sabe em que momento é que isso li ataca, porque nós temos crianças, a pessoa sai... encontra algo acontece... bater nas crianças ou parte as coisas de casa, é um bocadinho difícil” (F.1).

“Não há motivo para eu deixar ela” (F.3).

“É muito... um pouquinho constrangido porque eu vejo ela a tirar pedras, vejo ela a querer discutir. O meu coração fica preocupado, agitado, não sei como explicar como eu sinto” (F.4).

“Ele não complica...” (F.5).

“Infelizmente, eu quero viver com ela, mas infelizmente vivo com os meus filhos... ela vive onde é que ela está e eu vou lhe ajudar aonde vou lhe ajudar” (F.8).

Conclusões

A pertinência deste estudo reside no facto de que os resultados poderão contribuir no aprofundamento do conhecimento sobre como muitas famílias lidam ou vivenciam a experiência de ter um membro da família no quadro clínico da psicose, principalmente em Angola onde o estudo sobre o fenómeno e serviços disponíveis são bastante exíguos. Este estudo teve como objetivo geral conhecer atitudes das famílias face aos membros portadores de Psicose.

Os participantes entrevistados são pais, irmãos, cônjuges de pessoa com psicose. Alguns residem na província de Huíla, outros vivem nas províncias vizinhas, como Cunene, Huambo e Benguela. O que reflecte que estas famílias fazem muitos esforços, percorrendo longas distâncias para encontrar serviços especializados e o esforço que fazem para o bem-estar dos seus parentes.

Os participantes têm como ocupação a agricultura, a pastorícia e o comércio informal. Reflectindo que pertencem à classe de renda baixa, realidade que torna mais difícil ter que arcar com os custos financeiros inerentes ao transtorno.

Estes dados espelham a escassez de serviços afins para a população que vive em Angola e a necessidade que há de se implementar em cada uma das dezoito (18) províncias de Angola, serviços de referência e centros de atenção de saúde mental em todos os municípios do país que sejam funcionais, como diz Veloso (2018).

Quanto ao comportamento ou a intenção de manifestá-lo face aos sinais ou sintomas psicóticos nos momentos iniciais, os familiares entrevistados revelaram que diante da situação as pessoas agitam-se, tendem a se afastar da vítima, por falta de saber lidar com o desajuste dos seus parentes, sentem-se aborrecidas, agastadas e com vontade de abandoná-los. Ainda sobre a componente comportamental constatou-se que face ao quadro clínico de psicose que os seus membros padecem, a estrutura da família tende a fragilizar-se.

Giacon (2009) diz que nesta circunstância a família fica desesperada e sente a falta de motivação, tornando a família totalmente presa à situação e incapaz de chegar a uma solução.

As narrativas dos familiares provam o que Carvalho (2008) diz, isto é, a gravidade da crise é conferida pelos familiares, por serem os primeiros que diagnosticam o mal-estar de um dos seus membros, procuram tratá-los segundo as suas possibilidades. Se os mesmos adoptarem comportamento adverso e crítico para com o doente, podem influir para o atraso na procura pelo médico.

De acordo com a pesquisa de Campana e Soares feita entre 2010 a 2015, as famílias enfrentam dificuldades de lidar com as crises, buscam ajuda profissional e espiritual e ficam desesperadas, além do sofrimento (Campana & Soares, 2015).

Assim sendo, fica evidente que toda a crise psicose causa desequilíbrio na relação familiar, a necessidade de reorganização das inter-relações e uma descoberta de novas formas de funcionamento dela (Carvalho & Costa, 2008).

Notou-se uma atitude que indica dissonância cognitiva na medida em que embora pensem em abandonar, os familiares levam os seus parentes com psicose às consultas e cuidam-lhes de modo geral. Agem em oposição aos seus pensamentos por ajustarem as suas cognições (Martins, 2015).

