

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FAMÍLIA E ESQUIZOFRENIA:
implantação de grupo educativo na rede básica

CRISTIANE PRIMIERI ISOPPO

PORTO ALEGRE

2003

CRISTIANE PRIMIERI ISOPPO

FAMÍLIA E ESQUIZOFRENIA:
implantação de grupo educativo na rede básica

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à disciplina Estágio Curricular da
Escola de Enfermagem da Universidade Federal
do Rio Grande do Sul, como requisito parcial
para obtenção do título de Enfermeiro

Profa Orientadora: MS. Eglê Kohlrausch

Porto Alegre

2003

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Maria de Lurdes, a meu pai, Jaci Geraldo e à minha avó, Carmen, que possibilitaram que eu chegasse até aqui.

À minha orientadora, professora Mestre Eglê Rejane Kohlrausch, quem muito me incentivou e apoiou para seguir o caminho da saúde mental durante a graduação.

A uma pessoa muito especial, que aprendeu, ao longo de quase quatro anos, a respeitar a minha escolha profissional.

À equipe do CAIS Mental Centro, que possibilitou a execução deste trabalho e que me proporcionou grande oportunidade de aprendizado.

Aos familiares dos usuários do CAIS Mental Centro que concordaram em participar deste estudo.

À equipe da Unidade de Saúde Bananeiras, com quem convivi por quase um ano e que me acrescentou muito como futura enfermeira.

E, principalmente, à Deus, que me possibilitou estar aqui para conviver com estas e outras pessoas tão especiais.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 REVISANDO ALGUMAS QUESTÕES DA TEMÁTICA	8
2.1 Esquizofrenia.....	8
2.2 Família.....	16
2.3 Família com Ser Esquizofrênico	19
2.4 Grupos	24
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	29
4 GRUPO DE FAMILIARES	33
4.1 Primeiro Encontro.....	33
4.2 Segundo Encontro.....	34
5 CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DOS ENCONTROS DO GRUPO DE FAMILIARES	36
5.1 Primeiro Encontro.....	36
5.2 Segundo Encontro.....	38
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICE A. Termo de consentimento livre e esclarecido	48
APÊNDICE B - Diário de campo.....	49
ANEXO A - Parecer do comitê de ética.....	50

1 INTRODUÇÃO

Ainda hoje, com todo o avanço científico, nos deparamos com doenças que nos assustam, algumas relativamente "novas" e outras nem tanto assim, as quais a medicina ainda não conseguiu a cura, como é o caso da SIDA ou das hepatites virais. No entanto, o que assombra a sociedade com um grande ponto de interrogação e que provoca "devastações" de ordem psíquica na família e na comunidade são os distúrbios psiquiátricos, fato que pudemos constatar e nos despertou grande interesse, seja durante nossa prática na disciplina Saúde Mental II, na Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Presidente Vargas, ou em nosso estágio voluntário na Unidade Jurandy Barcellos do Hospital Psiquiátrico São Pedro, ou, ainda, em nosso estágio extra-curricular na Unidade de Saúde Bananeiras. Estas observações nos oportunizaram visualizar como se torna difícil a relação intrafamiliar quando há um integrante desta em sofrimento psíquico. Neste sentido, percebemos que, dentre todos os distúrbios psiquiátricos, o que ainda deixa muitas interrogações, traz poucas respostas esclarecedoras, e que, em nosso entendimento, melhor descreve a "loucura", é a esquizofrenia.

A esquizofrenia acompanha o homem desde os primórdios, sendo que, em algumas épocas, era dita como loucura, enquanto, em outras, o indivíduo esquizofrênico era visto como um ser superior, que se comunicava com vozes do além, e tinha visões que um ser comum não podia ter (TAYLOR, 1992). Antes de ser chamado de esquizofrenia, termo criado por Eugen Bleuler, esse transtorno foi intitulado *démense precoce*, latinizado por Emil Kraepelin como *dementia praecox*, isto é, transtorno de demência com início precoce (KAPLAN, SADOCK e GREEB, 1997; TAYLOR, 1992; KAPLAN e SADOCK, 1990; SCHNEIDER, 2001).

Para Stuart e Laraia (2001, p.439), a "esquizofrenia é uma doença que resulta em um comportamento psicótico", no qual há uma substituição do pensamento abstrato pelo

pensamento concreto, em especial nos episódios agudos. Dentre várias características, a que se destaca em relação ao funcionamento cognitivo ocorre no conteúdo do pensamento, com a presença de delírio, que “é uma crença pessoal baseada em uma inferência incorreta da realidade externa” (STUART e LARAIA, 2001, p. 443). Portanto, a esquizofrenia é definida como um transtorno do pensamento (DUNCAN, SCHIMIDT E GIUGLIANI, 1996), no qual há uma diversidade muito grande de sinais e sintomas, que variam de acordo com cada cliente, dentro do seu tipo de esquizofrenia. Os subtipos de esquizofrenia, conforme o DSM IV, são paranóide, catatônica, indiferenciado e residual (KAPLAN, SADOCK e GREEB, 1997). No entanto, existem características básicas como em qualquer outro transtorno. D’Andrea (1982) exemplifica que o transtorno de pensamento na esquizofrenia se caracteriza por distorção da realidade, devido a um distúrbio ideativo, e também por delírios e alucinações.

A esquizofrenia aparece igualmente no sexo feminino e no sexo masculino, sendo mais precoce no primeiro; geralmente, surge entre os 15 e os 25 anos, e não se conhece a causa específica. Sabe-se que familiares de esquizofrênicos têm mais chances de ter o transtorno, o que indica que não se pode descartar a hereditariedade. Há diversas correntes sobre a causa, mas nenhuma definida como única. Freud (citado por KAPLAN, SADOCK e GREEB, 1997, p.450) afirmou que a esquizofrenia “resulta de fixações no desenvolvimento anteriores àquelas que resultam no desenvolvimento das neuroses” e “também postulou a presença de um defeito no ego que contribuía para os sintomas da esquizofrenia”.

Como podemos perceber, há muitos sintomas que tornam difícil a convivência com alguém que possua esse transtorno, o que traz grande conflito para os familiares desses indivíduos, que não sabem como se portar frente a uma situação desta. Schneider (2001) salienta a questão do familiar em relação ao paciente esquizofrênico, que desperta várias expectativas de melhora e até mesmo de desânimo durante o cuidado prestado:

... des-velando o que é ser familiar de esquizofrênico: é um ser-no-mundo que se mostra como um ser-com seu familiar esquizofrênico, que cuida e é solicitado com ele, ora de modo autêntico ora de modo inautêntico, que se angustia e às vezes se manifesta ambíguo perante a situação, encontrando-se envolto em sua temporalidade, manifestando esperança de ver o parente curado, num lançar-se a um futuro enquanto possibilidade, enquanto projeto e num voltar-se para o passado. (SCHNEIDER, 2001, p.17).

Há sofrimento tanto por parte da família, quanto do ser portador de esquizofrenia, sendo necessário, como a própria reforma psiquiátrica preconiza, uma desinstitucionalização desse indivíduo com transtorno psíquico e sua reinserção na sociedade. Para isso, é necessário que a família seja trabalhada, para que ela sirva de apoio, dando suporte ao seu familiar esquizofrênico. Entretanto, para que isso ocorra, Silva (2000) diz ser indispensável a conscientização e capacitação dos profissionais de saúde da rede de atenção primária.

Portanto, como se pode observar, se faz imprescindível a soma de esforços dos profissionais de saúde, em especial, segundo Silva (2000), dos enfermeiros, junto à família e à comunidade, trabalhando em parceria para que se torne possível a desinstitucionalização desse indivíduo. Logo, o papel da enfermagem, entre tantos, deve ser de suporte a esta família, que, de certo modo, também está em sofrimento psíquico.

Diante dos achados teóricos e de nossa experiência com pacientes psiquiátricos em unidade psiquiátrica dentro de hospital geral, hospital psiquiátrico e unidade de saúde, consideramos importante o trabalho em grupo com familiares de seres esquizofrênicos. Por isso, o objetivo deste trabalho foi implantar um grupo educativo com familiares de pacientes esquizofrênicos em uma unidade de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Optamos pelo Centro de Atendimento Integrado de Saúde Mental Centro (CAIS Mental Centro), no município de Porto Alegre, pelo fato de termos realizado nosso estágio curricular de conclusão de curso neste serviço, e devido ao interesse demonstrado pela enfermeira do serviço nesta atividade, visto que o mesmo atende os usuários provenientes deste município, o

qual é centro de referência para a assistência de moradores de rua em sofrimento psíquico, e para pacientes com doença mental que necessitam de um centro de atenção diária.

2 REVISANDO ALGUMAS QUESTÕES DA TEMÁTICA

Acreditamos ser conveniente revisar alguns temas que necessitam ser explicitados para melhor compreensão deste estudo, tais como esquizofrenia, família, família com ser esquizofrênico e grupos.

2.1 Esquizofrenia

O enlouquecimento se dá, conforme Laing¹, citado por Schneider (2001), em uma compreensível transição entre a forma esquizóide sadia e a forma psicótica de estar-no-mundo. Atualmente, não se pode mais dizer simplesmente que alguém está num processo de loucura, pois a psiquiatria obteve avanços, possibilitando classificar “esse processo” em diferentes tipos de transtornos, de acordo com a sintomatologia apresentada pelo indivíduo. As formas mais comuns de transtornos, conforme Duncan, Schimidt e Giugliani (1996), são a esquizofrenia e as psicoses reativas, que ocorrem, geralmente, na fase da adolescência e na primeira etapa da vida adulta; os transtornos afetivos, na segunda etapa da vida adulta, e, em especial, a depressão na velhice; e as psicoses orgânicas, que também se desenvolvem na velhice.

Definem um quadro psicótico como a presença de evidentes alterações das percepções da realidade interna e externa, da integração do ser e da tomada de decisões, as quais se expressam na conduta. Salientam que, para se considerar a possibilidade de uma psicose, deve-se ter presente o surgimento mais ou menos súbito de perturbações sensoriais, em especial quando acompanhadas por alterações do conteúdo do pensamento e de seu curso; também a presença de desconfiança exacerbada, isolacionismo, intenso desinteresse por

atividades sociais e agressividade ou hostilidade; humor deprimido, com idéias suicidas, descuido da higiene pessoal, emagrecimento acentuado, entre outras; humor eufórico, insônia, agitação psicomotora e loquacidade extrema; intenso alheamento à vida externa, com predomínio do mundo interno, embotamento afetivo e conduta estranha ou bizarra.

A esquizofrenia, doença com claros sintomas psicóticos, foi assim denominada por um psiquiatra suíço chamado Bleuler (SCHNEIDER, 2001). Entretanto, este termo é muito abstrato, já que, de acordo com Schneider (2001), esse tipo de existência humana apresenta diversos traços, ao qual se deve a distinção “do modo-de-ser sadio do homem” das outras formas de ser doente. Logo, o diagnóstico desse transtorno não deve ser feito apenas pelo exame da pessoa, mas sim, através também da análise de seu contexto social, pois pode apresentar muitas semelhanças com outros distúrbios.

Duncan, Schimidt, Giugliani (1996) e Taylor (1992) ainda destacam outros aspectos essenciais, que são a deterioração funcional, início nas primeiras fases da vida adulta, sendo que 50% dos casos se dão antes dos 25 anos, e duração dos sintomas por pelo menos seis meses. Relatam que este transtorno acomete aproximadamente 1% da população, havendo uma maior prevalência nas classes sociais inferiores, podendo ser a causa ou a consequência da esquizofrenia (DUNCAN, SCHIMIDT E GIUGLIANI, 1996).

Kaplan, Sadock e Grebb (1997) afirmam que a esquizofrenia é uma síndrome que, apesar de apresentar uma certa homogeneidade, tem variações importantes, sendo que, ainda, tem características específicas em cada subtipo: paranóide, catatônico, indiferenciado e residual.

Duncan, Schimidt, Giugliani (1996) e Taylor (1992) caracterizam os transtornos esquizofrênicos de acordo com os aspectos essenciais que apresentam, como presença de manifestações psicóticas, na fase ativa; sintomas positivos, denominados de “floridos ou

¹ LAING, R.D. *A política da Experiência e a ave-do-paraíso*. Trad. Áurea Brito Weisseng. Petrópolis: Vozes, 1978.

produtivos”; e sintomas negativos, que chamam de “déficits”. Portanto, como exposto acima, a sintomatologia é dividida em sintomas positivos e negativos (TAYLOR, 1992; KAPLAN e SADOCK, 1990), sendo que Gabbard (1998) ainda faz uma terceira divisão, que consta dos relacionamentos pessoais desordenados.

Os sintomas positivos são caracterizados por distúrbios do conteúdo do pensamento, da percepção e manifestações comportamentais, geralmente desenvolvidos num pequeno espaço de tempo, e, muitas vezes, acompanhados por um episódio psicótico agudo, sendo o distúrbio de pensamento sob forma de delírios, os distúrbios da percepção por alucinações, e a presença de catatonia ou agitação são as manifestações comportamentais (GABBARD, 1998; DUNCAN, SCHIMIDT E GIUGLIANI, 1996). Já os sintomas negativos se caracterizam pela “ausência” de função, através de um afeto plano, pobreza de pensamento, apatia e anedonia. Gabbard (1998) afirma que há uma base genética mais forte para os sintomas negativos, ao inverso do que ocorre para os sintomas paranóides.

Já Carpenter e cols² *apud* Gabbard (1998) acreditam que deva ser feita uma distinção entre os sintomas negativos, pois eles afirmam que algumas características como isolamento social, afeto plano e empobrecimento do pensamento, podem ser secundários à medicação, depressão, ansiedade ou privação social.

Quanto aos problemas nas relações interpessoais, essencialmente todo o ser esquizofrênico tem dificuldade dessa ordem. Portanto, não há tanto rigor na definição dessa categoria de sintomas (GABBARD, 1998).

Logo, por não conseguir se ver no movimento da temporalidade, o ser esquizofrênico vivencia, de acordo com Donzelli³ *apud* Schneider (2001), “a ameaça do não ser”, visto que

² CARPENTER, WT JR, HENRICH, DW, WAGMAN, AMI. **Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: the concept.** *Am J Psychiatry* 145: 578-583, 1988

³ DONZELLI, T.A. **A temporalidade em Merleau-Ponty.** Rio de Janeiro, 1995./ Aula Ministrada pela Profa Dra Telma Aparecida Donzelli, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, no Rio de Janeiro, em 07.03.1995/

não consegue transitar entre o passado, o presente e o futuro, sofrendo, dessa forma, a perda de sua identidade.

Schneider (2001) coloca que a esquizofrenia é aceita como diagnóstico enquanto doença mental, mas não há evidências quanto à sua etiologia, sendo considerada uma doença heterogênea. Esta idéia encontra respaldo em Kaplan e Sadock (1990), que dizem que a etiologia da esquizofrenia é desconhecida, com grande probabilidade de ser um distúrbio heterogêneo, tendo maior significado atualmente o modelo estresse-diátese. Este modelo integra fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, o qual afirma que o surgimento dos sintomas da esquizofrenia se dão com “base no relacionamento entre quantidade do estresse que uma pessoa vive e um limiar de tolerância interna ao estresse” (STUART e LARAIA, 2001, p.452). Existem outras diversas teorias que tentam explicar a causa desse transtorno, como a dos neurotransmissores, da neuropatologia, da eletrofisiologia, além das teorias genética, psicossocial, social e do aprendizado.

Na teoria dos neurotransmissores, estudos mostram que existe uma hiperatividade dos sistemas dopaminérgicos na esquizofrenia, sendo o maior apoio para esta hipótese o fato de os medicamentos antipsicóticos eficazes se ligarem a receptores dopamínicos, e também há o fato de, em alguns pacientes, a administração de anfetaminas ou levodopa exacerbar os sintomas deste transtorno (KAPLAN e SADOCK, 1990). Entretanto, a hiperatividade dopaminérgica não está somente associada com a esquizofrenia. Outros estudos mostram que a noradrenalina estaria diminuída nestes pacientes, e que o ácido gama-aminobutírico (GABA), por ser um neurotransmissor inibidor, também esteja envolvido, visto que a atividade diminuída deste pode provocar um aumento da atividade dos neurônios dopaminérgicos.

Na neuropatologia, afirmam que em estudos *post-mortem* de neurotransmissores se têm evidências de “quantidades aumentadas de receptores D2 em gânglios basais e sistema

límbico”. Em imagens cerebrais, estudos por tomografia computadorizada mostram um aumento do terceiro ventrículo e ventrículo lateral em 10 a 50% dos pacientes esquizofrênicos, e entre 10 e 35% apresentam atrofia cortical, além de atrofia do vermis cerebelar, e radiodensidade do parênquima cerebral diminuída, entre outros. Esses achados, conforme Kaplan e Sadock (1990), são indicadores objetivos de perda neuronal. Outros achados, através de mapeamento cerebral, relatam um metabolismo diminuído nos lobos frontal e parietal, presença de diferenças de lateralidade anormais e relativa elevação do metabolismo posterior. De acordo com os achados neuroanatômicos, há um alargamento de ventrículos e sulcos corticais, além de hipofrontalidade, que se deve a uma menor utilização de glicose, e redução de volume da substância cinzenta do lobo temporal esquerdo apresentado por indivíduos com esquizofrenia (DUNCAN, SCHIMIDT e GIUGLIANI, 1996). Estudos através de ativação psicológica revelam uma incapacidade de os lobos frontais se “ligarem” no momento em que o esquizofrênico realiza uma tarefa psicológica.

A teoria psiconeuroimunológica diz que há alguns casos que incluem um grande número de anormalidades físicas congênitas, com taxas mais elevadas de complicações durante a gestação e no parto, sazonalidade consistente com infecções virais, alterações neuropatológicas importantes, história passada de infecção, variedade de anormalidades imunológicas, que incluem linfócitos atípicos, células matadoras naturais em quantidade diminuída e variação no número de imunoglobulinas (KAPLAN e SADOCK, 1990).

Quanto à psiconeuroendocrinologia, tem-se demonstrado, conforme Kaplan e Sadock (1990), uma diminuição nos níveis dos hormônios luteinizante (LH) e folículo-estimulante (FSH), dados que podem estar relacionados com a fase da vida em que a doença se desencadeia e com a sua duração.

As teorias psicanalíticas afirmam que o esquizofrênico sofre uma perturbação na organização do ego, o que acaba por afetar na interpretação da realidade e o controle de

impulsos íntimos. Enquanto a teoria do aprendizado diz que os pacientes, enquanto crianças, devido à imitação de seus pais, aprenderam reações e formas de pensar irracionais, já que seus pais podem ter tido seus problemas emocionais expressivos. Gabbard (1998) afirma que Freud acreditava que a neurose era um conflito entre o ego e o id, enquanto considerava a psicose como um conflito entre o ego e o mundo externo, sendo que ainda usou o isolamento da catexia para explicar que os pacientes esquizofrênicos eram incapazes de formar transferências se comparados aos neuróticos. Sullivan, citado por Gabbard (1998)⁴, tinha uma visão diferente, afirmando que a etiologia do transtorno era resultado de dificuldades interpessoais precoces, como o relacionamento pai-filho, tendo definido o tratamento como um processo interpessoal de longa duração, o qual visa abordar problemas precoces. Faz referência, ainda, à maternagem defeituosa, que produz um *self* carregado de ansiedade na criança, evitando que essa tenha suas necessidades satisfeitas. Portanto, para Sullivan, o início do transtorno mental era o ressurgimento do *self* dissociado que acarretava um estado de pânico, levando à desorganização psicótica. Searles, citado por Schneider (2001)⁵, coloca que sua experiência clínica demonstra que a pessoa se torna esquizofrênica devido, em parte, a um esforço prolongado inconsciente de pessoas que tiveram um papel significativo nos seus primeiros anos de vida, levando à loucura. Atribui isso ao fato de que quando se gera um conflito emocional numa interação interpessoal, são ativadas “várias áreas de sua personalidade em oposição entre si”, resultando num possível enlouquecimento.