Na visão da psicanálise esta atitude pode significar um mecanismo de defesa, neste caso, a formação reactiva. Alguns agem em oposição a sua posição interna para evitar que sejam julgados. Mas importa referir que, para a sociedade bantu, diz Altuna (2006), a doença acarreta uma carga de sentimentos de culpa, medo de castigos sucessivos que geram angústia social porque a família e a aldeia sentem-se comprometidas e responsáveis pela cura.

Entretanto, existem factores que podem contribuir para as predisposições internas ou atitudes que se traduzem ou não no comportamento como o pouco conhecimento sobre a perturbação, a influência cultural, a escassez de informações sobre os transtornos mentais.

Assim sendo, a entrevista feita aos familiares permitiu constatar que em termos da componente comportamental, na fase inicial do transtorno, ou seja, quando se começa a manifestar os sintomas psicóticos, as famílias ficam agitadas, tendem a se afastar da vítima, por falta de saber lidar com o desajuste do seu parente e com vontade de abandonar. Além disso, alguns acham que o membro com psicose faz coisas de propósito e que dão muito trabalho. Carvalho (2008) diz que a gravidade da crise é conferida pelos familiares, por serem os primeiros que diagnosticam o mal-estar de um dos seus membros.

A psicose na família impacta de tal maneira que do ponto de vista do comportamento da família, em alguns casos, a relação fica fragilizada, ou seja, algumas ficam desestruturadas, as famílias dividem-se. Por este motivo, Pereira (2018) refere à importância de se incluir a família nos cuidados à saúde mental, pois isso pode ser decisivo no curso do transtorno do sujeito.

Ao nível da componente cognitiva, evidenciou-se que, alguns familiares acreditam que uma das causas da psicose é feitiçaria, outros apontaram outras causas como problemas familiares, pessoais, drogas, álcool, etc. e ainda outros se mostraram divididos. Este aspecto está relacionado com o que dizem Brusamarello *et al.* (2018), que face ao membro com transtorno, a família fica sem compreender o transtorno mental.

Bessal e Waidmall (2013) acrescentam que muitas têm dificuldades de reconhecer a patologia (diagnóstico, causa, tratamento e prognóstico) e aprender sobre a abordagem de seu familiar em episódio de crise. Por outro lado, Altuna (2006) refere que a cultura bantu acredita que a doença tem causalidade mística e por esta razão só o curandeiro, que actua como médico e adivinho, pode magicamente curar.

Percebe-se também que assim como alguns participantes responderam, Paulo e Melo (2005) apontam que as causas das doenças mentais eram atribuídas ao sobrenatural. Os mesmos levantaram questões místicas, pelo que mostram ainda certa carência de conhecimento sobre o fenómeno.

Embora a maioria fosse de opinião de que não se procura a cura pelos meios místicos (quimbandeiro/ curandeiro), os familiares entrevistados mencionaram Deus como uma das fontes de cura, ou seja, para eles buscar a ajuda espiritual é indispensável, além do hospital. É importante destacar que, alguns mudaram de crenças por conta das experiências desagradáveis que passaram, quando, nas primeiras instâncias, recorreram aos quimbandeiros ou curandeiros e viram as suas expectativas frustradas.

Diante do membro, as famílias enfrentam dificuldades de lidar com as crises, buscam ajuda profissional e espiritual e ficam desesperadas como referem Campana e Soares (2015).

Altuna (2006) reforça esta percepção quando defende que, povo bantu, muitas vezes, prefere a acção mágica dos curandeiros à medicina convencional para curar uma doença, por acreditar que, a medicina hospitalar, despreza a dimensão espiritual que dá origem à sua existência.

No que tange a componente afectiva (sentimentos favoráveis ou desfavoráveis), dizer que se refere às emoções e sentimentos provocados pelos objectos de atitudes (Rodrigues *et al.*, 2005).

Percebe-se que viver com um familiar com psicose desperta sentimentos como aborrecimento, agastamento, medo, receio, raiva, tristeza, sentimento de impotência conforme os participantes se expressam. Houve também quem dissesse que se sente confortável face aos seus parentes com psicose.