Entretanto, a teoria genética é a que apresenta uma maior relevância devido a seus achados mais concretos. Estudos relatam que quanto mais próximo o parentesco de alguém com esquizofrenia, maior a probabilidade de o indivíduo ser afetado. Em estudos com monozigóticos adotados, pôde-se observar que gêmeos criados por famílias adotivas desenvolvem o transtorno na mesma proporção de seus irmãos que não sofreram adoção

⁴ SULLIVAN, HS. *Schizophrenia as a Human Process*. New York, WW Norton, 1962

(KAPLAN e SADOCK, 1990). De acordo com Duncan, Schimidt e Giugliani (1996), essa síndrome pode ser produzida por diferentes combinações genéticas-ambientais. Segundo Robbins⁶, citado por Gabbard (1998), a esquizofrenia é uma doença genética, que necessita uma ativação intrapsíquica e interpessoal. Entretanto, afirma que, aproximadamente, 90% dos esquizofrênicos não possuem pai afetado, o que ressalta a importância dos fatores ambientais e psicológicos. Portanto, a teoria psicossocial também é de grande importância, pois mostra que essa área tem o poder de afetar o desenvolvimento, a expressão e o curso da doença.

A industrialização e a urbanização, para a teoria social, podem estar envolvidas diretamente com a etiologia da esquizofrenia, visto que o estresse apresenta grande influência no desenvolvimento e curso da doença (KAPLAN e SADOCK, 1990).

O diagnóstico se torna difícil devido às características da doença, sendo imprescindível que se conheça a história passada do paciente para que se possa formar um diagnóstico, pois os sinais e sintomas presentes na esquizofrenia podem ser visualizados em outros distúrbios de ordem psiquiátrica e ou neurológica. Os sintomas pré-mórbidos são caracterizados, tipicamente, mas, de acordo com Kaplan e Sadock (1990), não invariável, pela presença de uma personalidade esquizóide ou esquizotípica, que se caracteriza por um ser quieto, passivo, introvertido, apresentando poucos amigos na infância, e sendo retraído na fase da adolescência e adulta. Geralmente, na infância, é obediente e não faz travessuras. Quando adolescente, freqüentemente, se abstêm de encontros românticos, evita esportes competitivos e atividades sociais, gostando de ver televisão, escutar música e ir ao cinema.

Conforme Duncan, Schimidt e Giugliani (1996), a esquizofrenia hebefrênica, também, atualmente, denominada “desorganizada”, se caracteriza por não apresentar delírios sistematizados, faltando coerência e organização das idéias, sendo que, quando estas existem,

⁵ SEARLES, H.F. **O esforço para enlouquecer o outro**: um elemento na etiologia e na psicoterapia da esquizofrenia. In: VELHO, G.; FIGUEIRA, S.A. Família, psicologia e sociedade. Rio de Janeiro, Campus, 1981.

⁶ ROBBINS M. **Pshychoanalytic and biological approaches to mental illness**: schizopfhrenia. J Am Psychoanal Assoc 40: 425-454, 1992

há extremo prejuízo social e apresenta curso crônico, com grave maneirismo e trejeitos, lembrando o aspecto da deficiência mental. Enquanto a forma paranóide se caracteriza por idéias delirantes de perseguição e grandeza e por alucinações de conteúdo similar. Já no tipo catatônica, ocorrem agitação e ou estupor catatônico, os quais podem se alternar, podendo, assim, segundo os autores, ser confundida com transtorno afetivo bipolar em níveis psicóticos. Na esquizofrenia residual, conforme Stuart e Laraia (2001), não há o preenchimento dos critérios diagnósticos para esquizofrenia de forma satisfatória e nem de um subtipo, mas há evidências de contínua perturbação, com presença de sintomas negativos ou de sintomas incluídos nos critérios gerais para esquizofrenia só que de maneira atenuada.

Quanto ao tratamento, de acordo com Gabbard (1998), não existe um que seja específico para esquizofrenia, sendo que menos de 10% dos clientes obtêm sucesso com tratamento apenas medicamentoso e com hospitalização breve (Mc GLASHAN e KEATS⁷ *apud* GABBARD, 1998). Gabbard (1998) afirma que, de acordo com vários estudos, o melhor tratamento para o transtorno esquizofrênico é a medicação antipsicótica associada ao tratamento familiar, o que acarreta em uma eficácia três vezes maior para a prevenção de recaída. A hospitalização breve é ideal para um surto psicótico agudo; enquanto a internação prolongada deve ser aplicada a esquizofrênicos muito graves. Na primeira, há uma oportunidade de o paciente tornar a viver em grupo, claro que, somado à medicação antipsicótica, que alivia grande parte dos sintomas positivos. Nesse tipo de internação, os “membros da equipe de enfermagem desempenham funções do ego auxiliar para o paciente”. Aqui, há a restauração das defesas, e o paciente tende a retornar ao funcionamento anterior à crise. Na hospitalização prolongada, a característica do paciente é de alguém que se recusa a receber a medicação, são agressivos e não possuem apoio algum para lhe auxiliar na vida diária.

⁷ McGLASHAN, TH; KEATS, CJ. **Schizophrenia: Treatment Process and Outcome**. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1989

Em relação à evolução, Duncan, Schimidt e Giugliani (1996) afirmam que a forma paranóide é a de melhor prognóstico, assim como a forma catatônica, sendo que a forma hebefrênica é a de pior prognóstico. As características para que se haja um bom prognóstico são um início tardio, com presença de fatores precipitantes definitivos, presença de sintomas afetivos, especialmente a depressão, história familiar de transtornos afetivos, e predominância de um bom sistema de apoio. Já um mau prognóstico se deve ao início precoce e insidioso, com curso crônico, com personalidade esquizóide prévia ao transtorno, comportamento isolado e autístico, paciente com história familiar de esquizofrenia, sinais ou sintomas neurológicos, presença de história de trauma perinatal, curso da doença sem remissão durante três anos ou mais, e com numerosas recaídas, além de sintomas negativos e sistema de apoio pobre (DUNCAN, SCHIMIDT E GIUGLIANI, 1996). Entretanto, McGlashan e Fenton⁸ *apud* Gabbard (1998) contrariam Duncan, Schimidt e Giugliani (1996), pois afirmam que, ao contrário do que se pensava antigamente, a persistência dos sintomas negativos após a fase inicial apresenta um melhor prognóstico, pois existem indicativos de que a evolução da doença seja mais pobre.

2.2 Família

Conforme Osório (1996) não se pode ter um conceito único para família, pois “a família não é uma expressão passível de conceituação, mas tão somente de descrições”. Já Flandrin⁹, citado por Schneider (2001), diz que há diversas finalidades para se utilizar a palavra família atualmente. Para Durham¹⁰ *apud* Schneider (2001), a palavra família pode

⁸ McGLASHAN TH, FENTON WS. **The positive-negative distinction in Schizophrenia:** review of natural history validators. *Arch Gen Psychiatry* 49: 63-72, 1992

⁹ FLANDRIN, J.L. **Famílias:** parentesco, casa e sexualidade na sociedade antiga. Lisboa, Editorial Estampa, 1992

¹⁰ DURHAM, E.R. et al. **Perspectivas antropológicas da mulher** 3. Rio de Janeiro, Zahar, 1983

significar a rede de parentesco e afinidade, sendo necessária a observação de como se dá o processo histórico nas diferentes classes sociais.

Flandrin¹¹ *apud* Schneider (2001) afirma que a família pode ser um conjunto de pessoas ligadas pelo casamento ou pela filiação, ou uma sucessão de indivíduos descendentes uns dos outros, ou seja, uma raça, linhagem ou dinastia, e mais especificamente, pai, mãe e filhos. A estrutura da família pode variar de acordo com a latitude, a época histórica e os fatores econômicos, sociais, políticos e religiosos, conforme cada cultura (OSÓRIO, 1996). Conforme Prado¹² *apud* Schneider (2001), a família tem uma grande capacidade de adaptação, conseguindo sobreviver através de sua variação, subsistindo de várias maneiras, sendo que hoje a mais conhecida e valorizada seja a família constituída por mãe e filhos.

Entretanto, a família já havia sido contemplada por Pichon-Rivière (1986, p.39-40) que afirmou que esta tem

“uma significação dinâmica para a humanidade porque, mediante seu funcionamento, fornece o marco adequado para a definição e conservação das diferenças humanas, dando forma objetiva aos papéis distintos, porém mutuamente vinculados, do pai, da mãe e do filho, que constituem os papéis básicos em todas as culturas”.

A família, conforme Lévi-Strauss¹³, citado por Osório (1996), pode ser dividida em três tipos de relações pessoais: aliança, filiação e consangüinidade, levando a outro referencial vinculado à noção de família, que é o parentesco. Osório (1996) ainda classifica a família em três formatos básicos: a nuclear, que seria a conjugal; a extensa, que seria a consangüínea; e a abrangente, que inclui também os não parentes que coabitem.

A condição neotênica da espécie humana, ou seja, a impossibilidade de sua descendência sobreviver sem cuidados ao longo dos primeiros anos de vida foi, sem dúvida, responsável pelo surgimento do núcleo familiar como agente de perpetuação da vida humana [...] (OSÓRIO, 1996, p.16).

¹¹ FLANDRIN, *Ibid.*

¹² PRADO, D. **O que é família**. 11 ed. São Paulo, Brasiliense, 1989

¹³ LÉVI-STRAUSS, C. **L'Antropologie Structurate**. Paris: Plon, 1958

Schneider (2001) classifica a família em patriarcal, família doméstica e família nuclear. De acordo com o autor, a primeira se caracteriza por ser um “conjunto homogêneo de pequenas famílias sujeitas à autoridade do patriarca”, sendo que este tipo só é possível onde a propriedade é comum ou esta prevalece sobre a propriedade particular (clã ou tribo). A segunda se distingue por ter relativa independência e autonomia econômica e cultural e por ser constituída por uma única unidade familiar, sendo que, neste tipo de formação familiar, existe um grande significado quanto ao valor do seu nome. A terceira, a família nuclear, é “reduzida às dimensões de unidade micro-social”, o que se caracteriza pela era industrial. Osório (1996) faz referência ao compartilhar de tarefas dos indivíduos que constituem o papel conjugal, que acarretará no mútuo preenchimento dos desejos e necessidades de cada um. Os papéis são desempenhados conforme as características de cada sexo, sendo que ao papel materno cabe as tarefas nutritivas, de agasalho e proteção da prole, assim como continente ou receptáculo das angústias existenciais do ser que está no papel filial. Ao papel paterno cabe “interpor-se entre mãe e filho para facilitar o processo de dessimbiotização e encaminhar a aquisição da identidade deste ao longo de seu desenvolvimento psicológico”(p.18). Conforme Lacan, citado por Osório (1996, p.18), o papel do pai representaria “a cunha interposta entre mãe e filho para sinalizar a este a necessidade de renunciar á posse da mãe e dar curso ao seu processo de individuação”. Enquanto o papel filial está diretamente relacionado à dependência, a qual está vinculada à necessidade de cuidados parentais para sobreviver quando recém-nascido.