Segundo a ABRE (2014), geralmente os familiares chegam às instituições de saúde apresentando sentimentos de negação, culpa, vergonha, raiva, medo, tristeza, impotência e solidão, sem saber como tratar os seus parentes. Atitudes que pudemos constatar através dos discursos dos entrevistados neste estudo.

Entre as dificuldades que as famílias enfrentam inserem-se: não saber lidar com as crises, desespero, o medo de agressão tendo, por isso, é apontado a importância de se incluir a família no serviço de saúde (Campana & Soares, 2015).

Alguns familiares expressaram sentimentos de medo ou receio de viver com os seus familiares com psicose. Nesta ordem de ideias Tengan e Maia (2004) afirmam que muitas vezes um doente acaba mobilizando vários sentimentos, como culpa, raiva, medo, vergonha, fracasso, são exatamente estes sentimentos que os entrevistados expressaram, embora houvesse quem disse se sentir confortável apesar da situação.

Portanto, as atitudes variam de família para família, sendo que depende de vários factores como as crenças, o conhecimento sobre o transtorno mental, a consistência das relações familiares entre outros. Fica evidente que é importante e urgente que se amplie a disponibilidade dos serviços de apoio psicológico não só para os portadores de transtornos mentais, mas também para os seus familiares e se massifique informações inerentes à saúde mental no seio das populações. Que este estudo seja um estímulo para mais estudos sobre esta problemática, aliás, isto é imprescindível para a realidade angolana.

Referências bibliográficas

Altuna R. R. A. (2006). *Cultura tradicional Bantu*. (3ª ed.). Luanda: Secretaria Arquidiocesano de Pastoral.

Araújo, A. J. (2019). O consumo de cannabis é inofensivo à saúde humana? Evidências científicas nas especialidades médicas: pediatria. *Fórum sobre a maconha, Brasília: conselho federal de medicina – comissão de drogas lícitas e ilícitas*.
https://portal.cfm.org.br/images/PDF/forum_maconha_alberto_araujo.pdf

Askevis-Leherpeux, F. (2001). Atitude. In Doron, R./ Parot, F (Dir), *Dicionário de Psicologia* (Gabinete de tradução da Climpesi Editores, trad.), Lisboa: Climepsi editores (p. 89) (trabalho original publicado em francês em 1991).

Associação Americana de Psiquiatria - APA (2014). *Manual de diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais - DSM-V* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi.

Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia - ABRE (2014). *Guia Prático sobre Psicoses para Profissionais da Atenção Básica* (1ª ed.). (s. l.): Edição de Arte Camucada - Coletivo de Ilustração, Design e Conteúdo.
https://abrebrasil.org.br/wpcontent/uploads/2020/01/Guia_Pratico_sobre_Psicoses_para_Profissionais_da_Atencao_Basica.pdf

Bessal, J. B. & Waidmall, M. A. P. (2013). Família de pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. *Texto Contexto-enferm*. 22(1).

Brepohl, D. D. (2012). *As psicoses na obra de Freud à luz da categoria do estranho*. (tese de mestrado). Universidade Federal do Paraná – Sector de Ciências Humanas, Letras e Artes, Curitiba. <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/27494?show=full>.

Brusamarello, T., Maftum, M. A., Alcântara, C. B. Capistrano, F. C. & Pagliace, A., G. S. (2018). Famílias no cuidado à saúde de pessoas com transtorno mental: reflexos do modelo de assistência. *Saúde e Pesquisa*, 10, (3), 441– 449, <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5993>

Brusset, B. (2001). Formação reactiva. In Doron, R./ Parot, F (Dir), *Dicionário de Psicologia* (Gabinete de tradução da Climpsi Editores, trad.), Lisboa: CLIMEPSI editores (p. 345) (trabalho original publicado em francês em 1991).