Mesmo que as funções da família fossem divididas em biológicas, psicológicas e sociais, não se poderia estudá-las separadamente, visto que estão intimamente relacionadas. Contudo, a função biológica se caracteriza por garantir a sobrevivência da espécie, e não a de garantir a reprodução; enquanto as funções psicossociais são administração de afeto pelos pais para com os filhos, pois “sem o afeto ministrado pelos pais ou seus sub-rogados o ser humano

não desabrocha, permanece fechado em uma espécie de concha psíquica, caracterizando um estado de enquistamento emocional que denominamos autismo” (OSÓRIO, 1996). A família serve como um continente para as ansiedades existenciais dos indivíduos dela pertencentes durante seu processo evolutivo.

2.3 Família com Ser Esquizofrênico

Com a presença de um ser doente, há mudanças no contexto familiar, pois este indivíduo deixa de ser uma pessoa atuante e passa a ser passivo, sendo solicitante de atenção dos demais membros. Então, termina por ocorrer um conflito familiar ainda maior quando este ser doente apresenta um transtorno mental.

Rosa (2003) afirma que as pessoas, ao se unirem para formar uma nova família, não esperam que algum de seus membros apresente transtorno mental, isso só será previsto quando essas pessoas já tiverem presenciado algum tipo de transtorno mental na família de origem. Logo, na maioria das vezes, é um evento imprevisto, que provoca uma mudança na família quanto ao que se refere à organização, pois

[...] o impacto abrange um amplo espectro, e seus desdobramentos variam de um grupo familiar a outro, em virtude de sua localização na estrutura social e de sua singularidade, de sua biografia particular.(p.237)

Schneider (2000) afirma que os familiares, após perceberem que seu parente entrou em sofrimento mental, iniciam diversas transformações em suas vidas, visto que há uma perda de seu mundo, pois estes vivem uma nova situação em sua relação familiar. Isso se deve ao convívio em um habitat diferente, que acaba por incluir o convívio dentro de um hospital e do sofrimento psíquico, além de alterações na vida afetiva, econômica e social. Estas transformações, conforme Rosa (2003), vão depender de cada família, pois é relevante a

história particular de cada uma, visto que isto determinará a forma de como vão se dar as relações entre o portador de transtorno mental e sua família.

Em consonância com estas idéias, Silva (2000) faz referência quanto à importância de se ter claro que, em relação à família, o decisivo não é a doença em si, mas o significado que tem para os familiares de um ser com transtorno psíquico, e o que isto pode provocar, visto que as necessidades não emergem exatamente da doença, mas sim pelo sentido que ela tem. Já que o transtorno mental não é uma referência na formação de um grupo, quando este surge, existem “deslocamentos nas expectativas e nas relações afetivas entre as pessoas” (ROSA, 2003, p.243). Portanto, a doença mental pode causar desorientação e desnorteamento do grupo, devido ao medo, à discriminação por parte da sociedade e, também, pela falta de conhecimento sobre o que é um transtorno mental.

De acordo com Rosa (2003), quando é o homem que adoece, que poderia ter papel de esposo e de pai, sendo, em geral, responsável pelo provimento financeiro, ocorre um deslocamento no papel da mulher, que terá de assumir também a função deste. Salienta o fato de o adoecimento do homem ser desvantajoso por ele ser mais forte fisicamente que a mulher, havendo uma maior sobrecarga desta, que, historicamente, é a cuidadora. Logo, a mulher não conseguirá fazer contenção física do homem, o que acarretará em um aumento do medo. Outro fator que não se pode deixar passar é a questão da identidade do homem ser “construída em referência ao espaço público” (p.265), o que causa uma perturbação no espaço doméstico quando este adoece. A condição de autoridade moral do homem perante a família também fica vulnerabilizada.

Já a mulher, que pode desenvolver os papéis de esposa, mãe e dona-de-casa, quando afetada por um transtorno mental parece perturbar muito mais a família, visto que ela “é o elo organizador do grupo” (ROSA, 2003, p.266).

Siqueira (1999) afirma ser de fundamental importância o incentivo da participação dos familiares na internação do paciente, pois a família é essencial na recuperação deste. Faz observações quanto à demonstração de dificuldades em internar e receber seu familiar com doença mental, agindo, muitas vezes, com desprezo e abandono. Isso se dá porque soa como uma desonra para a família ter um parente internado em um hospital psiquiátrico. Para se evitar esse tipo de sentimento e conseqüente abandono, salienta ser de grande importância uma abordagem familiar. Nessa abordagem, é necessário que se oriente a família, juntamente ao paciente, quanto à etiologia e tratamento do transtorno do cliente, facilitando assim a aceitação do atendimento por ambos (FORCELA e NOGUEIRA¹⁴ *apud* SIQUEIRA, 1999). Percebe-se que, na primeira internação, geralmente, os familiares têm esperança de cura do portador de transtorno mental, momento em que fazem grandes investimentos, que são de ordem econômica, emocional e temporal (ROSA, 2003).

Esta autora cita a estratégia de normalização como a primeira tentativa de alguns familiares no enfrentamento do problema. Neste tipo de estratégia, os familiares tentam normalizar os sintomas do portador de transtorno mental, isto é, tentam tornar fato corriqueiro estes sintomas, integrado na rotina habitual da família. Esta normalização dos sintomas aumenta quanto mais estes estão próximos de comportamentos socialmente aceitos, o que pode comprometer a sobrevivência física do portador de transtorno mental, principalmente quando este deixa de se alimentar ou diminui o nível de comunicação. Contudo, esta estratégia pode ser considerada um mecanismo de defesa, visto que a família sabe da estigmatização que o transtorno mental recebe por parte da sociedade. Salienta ainda outro tipo de mecanismo, que é o temor do efeito de contágio, ou seja, os demais integrantes da família têm medo de desenvolver um transtorno mental, devido, principalmente, à consangüinidade. Já Melman (2001) cita que o grupo tem, como finalidade, proteger os

¹⁴ FORCELA, H.T., NOGUEIRA, M.J.C. *Atuação da enfermeira na saúde mental da comunidade*, v.5, n.4, . 58-264, 1978.

indivíduos das forças ameaçadoras. No entanto, quando há um distúrbio mental nesse grupo, existe um aumento da tensão e um desafio do poder grupal, gerando sentimentos de impotência e vitimização.

Por não conseguir aceitar bem o fato de ter seu parente esquizofrênico, o familiar passa a buscar um sentido para as modificações de sua vida. A família procura explicações em crenças espirituais, na fé, ou seja, procura uma justificativa em um ser superior, pois, para Schneider (2000), a família parece ter “uma necessidade de apegar-se a algum recurso que transcenda a si mesma para escapar da facticidade de ser-aí-no-mundo-com-seu-parente em sofrimento psíquico”.

Com o surgimento da doença mental, conforme Melman (2001), as famílias, de modo geral, tendem a se culpar pelo adoecimento de seu familiar, procurando erros no passado, na busca incessante de respostas que amenizem seu sofrimento.

Entretanto, junto com o sentimento de culpa, soma-se a ansiedade e desorientação, visto que “a própria invisibilidade da ‘doença mental’ ativa os fantasmas familiares” (ROSA, 2003, p.247). A respeito, ainda, deste sentimento, afirma que a superproteção, sentimento inicialmente perceptível na família, pode ser um desdobramento possível. Muitas vezes, essa superproteção leva a uma infantilização do familiar com transtorno mental. Esse processo é perpassado pelo de desqualificação, levando à invalidação do portador de transtorno mental, deixando de ser levada em conta sua singularidade.

Também para Schneider (2000), o familiar ainda pode se sentir culpado, ou melhor, ter um sentimento de culpa, principalmente por se sentir responsável pela dificuldade em lidar com esta situação. Ele não consegue ter muitas perspectivas de melhoras de seu familiar esquizofrênico, demonstrando-se angustiado e sentindo-se limitado. Além disso, acaba tornando o ser esquizofrênico sem características próprias, pois passa a ser o cuidador, demonstrando respeito, preocupação e consideração, e, ao mesmo tempo, passa a fazer tudo

para o paciente, não permitindo que este seja ele próprio. Esta despersonalização do ser esquizofrênico acontece devido ao seu familiar tratá-lo como um objeto, para o qual tem de se dar a medicação, internar, e trazer para casa, e ainda vigiá-lo.

O ser-no-mundo familiar de esquizofrênico mostrou que, de início, um mero sujeito não “é” e nunca é dado sem mundo, da mesma maneira que não é dado um eu isolado sem os outros. Assim, mostrou-se habitando o mundo de ter alguém que considera sofrendo a contingência de estar no mundo com esquizofrenia (SCHNEIDER, 2000, p.286).

Schneider (2001) faz um questionamento quanto à etiologia da regressão psicótica do membro de uma família, pois seria a causa uma família doente ou seria a sociedade que “cria as condições de sofrimento psíquico numa família particular”? Faz referência, ainda, à interrogação de se a loucura e a normalidade da família não são dois aspectos possíveis do ser.

Pichón-Rivière (1986) já havia considerado a doença mental como não pertencente a um sujeito, e sim, ao grupo familiar. Logo, o doente mental seria o depositário, que assumiu os diferentes aspectos patológicos depositados pelos demais membros da família. Assim, sugere que o depositário seja o membro mais forte do grupo, tendo-se em vista que este se tornou o portador da enfermidade grupal. Portanto, isso se daria como uma maneira de preservar o grupo do caos e da destruição, sendo o adoecimento um pedido de ajuda, e o doente, o porta-voz da enfermidade grupal.

Schneider (2001) realizou um estudo descritivo com pacientes esquizofrênicos e seus familiares, no qual entrevistou 18 famílias. Nesse trabalho, pôde observar que logo que sente dificuldade em suprir as necessidades básicas, a família encaminha o paciente para o hospital, pois vê na internação um recurso para a melhoria de sua qualidade de vida. Os resultados obtidos foram que ser familiar de ser esquizofrênico é: conviver com alguém em constante mudança; ter sua vida transformada pela condição do familiar; desconhecer as causas do transtorno de seu familiar; estar sempre relembrando o estado anterior de seu familiar, quando ainda sadio; reviver as primeiras mudanças de comportamento do familiar; lidar com a não

aceitação de seu cuidado e afetividade; ter em mente a importância do tratamento medicamentoso para que seu parente possa permanecer no convívio familiar e até conseguir a cura; conviver com a agressividade desse familiar; aceitar esse membro da família, dentre outros.

Contudo, independente do fator causal da esquizofrenia, pode-se observar que a família fica sobrecarregada devido às demandas acometidas pelo adoecimento de um familiar e pelos cuidados por este exigido. Logo, esta sobrecarga não é somente econômica, mas também física e emocional (MELMAN, 2001).

2.4 Grupos

A necessidade do homem de se agrupar provém desde os primórdios, por isso se torna necessário o desenvolvimento de atividades grupais devido à sua natureza gregária (MUNARI e RODRIGUES, 1997b). Lopes¹⁵ (apud MUNARI e RODRIGUES, 1997a) faz referência ao surgimento dos grupos a partir da Grécia antiga e o seu enriquecimento através dos tempos.

Conforme já sabemos, o ser humano já nasce pertencente a um grupo, que é a família. No entanto, durante seu crescimento e por todo o restante de sua vida, se insere e até inicia novos grupos, seja com amigos, colegas de escola ou de profissão, seja na formação de uma nova família. Logo, o grupo se faz um instrumento, também, importante de trabalho, tendo em vista a necessidade acima citada de segregação.

Cartwright e Zander¹⁶, citados por Munari e Rodrigues (1997a), classificaram a dinâmica de grupos como podendo ser: uma ideologia política, visando “formas de organização e direção de grupos”; um conjunto de técnicas, preocupado com a aquisição de

¹⁵ LOPES, M.E.E.F.L. **Grupo de espera com familiares de pacientes psiquiátricos**. Ribeirão Preto: 1992. 116p. Dissertação (mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

conhecimentos relacionados à natureza dos grupos; e com os indivíduos, outros grupos e instituições mais amplas. Munari e Rodrigues (1997b) citam Cappon¹⁷, o qual afirmou que o fundamento básico da técnica de grupos pressupõe que o resultado positivo se dá pela troca de informações e a influência que uma pessoa exerce sobre a outra. Os autores salientam que o interesse da utilização desse recurso se dá “para ajudar e assistir as pessoas em suas necessidades”. Na enfermagem o grupo não é nenhuma novidade, pois já faz parte da natureza do enfermeiro, o qual tem grande parte de seu trabalho em grupos (MUNARI e RODRIGUES 1997a), conforme sua área de atuação.

No entanto, o grupo não deve ser visto como apenas um somatório de pessoas, mas sim, uma nova entidade, a qual possui leis e mecanismos próprios e específicos, que, segundo Zimerman (1993), são as condições fundamentais para que se caracterize um grupo de natureza operativa ou terapêutica. Nesse tipo de grupo, há um objetivo e tarefa pelos quais os indivíduos estão reunidos. Outra condição é que o grupo não exceda o limite que ponha em risco a comunicação visual, auditiva e conceitual.

Munari e Rodrigues (1997a) afirmam que é possível identificar o tipo de trabalho grupal por seus objetivos, que tenderão a definir o perfil da atividade. Os objetivos de um grupo podem ser: o de oferecer suporte; o de realizar tarefas; o de socializar; o de aprender mudanças de comportamento; o de treinar relações humanas; e o de oferecer psicoterapia. Os autores ainda fazem referência quanto à estrutura grupal, que se dá pelo tipo de participantes, pelo nível de prevenção, pelo grau de estrutura, pela orientação teórica e pelas variáveis físicas. No que se refere ao tipo de participante, deve ser determinado se será um grupo homogêneo ou heterogêneo de acordo com as variáveis sexo, idade, tipo de problema que apresentam. Quanto ao nível de prevenção, se será primária, secundária ou terciária. A

¹⁶ CARTWRIGHT & ZANDER, A. *Dinâmica de Grupo: pesquisa e teoria I e II*. São Paulo: EPU/ EDUSP, 1967.

¹⁷ CAPPON. J. *El movimiento en encuentro en psicoterapia de grupo: descripción y análisis crítico*. Mexico; Trillas, 1978.

orientação teórica será de acordo com a linha de pensamento escolhida, como psicanalítica, moreniana, pichoniana, comportamental, entre outras. As variáveis físicas serão de acordo com o tempo de duração, local das reuniões, números de componentes e coordenadores, números de sessões.

No caso de grupos com familiares de esquizofrênicos, cabe aos profissionais de saúde orientar o ser em sofrimento psíquico e seus familiares quanto às causas e ao tratamento dos transtornos mentais para que haja uma aceitação do atendimento e um enfrentamento, por ambos, dos problemas causados pela doença (FORCELA¹⁸ citado por SIQUEIRA, 1999). Mc Farlane et al¹⁹, citado por Siqueira (1999) constataram que “grupos educativos dão melhor resultado para familiares de esquizofrênicos”, e Spencer et al, também citado por Siqueira (1999), dizem que o ideal para se obter um resultado positivo é um acompanhamento de nove meses para esses familiares.

Silva (2000) salienta a questão da reforma psiquiátrica, abordando a importância da troca entre a enfermagem e os familiares de pessoas com doença mental. A autora ainda faz referência à importância do momento em que o profissional de saúde deve abordar a família:

[...] como qualquer organismo vivo, muitas vezes, a família se desorganiza, sendo, então, justamente, na ruptura do equilíbrio que se abre espaço para a entrada do profissional de saúde (p.145).

Para tanto, Silva (2000) afirma ser necessário que este profissional desenvolva uma sensibilidade tal que lhe possibilite apreender as necessidades, variações, constância e probabilidades da família, quando o objetivo de seu trabalho é o exercício da autonomia desta família. É necessário que o grupo treine e ajude a reconhecer sinais e sintomas que anunciam uma recaída de seu familiar esquizofrênico, aprendendo a diminuir a crítica e, possibilitando,

¹⁸ FORCELA, op. cit.

¹⁹ Mc FARLANE, W.R. et al. **Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia**. Arch. Gen. Psychiatry, v.52, p. 679-687, 1995

assim, a ajudarem na manutenção do tratamento medicamentoso, pois conseguem enxergar a sua importância (GABBARD, 1998).

Siqueira (1999) realizou uma pesquisa com famílias de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais III Revisado (DSM III-R), que foram hospitalizados apenas uma ou duas vezes. Foram dois grupos com 14 famílias em cada, na qual um grupo obteve um acompanhamento com 30 sessões de grupo para os familiares, e outro não. Pôde ser observada uma melhora significativa dos pacientes dos familiares com acompanhamento grupal, ao contrário do grupo controle, que obteve uma melhora insignificante. O autor atribui esse resultado a uma melhor compreensão do ser com transtorno mental por parte do familiar, possibilitando uma melhor relação, além de o familiar também poder avaliar que houve uma melhora deste. Salienta, ainda, que não houve diferença entre o número de internações, e sim, uma diferença qualitativa, pois os familiares orientados conseguiram identificar precocemente os sinais de recaída e levaram o ser em sofrimento psíquico para atendimento, possibilitando uma internação curta.

Dentro da enfermagem, Munari e Rodrigues (1997b) dividem em duas categorias o trabalho grupal: “enfermeiros coordenadores de grupos na assistência” e “trabalho grupal na vivência do enfermeiro”. No primeiro, as autoras colocam que os enfermeiros devem desenvolver grupos de acordo com a necessidade que o serviço em que estão inseridos exija, citando Lopes²⁰, o qual afirma que os enfermeiros não têm uma formação que capacite o profissional para coordenador de um grupo, seja na graduação, especialização ou pós-graduação, sendo que o profissional só conseguirá isso quando obtiver um autoconhecimento e relação grupal satisfatórios. No segundo, as autoras registram o relato de profissionais que dizem haver uma necessidade de manutenção, pois sempre é necessário “demonstrar e

²⁰ LOPES, M.E.E.F.L. **Grupo de espera com familiares de pacientes psiquiátricos**. Ribeirão Preto: 1992. 116p. Dissertação (mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

exercitar sua competência no manejo do grupo e ao mesmo tempo convencer outros enfermeiros e a própria instituição de que essa é uma atividade necessária”. Munari faz referência à dificuldade da enfermagem obter conhecimento teórico diferencial sobre o trabalho grupal. Sendo assim, esses profissionais adquirem conhecimento durante a prática nesse tipo de abordagem. Para Lewis²¹ (citado por MUNARI e RODRIGUES, 1997a) o grupo é uma entidade com qualidades que podem diferir daquelas de cada membro em particular.

Já para Kohlrausch e Rosa (1999), a questão educativa está muito presente na enfermagem; no entanto, a dificuldade está no fato de existir dois tipos de enfermeiro: os que partem do pressuposto e os que se inserem na realidade do usuário do serviço. Contudo, na questão dos grupos educativos, referem que a enfermagem deve ter o cuidado em não se considerar detentora do saber, respeitando o conhecimento e cultura de seus clientes.

Conforme Loomis²² *apud* MUNARI e RODRIGUES (1997a), é importante salientarmos que se deve estar atento à “solicitação excessiva de informação que podem estar colaborando para o aparecimento de um sintoma de resistência à mudança”, e também quando as perguntas se tornam monopolizadas, isto é, quando apenas uma pessoa faz perguntas, desviando o objetivo do grupo, que é de atender a todos os participantes, e não o de resolver um problema pessoal. Para tornar os participantes mais ativos é essencial que haja uma “orientação contextualizada no momento adequado dentro do grupo”, possibilitado que os sentimentos dos participantes aflorem, pois facilita que os mesmos exponham suas experiências.

²¹ LEWIS, D.J., FRAIN, K.A. & DONNELLY, M.H. **Chronic Pain Management Support Group: a program designed to facilitate coping.** *Rehabilitation Nursing*, V.18, n.5, sept/oct, 1993

²² LOOMIS, M.E. **Group process for nurses.** Saint Louis: Mosby Company, 1979

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Este estudo seguiu a modalidade de pesquisa convergente-assistencial, que, segundo Trentini e Paim (1999), se caracteriza por uma “renovação e inovação da prática assistencial”, visto que esse tipo de pesquisa valoriza o “saber pensar” e o “saber fazer”, pois para que seja realizada é imprescindível “aprender a pensar o fazer”. Salientam, ainda, que esse tipo de pesquisa estabelece “uma estreita relação com a situação social”, tendo por intenção descobrir soluções para problemas e possibilitar a realização de mudança e inovação no quadro social, estando comprometido diretamente com a melhoria do contexto social em que a pesquisa é realizada.