Campana, M. C. & Soares, M. H. (2015). Familiares de pessoas com esquizofrenia: sentimentos e atitudes frente ao comportamento agressivo. *Cogitare Enferm*, Curitiba, 20 (2), 338-344. <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40374>

Carvalho, I. S. (2008). *A clínica da psicose na clínica do CAPS: reflexões a partir das perspectivas do paciente, de sua família e de profissionais que atendem e de profissionais CAPS de São Luís (MA)*. (Tese de Doutorado). Universidade de Brasília - Instituto de Psicologia, Brasília. Consultado em 2018, Novembro, 16, http://icts.unb.br/jspui/bitstream/10482/1656/1/2009_IsalenaSantosCarvalho.pdf

Carvalho, N. R. & Costa, I. I. (2008). Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos por pacientes e familiares. *Psic. Clin. [online]*, 20 (1), 153–164. <https://www.scielo.br/j/pc/a/jgD6ZdG4cyb5BzY9p6rH6qg/abstract/?lang=pt>

Dalgalarrondo, P. (2008). *Psicologia e semiologia dos transtornos mentais* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Fachada, M. O. (2012). *Psicologia das relações interpessoais* (2ª ed.). Lisboa: Sílabo.

Freud, S. (1930[1929]). O mal-estar na civilização. XXI (2). Acessado em 2020. 14, <https://www.unirio.br/ccbs/cch/filosofia/Members/pedro.rocha/curso-de-freud/18%20-%20FREUD-%20Sigmund.%20Obras%20Completas%20-Cia.%20das%20Letras-%20-%20Vol.%2018%20-1930-1936-%20-%20Mal-Estar%20na%20Civilizacao.pdf/>

Giacon, B. C. C. (2009). *Ajustamento familiar nos primeiros cinco anos de diagnóstico de esquizofrenia*. (Tese de Mestrado). Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-07102009155954/publico/BiancaCristinaCicioneGiacon.pdf>

Gleitman, H., Fridlund, A. J. & Reisberg, D. (2003). *Psicologia social* (6ª ed.). Lisboa: Edição da Fundação Calouste Gulbenkian.

Gobbi, A. S. (2009). *Uso de mecanismo de defesa no período de latência*. (3ª Mostra de Pesquisa de Pós-Graduação). PUCRS: Faculdade de Psicologia. <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/654>

Instituição Nacional de Estatística – INE (Angola). (2016b). *Projeção da população: 2014 – 2050*. Luanda: Instituição Nacional de Estatística. https://www.ine.gov.ao/Arquivos/arquivosCarregados/Carregados/Publicacao_637586861813829303.pdf

Instituto Nacional Estatística - INE (Angola). (2016a). *Resultados Definitivos Recenseamento Geral da População e Habitação de 2014*. Luanda: Editor Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.gov.ao/Arquivos/arquivosCarregados/Carregados/Publicacao_637981512172633350.pdf

Jain, V. (2014). 3D Model of Attitude. *Internatinal Journal of advenced Research in Management and Social Sciences*, 3, (3), https://www.researchgate.net/publication/265567380_3D_Model_of_Attitude

Kundonguende, J. C. (2013). *Crise e resgate dos valores morais, cívicos e culturais na sociedade angolana: Um contributo para inversão dos valores éticos*. Huambo: CERETEC.

Lakatos, E. M. & Marconi, M. D. (1992). *Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projecto e relatório, publicações e trabalhos científicos* (4ª ed.). São Paulo: Atlas.

Lebaron, F. (2010). *Dicionário de Sociologia de A a Z*. Lisboa: editora Escolar.

Martins, R. P. (2015). Ciência e dissonância cognitiva. *Rev. Clin. Ortod. Dental Press*, 14 (4), 5-6. https://www.researchgate.net/publication/282014165_Ciencia_e_a_dissonancia_cognitiva.

May, R. (1992). *A arte do aconselhamento psicológico* (8ª ed.). Rio de Janeiro: Vozes.