Preconizam que, desta forma, os pesquisados, além de contribuir com informações, também desempenham papel ativo no processo descrito acima. Contudo, entre tantos pontos, é importante destacar que esse tipo de pesquisa possibilita que o pesquisador articule a prática com o conhecimento teórico, sendo também que, “por outro lado, os pesquisadores formulam temas de pesquisa a partir das necessidades emergidas dos contextos da prática” (TRENTINI e PAIM, 1999, p. 27), ou seja, também contribui para construção teórica.

Lembram, ainda que, quando voltada para a enfermagem, essa modalidade de pesquisa “inclui atividades de cuidado/assistência dos clientes”, com a ressalva de que não se resume a isto, pois a pesquisa “é conduzida para descobrir realidades, resolver problemas específicos ou introduzir inovações em situações específicas”, caracterizando-se como uma “investigação”.

Entretanto, mesmo com esse caráter assistencial, a pesquisa seguiu rigorosamente os critérios para que fosse uma pesquisa quanto à obtenção, registro e análise da informação, sendo que mudou apenas seu retorno, que se deu imediatamente ao cliente, visto que teve de se portar de acordo com as necessidades da prática (TRENTINI e PAIM, 1999).

Logo, nossa pesquisa, de modalidade convergente-assistencial, se deu durante a implantação/execução do grupo com familiares de pacientes com esquizofrenia. Portanto a coleta de dados foi através de uma observação participante:

O observador participante entra em uma situação social com dois propósitos: engajar-se nas atividades apropriadas da situação social e observar e registrar as atividades, os atores com suas relações e com os seus aspectos físicos da situação (TRENTINI e PAIM, 1999, p. 89).

Inicialmente, para que conseguíssemos que fosse aceita a execução do projeto no CAIS Mental Centro, local onde realizamos nosso estágio curricular, foi necessária uma intensa negociação com este serviço, tendo em vista suas características, dentre estas o debate permanente de idéias. Estas tratativas iniciaram-se em abril de 2003, chegando a um dominador comum no princípio de maio do mesmo ano. Mesmo que o serviço tenha demonstrado interesse na implantação do grupo de familiares, foram necessários vários encontros com uma das enfermeiras para ajustar alguns detalhes. De acordo com estas reuniões, adequamos o presente projeto às solicitações do CAIS Mental Centro. Para tanto, estabelecemos que seriam quatro encontros, os quais teriam um caráter educativo, com pauta pré-definida.

O CAIS Mental Centro é um serviço no qual são atendidos pacientes em sofrimento mental quando em crise (CAD I) ou quando saindo de uma crise até sua estabilização (CAD II), contatando para isso com uma equipe multi e interdisciplinar, a saber: médico psiquiatra, enfermeira e técnico de enfermagem, assistente social, psicóloga, terapeuta ocupacional, entre outros.

Posteriormente, o projeto, já com as alterações necessárias, foi aprovado pela Comissão do Estágio Curricular da Escola de Enfermagem da UFRGS, para, após, ser apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, já que o serviço é integrante da rede básica. O parecer do Comitê de Ética pode ser visto no Anexo A.

Para que pudesse se tornar viável a execução do grupo de familiares, iniciou-se um grupo de estudos dentro do serviço sobre família, no qual participavam a enfermeira, a assistente social e nós. O grupo de estudo teve início no final do mês de maio, perdurando até o último encontro. Durante a ocorrência do mesmo, também houve negociações para a temática a ser trabalhada em cada encontro.

No primeiro mês de estágio, foi feito um levantamento da clientela que pretendíamos atender através do prontuário dos usuários, e também através de indicação dos terapeutas responsáveis. Logo, conforme Munari e Rodrigues (1997b) preconizam, a escolha do tipo de participante foi caracterizada por uma clientela fixa, que eram os familiares de pacientes esquizofrênicos, usuários do serviço, que se propuseram a participar voluntariamente, perfazendo um número máximo de participantes que não colocasse em risco a preservação da comunicação visual, auditiva e conceitual (MUNARI e RODRIGUES, 1997a), sendo que para este estudo, este número foi restrito ao máximo de 15 participantes.

Posterior a esse levantamento, foi feito contato telefônico com estes familiares, e entregamos convites através dos usuários do serviço, com dia e horário definidos.

A coordenação do grupo foi feita por nós, com participação de alguns profissionais da instituição, a saber: enfermeira e assistente social.

Tentamos manter uma periodicidade semanal, o que não foi possível devido à meteorologia, visto que dos quatro dias em que havia grupo, em três houve chuva, provocando o alagamento da cidade. Portanto, foram possíveis somente dois encontros, os quais serão descritos no próximo capítulo.

Quanto à temática, o objetivo inicial era se falar de saúde/doença mental, e também ser abordado a questão da esquizofrenia e de suas repercussões, o que também será relatado no próximo capítulo.

Na semana anterior ao primeiro encontro, iniciamos supervisão com o psiquiatra do serviço, que possui formação psicanalítica, a fim de entender as barreiras ainda sentidas, como, por exemplo, resistência para iniciar a atividade.

Os familiares que concordaram em participar deste grupo assinaram um termo de consentimento informado que continha o nome da responsável, da professora orientadora e os fins para que foram utilizadas as informações colhidas durante os quatro encontros, assegurando o anonimato deste familiar participante, conforme apêndice A.

Quanto ao registro dos dados coletados, foi feito um diário de campo, conforme apêndice B, sendo cada encontro transcrito imediatamente após seu término. Aqui, pode-se utilizar o diário para “registrar as observações e percepções de si mesmo” (auto-observação) e os diários para “registrar observações referentes a outras pessoas ou contextos sociais”. É de grande importância a auto-observação, na qual o “observador e o observado são a mesma pessoa”, visto que podem “ocorrer interpretações no seu intelecto que podem cair facilmente no esquecimento” se não forem registradas. “O diário servirá como mais uma fonte de informações, de grande utilidade na interpretação e discussão dos resultados” (TRENTINI e PAIM, 1999, p.92). Não houve gravação em fita K7 dos encontros por ser uma exigência do serviço.

Em relação aos resultados, servem para que o pesquisador estabeleça uma socialização entre comunidade científica e sociedade. Portanto, os resultados da pesquisa prática foram apresentados à comunidade já durante a assistência, enquanto que, cientificamente, ao final da disciplina Estágio Curricular, através da relação dialógica entre o encontrado nos grupos e o que se tem na literatura de saúde mental.

4 GRUPO DE FAMILIARES

Neste capítulo, descreveremos as etapas de cada encontro. No entanto, conforme citado anteriormente, serão descritos somente dois encontros, já que não foi possível realizar os quatro, conforme era nossa proposta inicial.

A análise dos encontros se dará no capítulo seguinte.

4.1 Primeiro Encontro

Neste primeiro encontro, consideramos importante estabelecer para os participantes os objetivos do grupo de familiares, apresentar as pessoas presentes, apresentar a nossa pesquisa juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido, e tentar ver qual as expectativas dos familiares e o que entendem que seja o CAIS Mental, e, conseqüentemente, o que é saúde mental. A seguir, abordaremos, na devida seqüência, cada etapa.

No primeiro momento, foi feita uma apresentação breve dos integrantes, e foi falado sobre a proposta do grupo, explicando o objetivo da existência deste. Foi esclarecido que o grupo seria um espaço para que os familiares falassem de si, de seus sentimentos em relação ao familiar em sofrimento psíquico e de suas dúvidas, além do grupo se constituir em um espaço que possibilitasse a troca entre eles.

Num segundo momento, foi falado sobre o projeto de pesquisa intitulado “Família e Esquizofrenia: implantação de grupo educativo em rede básica”; sendo apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido. Nesta etapa, abriu-se um espaço para explicação de eventuais dúvidas.

Num terceiro momento, foi feita a dinâmica intitulada “pares de balas doces”, retirada do livro *Adolescer*, da Associação Brasileira de Enfermagem (ABen, 2001), sendo adaptada

para reforçar o objetivo do grupo. Acreditávamos que essa dinâmica pudesse proporcionar uma melhor compreensão por parte dos familiares, levando-os a entender que o grupo é um espaço para eles, e dessa forma pudessem assumir o papel de integrantes de um grupo, e não, de familiares.

Para melhor esclarecimento, descreveremos a seguir as etapas da dinâmica:

- O facilitador passa um saco contendo pares de balas doces e pede para que cada participante retire uma para si;
- Após a distribuição, pede que cada um procure seu par de bala e sente ao seu lado (se houver número ímpar de participantes, haverá um trio);
- A bala será liberada para ser comida;
- O facilitador orienta para que cada um fale ao seu par sobre o que quiser por cinco minutos;
- O facilitador pede que cada um apresente o seu par.

Num quarto momento, tentamos ver o que o CAIS Mental era para eles. Não conseguimos seguir adiante devido ao adiantado da hora.

Foi combinado novo encontro para a próxima semana.

4.2 Segundo Encontro

Havíamos planejado para este encontro fazer uma dinâmica que viesse a reforçar a do primeiro encontro, isto é, mostrar que o grupo é um espaço para que os participantes falem de si e de seus sentimentos, mas, como houve um pequeno número de participantes, sua execução não foi possível, logo, não nos deteremos a descrevê-la.

Num primeiro momento, houve uma reapresentação dos participantes.

Após, questionamos se haviam entendido qual era a finalidade do grupo, pedindo que explicassem qual era o objetivo.

Proseguimos o grupo do ponto em que havíamos parado no encontro anterior. Abrimos espaço para que pudessem falar um pouco de suas histórias com o portador de transtorno mental.

Ao final, questionamos como havia sido o encontro anterior.

Perguntamos como estava o horário marcado e quando deveria ser o próximo, ficando combinado o terceiro encontro para a próxima semana, o qual findou por não ocorrer.

5 CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DOS ENCONTROS DO GRUPO DE FAMILIARES

Após termos feito uma descrição de cada encontro, faremos, neste capítulo, as considerações que acreditamos serem relevantes do que apareceu em cada encontro. Para melhor explicitação, dividiremos as considerações em primeiro e segundo encontro, novamente.

5.1 Primeiro Encontro

Um primeiro fator que nos chama a atenção é quanto à pontualidade dos participantes, sendo que de oito, nenhum chegou após o horário marcado. Isto demonstra o compromisso e a provável necessidade de participação neste tipo de grupo.

Durante a apresentação dos nomes, surgiu um fato curioso, que foi o de os familiares dizerem seu nome seguido do nome do familiar que fazia acompanhamento no CAIS Mental, não falando nada a respeito de sua vida, como idade, profissão ou estado civil. Isso se dá, conforme Melman (2001), inicialmente, porque os integrantes chegam no papel de familiares, visto que o uso dessa identidade é estimulada pela justificativa de existir o grupo.

Após o término da leitura do termo de consentimento, o qual falava em esquizofrenia, alguns participantes afirmaram não saber qual o diagnóstico de seu familiar com transtorno mental, no entanto, afirmavam não fazer diferença. Isso é um fato comum, pois a família não se preocupa com o diagnóstico porque acreditam que não tenha importância significativa, sendo que se preocupam mais com o controle dos sintomas, em especial, a agressividade e inquietação (ROSA, 2003). Essa questão já havia sido, anteriormente, trabalhada por Melman (2001), o qual afirmou que, muitas vezes, a vivência dos familiares não está diretamente relacionada à gravidade do quadro do transtorno.

Na realização da dinâmica, durante os cinco minutos de conversação, as duplas conversaram muito, não sendo percebida nenhuma dupla silenciosa. Entretanto, quando foi solicitado que os integrantes apresentassem o par da dinâmica, a grande maioria não sabia nada a respeito da pessoa com quem tinham conversado, não sabendo, algumas vezes, nem o nome desta. Podemos perceber, assim, que o grupo estava com uma grande necessidade de falar e pouca capacidade de escuta, visto que, ao apresentarem suas duplas, voltavam a apresentação para si e para seu familiar doente, falando muito no que já tinha passado devido ao transtorno mental.

Logo, por diversas vezes, foi necessário que se retomasse o objetivo da dinâmica, pois, conforme já havíamos citado em capítulo anterior, (LOOMIS²³ *apud* MUNARI e RODRIGUES, 1997a), é preciso que se tenha constante o objetivo naquele momento.

Quando questionado o que era o CAIS Mental para eles, nenhum familiar soube explicar, de forma concreta, não o caracterizando como um serviço de saúde da rede básica. Alguns familiares disseram que “O CAIS é tudo, é ‘deus’”. Uma familiar chegou a afirmar que “quando eu cheguei aqui, eu também estava louca”. Aqui, observa-se claramente a simbiose entre cuidador e portador de transtorno mental, relação em que há uma influência mútua, passando, o primeiro, a ser afetado de forma subjetiva pelos sintomas do transtorno mental (ROSA, 2003).

Essas afirmativas também demonstram a relação que estabelecem estes familiares com o serviço. Outra familiar afirmou que o CAIS Mental era muito bom e que recomendava para toda mãe que estivesse com problemas com seus filhos. Uma senhora afirmou que deveria agradecer a todos profissionais do CAIS, pois eles ajudaram a refazer sua vida com sua filha, afirmou ainda que o CAIS era como uma pessoa, que cada profissional que ali trabalhava era uma parte do corpo. Logo, esses depoimentos vêm a confirmar que “em muitas

²³ Ibid., p.28.

oportunidades, o discurso de uma pessoa revela o lugar central que a doença mental passa a ocupar em seu mundo, funcionando como um tipo de lente pela qual tudo atravessa, formatando o olhar". (Melman, 2001, p.99). E, também, podemos pensar no que é dito por Rosa (2003) a respeito de a família fazer um movimento de transferência para a esfera organizacional de toda a sua esperança de cura ou, ao menos, do controle comportamental do portador de transtorno mental, desejo comum após diversas reinternações.

Em grande parte do tempo do grupo, a fala ficou monopolizada por dois participantes, um pai e uma mãe. Um cuidado que se deve ter para que não aconteça, pois pode desviar o objetivo do grupo e, também, não atende a todos os participantes (LOOMIS²⁴ *apud* MUNARI e RODRIGUES, 1997a).

A necessidade de alívio da ansiedade foi tão grande, que o caráter educativo do grupo se limitou à explicação do que realmente era o serviço e de como este funcionava.

Ao término do grupo, foi combinado que o segundo encontro seria na próxima semana e no mesmo horário. A votação por este dia foi unânime. Neste ponto, pudemos constatar que muitos dos cuidadores reorganizam suas vidas em função do cuidado (ROSA, 2003), pois uma mãe e um pai afirmaram que, talvez, não pudessem comparecer no próximo encontro por terem de cuidar de seus netos, dependendo, em um caso, de a mãe da criança, usuária do serviço, estar organizada ou não, e no outro caso, de a mãe, também usuária do serviço, conseguir emprego.

5.2 Segundo Encontro

Compareceram duas familiares: uma mãe e uma esposa. Ambas chegaram exatamente no horário marcado. Aqui, não podemos fazer nenhuma afirmação quanto ao envolvimento e

²⁴ Ibid., p.28.

comprometimento dos participantes, pois o tempo estava chuvoso, o que dificultou o acesso ao serviço devido às inundações na cidade de Porto Alegre.

Quando questionado a finalidade do grupo de familiares, uma das familiares soube explicar bem, dizendo que o grupo é um espaço de troca entre os familiares, constituindo um espaço para falarem deles. Isto indica que a dinâmica do primeiro encontro surtiu resultado.

Esta mesma familiar, esposa de um usuário do serviço, contou um pouco de sua história com seu marido. Falou que foi, após quatro anos de casamento, com um filho de um ano de idade, que seu marido apresentou a primeira crise. Disse que ficou muito assustada e que não entendia o que estava acontecendo. Esse sentimento é contemplado pela literatura, que afirma que, na grande maioria das vezes, os familiares de pacientes em sofrimento psíquico se sentem sozinhos e não conseguem compreender a situação pela qual estão passando (MELMAN, 2001). Disse que custou a entender que o marido era doente.

Essa esposa sabia que a mãe de seu marido era doente, mas que ele, durante o namoro, era normal. Afirmou que sempre o achou diferente nas atitudes frente às situações, mas que não esperava que ele ficasse doente. Aqui, retornamos à questão de duas pessoas, ao formarem uma nova família através do matrimônio, não esperarem que surja a doença mental, ou seja, isso não está dentro das expectativas (ROSA, 2003), o que provocará, segundo Schneider (2000), uma perda de seu mundo, iniciando diversas transformações em suas vidas.

Não podemos esquecer, também, sobre o fato de este esposo com transtorno mental ocupar um papel importante na família, isto é, de estruturador, provocando um impacto bem maior (ROSA, 2003). Entretanto, ao contrário do que afirma Rosa (2003) quanto à questão de homem ter sua autoridade moral perante a família vulnerabilizada, esta familiar mostra que não foi bem assim, pois mesmo seu esposo recaindo em diversas crises, após quatro anos da primeira, essa esposa veio a ter um segundo filho, e, segundo Stryckman (2000), isto se dá devido ao desejo de filho no homem e na mulher, afirmando que esse filho é efeito de um ato

de amor, conforme o ponto de vista poético. No desejo do homem de ter um filho, existe necessidade de não só a paternidade, mas também, de “novas modalidades de relação com as mulheres e com o discurso social [...]”, sendo “[...] a mulher mediadora entre o desejo do homem e o efeito deste desejo, que é o filho” (p.96). Portanto, com essas afirmações feitas por este autor, podemos inferir que essa esposa continuava a colocar este homem no papel de marido e pai, fazendo-o através da paternidade, novamente.

Esta esposa cita ter fugido várias vezes com seus filhos, pois ele ficava violento e muito irritado, quando estava em casa. Logo, podemos pensar que este caso se enquadra nos achados de Rosa (2003), que aponta o medo do cuidador feminino frente a um portador de transtorno mental, principalmente quando este é agressivo, pois como mulher, não poderá fazer sua contenção física, podendo, até mesmo, ser agredida. Para ilustrar esses achados, essa esposa ainda relata como era difícil ver seu marido rindo na rua e, quando chegava em casa, começava a “quebrar tudo sem motivo algum”.

Ela ainda falou das internações dele, afirmando não se sentir segura, principalmente, quando ele foi preso em São Paulo, onde moraram por algum tempo. Acredita que ele teria sido preso porque entrara em crise dentro de um banheiro público e quebrara tudo. Contou que, no local onde havia sido detido, tinha pessoas de todo o tipo: delinqüentes, traficantes, viciados e assassinos. Quando ia visitá-lo, no entanto, ficava com muito medo de sofrer violência, e não se sentia segura, porque, no quadro em que o marido se encontrava, não poderia defendê-la. Disse que se separou muitas vezes, mas que acabava sempre voltando, porque ele prometia que iria se tratar, o que terminava por nunca acontecer.

Acaba partindo para a questão dos aniversários de seus filhos, que nunca conseguiam ser comemorados devido ao fato de o pai não permitir, pois não queria muitas pessoas na sua casa. Falou a respeito das internações de seu marido e como era isto para ela. Isso se explica pelo fato de as famílias com presença de transtorno mental acabarem se isolando do meio

social por falta de vontade, por vergonha ou por frustração (MELMAN, 2001). A esposa ainda cita, o que é descrito por Rosa (2003), como medo de contágio, principalmente relacionado à consangüinidade, a questão de sua filha, a mais velha, não ser normal, acreditando que isso se deva por ter visto e sofrido com as crises do pai. Aqui, lembramos de Pichón-Rivière (1986), que cita o fato de o portador de transtorno mental se tornar o bode expiatório do grupo familiar, e é o que acontece, pois, mesmo que indiretamente, a esposa culpa o marido pela suposta dificuldade da filha.

Ainda disse que seu marido foi para diversos hospitais psiquiátricos em Porto Alegre e que nunca sentaram com ela para explicar o que estava acontecendo, ao contrário do que é feito no CAIS. Acontecimento comum, de acordo com Melman (2001), que afirma que a família, em muitos serviços, é deixada em segundo plano.