Ministério da Saúde (Angola). (2012). *Plano Nacional Desenvolvimental Sanitário (PNDS) 2012 – 2025*. Vol. 2, Luanda: Ministério da Saúde. https://minsa.gov.ao/fotos/frontend_24/gov_documentos/relatorio_final_comissao_multissectorial_pnds_200663155760b0a64397ffa.pdf

Neto, F. (2007). *Psicologia Social 2350*. Biblioteca Virtual da Associação Académica da Universidade Aberta. <https://docplayer.com.br/61763477-Psicologia-social-2350.html>

Neves, I. T. & Santos, A. S. (2017). A direção da cura na clínica lacanianiana das psicoses. *Contextos Clínic.*, 10 (2). http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822017000200011

Organização Mundial da Saúde – OMS - Angola (2017). Drª Matshidiso Moeti, Directora Regional da OMS para África: «Vencer barreiras!» *Boletim sobre o dia mundial da saúde mental*. Luanda. <https://www.afro.who.int/pt/regional-directora.mensagens>

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2004). *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Neuroscience_P.pdf

Paulo, M & Melo, A. (Org.). (2005). *Saúde mental: do tratamento à prevenção*. Porto: Porto editor.

Pereira, N. B. R. (Coord.). (2018). *Diretrizes Clínicas em Saúde Mental* (1ª ed.). Vitória – ES: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Diretrizes%20Clinicas%20em%20saude%20mental.pdf>

Pimenta, E. M. (2014). *Serpente adoptada morre asfixiada na mala diplomática do Kamá – Afinal quem o matou? E por quê? Modelos de delinquência* (1ª ed.). 7, (S. L): Dikaion e Maria da Encarnação Pimenta.

Pimenta, M. E. (2016). *Vítimas de abuso sexual: Submetidas ao silêncio sepulcral pela força cultural africana e casos típicos*. 10, Lisboa: Dikaion.

Pimenta, T. (2019). Psicose: tipos, sintomas e tratamento. Vittude: Blog de saúde mental. <https://www.vittude.com/blog/psicose/>

Prodanov, C. C. & Freitas, E. C. (2013). *Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico* (2ª ed.). Novo Hamburgo: Feevale.

Rodrigues, A., Assmar, E. M. L. & Jablonski, B. (2005). *Psicologia Social* (23ª ed.). Petrópolis: Vozes.

Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise* (Vera Ribeiro, Lucy Magalhães; supervisão da edição brasileira Marco Antonio Coutinho Jorge Trad.). Rio de Janeiro: Zahar. (obra original publicada em 1944). https://monoskop.org/File:Roudinesco_Elisabeth_Plon_Michel_Dicionario_de_psicanalise_1998.pdf.

Secretariado Geral do Episcopado (s.d.). *A família o futuro da humanidade: Documentos mais recentes do magistério primário da igreja sobre a família e a pastoral*. Lisboa: Rei dos livros.

Tengan, S. K. & Maia, A. K. (2004). Psicoses funcionais na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 80, (2): 3–10.

Tenório, F. (2016). Psicose e esquizofrenia: efeitos das mudanças nas classificações psiquiátricas sobre abordagem clínica e teórica das doenças mentais. *Hist. Cienc. Saúde-Mangunhos*. 23 (4).

Titiev, M. (1960). *Introdução à antropologia cultural* (11ª ed.). Lisboa: edição da Fundação Calouste Gulbenkua.

Vala, J. & Monteiro, M. B. (2006). *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Veloso, H. C. F. (2018). Saúde Mental em Angola: contribuições. *Iº Simpósio Nacional de Psicologia da Universidade Católica de Angola*. Luanda, Angola, 1.

Zassala, C. (2013). *Iniciação à pesquisa científica* (2ª ed.). Luanda: Mayamba.Zassala.

Como citar: Veloso, H. C. G. F & Lopes, M. F. A. (2024). Atitudes das famílias face aos membros portadores de psicose: Estudo de caso do Hospital Psiquiátrico do Lubango e do Centro de Reabilitação Psicossocial do Lubango – Angola. *Academicus Magazine*, 2(1), 30–43. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10838687>