Já a outra familiar afirmou que sempre tentou não pensar na questão do transtorno mental de sua filha, pois tinha que seguir em frente, dali em diante. Quando questionado o porquê, disse que era “doido” ficar lembrando. Contou um pouco a história de sua filha. Disse que essa era casada e tinha um filho, sendo sua primeira crise no nascimento do filho (neto da familiar em questão). Seu esposo decidiu se separar de uma hora para outra, o que foi difícil para a filha. Isso acontece, freqüentemente, porque, de acordo com Rosa (2003), a mulher sofre a desvantagem de tender a ser abandonada mais facilmente pelo marido, visto que este acredita que o cuidado, neste caso, não faz parte do contrato matrimonial; no entanto, o contrário não é verdadeiro. Logo, no caso de o portador de transtorno mental ser uma mulher, o seu cuidado fica voltado para a família de origem, isto é, a família parental, que foi o caso desta família. Conforme relatado, esta mãe deixou de morar com a outra filha para morar com esta e com a neta.

Quando questionado como era para ela se ver ali naquela situação, com a filha em crise e com um neto recém-nascido, ela respondeu que tinha de aceitar. Só lamentou o fato de

a filha não poder trabalhar, pois lhe ajudava muito e não deixava faltar nada. Esta é uma preocupação que está quase sempre presente nos cuidadores, ou seja, a ocupação do familiar com transtorno, pois acreditam que este deva trabalhar para ocupar o tempo, sendo que não é, necessariamente, devido ao dinheiro, e sim, por não precisarem se preocupar tanto no espaço de tempo em que estão ocupados e ainda poderem ter algum tempo livre. Contudo, vale ressaltar que, quando esse tempo é bem aproveitado, o trabalho torna-se terapêutico para o portador de transtorno mental, que se sente mais útil e gerador de renda (ROSA, 2003).

Ela coloca de forma positiva (algo bom) de que são só as três, sendo que interpretamos como se ela estivesse feliz com o fato de ter formado uma família somente com elas três: mãe, filha e neta. Esta nova estrutura familiar é contemplada por Roudinesco (2003), que afirma que, na atualidade, o papel do homem é apenas simbólico dentro de uma família, pois, cada vez mais, as mulheres ocupam mais espaços.

Indo ao encontro de nosso entendimento, esta familiar disse estar muito preocupada com a possibilidade da filha vir a se casar novamente. Esta apreensão pode ser explicada pelo fato de que entende que já formaram uma nova família, bem como pelo fato de que ter uma filha doente causa menos impacto no funcionamento do familiar, do que se fosse um esposo ou esposa (ROSA, 2003). Em consonância com esta idéia, a outra familiar disse que, se soubesse do problema do esposo, não teria se casado com ele.

Quando retomada a questão do encontro anterior, ou seja, do que era o CAIS Mental e como tinha sido o primeiro encontro, ela disse que foi bom, e que concorda com os outros participantes quanto ao fato de o CAIS ser muito bom.

Por fim, pudemos observar, no grupo de familiares, uma maior presença de cuidadores mais idosos, pois, conforme afirma Rosa (2003), em geral, o cuidador tem vinte anos ou mais que o portador de transtorno mental, e que, na maioria das vezes, é mulher. Comparativamente, no grupo, foi apenas uma pessoa mais jovem, que era uma filha, e dois

senhores, ambos pais. Entretanto, a autora salienta que, mesmo havendo uma divisão desse cuidado entre mãe, pai e irmãos, a proporção não é a mesma, sendo mais sobrecarregada a mulher.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste trabalho, pudemos visualizar a importância de se constituir um espaço que proporcione a escuta, a troca de experiências, orientações, que funcione como um aliviador de ansiedade, para os familiares de pacientes em sofrimento psíquico.

Para que isto se construísse, foi necessário nossa vivência na área da enfermagem em saúde mental, e a revisão e aprofundamento de alguns temas, como esquizofrenia, família, família com seres esquizofrênicos e grupos, para que pudéssemos estar instrumentalizadas para desenvolver este projeto assistencial.

Também é importante não esquecermos das etapas a serem percorridas para que isso fosse feito. Primeiramente, foi preciso que a equipe, inclusive e principalmente, a enfermagem, tivesse em mente o que é um grupo educativo, pois, na maioria das vezes, este é confundido com palestras. Sabíamos que este não era o propósito, pois não pretendíamos anular o conhecimento dos indivíduos, e sim, somar, pela troca de experiências e de conhecimentos, sendo o profissional de enfermagem um facilitador para que isso aconteça.

Durante a execução deste trabalho, pudemos também observar como é importante a receptividade da equipe a novas idéias, a importância do líder de mudança e do líder de resistência, conforme diz Pichón-Rivière (1986), pois através deles, teremos muitos ganhos, seja na qualidade, seja na executabilidade de um projeto. Logo, com isso, queremos dizer que a equipe do CAIS Mental Centro proporcionou um acréscimo neste trabalho, pois se dispuseram a discuti-lo e a trabalhá-lo, através das negociações e, principalmente, através do grupo de estudos sobre família. Acreditamos que isso foi facilitado pelo perfil desta equipe.

Pudemos constatar também que o grupo, mesmo sendo de caráter educativo, serve como uma ferramenta no alívio da ansiedade dos familiares, demonstrando que eles

apresentam uma grande necessidade de fala, pouca capacidade de escuta, tendo dificuldade em se colocar como indivíduo, assumindo o papel de familiar.

As questões que foram levantadas nos encontros do grupo são a constatação de sua incapacidade para se identificarem com indivíduos, ao invés de familiar; as dificuldades no convívio com o portador de transtorno mental; o quanto estes cuidadores se organizam em função do familiar que possui um transtorno; e o quanto atribuem à esfera institucional a responsabilidade de cura ou de melhora deste, atribuindo ao serviço o compromisso de melhorar suas vidas.

Estes achados foram trabalhados com os familiares durante os encontros, o que demonstra o caráter da metodologia escolhida, que permite fazer intervenções na situação social enquanto ela se dá, possibilitando atingir ao objetivo proposto, que era implantar um grupo com familiares de pacientes esquizofrênicos.

Além disto, estes achados foram trabalhados à luz da literatura de enfermagem em saúde mental e de psiquiatria, fato que fundamentou e propiciou a relação dialógica entre a situação estudada e o conhecimento já produzido.

Outra situação a ser salientada é o planejamento do grupo. Embora, no projeto deste trabalho houvesse a intenção de realizarmos quatro encontros com o grupo de familiares, isto não foi possível, devido a condições meteorológicas. Isto ilustra o quanto é necessário que haja flexibilidade na execução de projetos, para não ficarmos com uma impressão de não termos atingido nossos propósitos.

Por fim, é necessário destacar a repercussão deste trabalho no serviço onde foi desenvolvido. As integrantes da equipe, que fizeram parte do grupo, estão mobilizadas para continuar o trabalho iniciado com os familiares, que nos faz pensar que atingimos nossos propósitos, além de termos experienciado uma atividade nova e desafiadora.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Adolescer: compreender, atuar, acolher: projeto acolher**. Brasília: Aben, 2001.
- D'ANDREA, Flávio F. **Transtornos Psiquiátricos do Adulto**. São Paulo: SP. Ed DIFEL, p. 64-80, 1982.
- DUNCAN, B; SCHIMIDT, M; GIUGLIANI, E. **Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996.
- GABBARD, Gleen O. **Psiquiatria Psicodinâmica: baseado no DSM-IV**. Porto Alegre: ArtMed, p.133-154, 1998.
- KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J. **Compêndio de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- KAPLAN, H; SADOCK, B; & GREEB, J. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, p.439-466, 1997.
- KOHLRAUSCH, E; ROSA, N.G. **Relacionando os modelos assistenciais e as tendências pedagógicas em saúde: subsídios para a ação educativa da enfermeira**. Rev. Gaúcha de Enfermagem, v.20, n. esp., p.70-85, 1999.
- MUNARI, D.B; RODRIGUES, A.R.F. **Enfermagem e Grupos**. Goiânia: Ed AB, 1997a.
- MUNARI, D.B; RODRIGUES, A.R.F. **Processo grupal em enfermagem: possibilidades e limites**. Rev Escola de Enfermagem USP, v.31, n.2, p.237-50, ago 1997b.
- OSÓRIO, Luiz Carlos. **Família Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- PICHON-RIVIÈRE, Henrique. **O Processo Grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1986, 181p.
- ROSA, Lúcia. **Transtorno Mental e o Cuidado na Família**. São Paulo: Cortez, 2003, 367p.
- ROUDINESCO, Elisabeth. **A Família em Desordem**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2003. 199p.
- SCHNEIDER, Jacó Fernando. **O cuidado e a família do esquizofrênico**. O Mundo da Saúde, São Paulo, v.24, n.4, p.286-292, jul/ago 2000.
- SCHNEIDER, Jacó Fernando. **Ser-Família de Esquizofrênico: o que é isto?** Cascavel: SC, EDUNIOESTE, 2001. 106p.
- SILVA, Mar Regina Santos. **A finalidade do trabalho de enfermagem com familiares que convivem com a doença mental em seu cotidiano**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v.21, n.1, p.138-151, jan 2000.

SIQUEIRA, A. C. Jr. **Grupo de familiares, como colaborador no tratamento de esquizofrênicos.** Nursing: revista técnica de enfermagem, n.18, ano 2, p. 14-16, nov 1999.

STRYCKMAN, Nicole. O Desejo de Filho no Homem e na Mulher. Rev. Psicanálise e Clínica de Bebês. Associação Psicanalítica de Curitiba, n.4, ano IV, p.91-108, dez 2000.

STUART, G.W.; LARAIA, M.T. **Enfermagem Psiquiátrica: princípios e práticas.** Porto Alegre: Artmed Editora, p. 438-470, 2001.

TAYLOR, Cecília M. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness.** Porto Alegre: Artes Médicas, p. 181-184, 1992.

TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa em Enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial.** Florianópolis: Ed da UFSC, 1999.

ZIMERMAN, D.E. **Fundamentos Básicos das Grupoterapias.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda, 1993.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Registro e descrição das atividades de grupo com familiares)

Contando com sua colaboração, dirijo-me, no intuito de obter seu consentimento formal para proceder ao registro das atividades desenvolvidas no Grupo com Familiares de Pacientes em Sofrimento Psíquico, o qual sua participação se deu por livre e espontânea vontade.

Informo que os registros farão parte do relatório de atividades do grupo que faz parte do trabalho de conclusão intitulado: Família e Esquizofrenia: implantação de grupo educativo na rede básica.

O referido trabalho, sob orientação da Professora Eglê Kohlrausch, é exigido como parte da avaliação da disciplina Estágio Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e requisito para a obtenção do grau de Enfermeiro.

A responsável é a acadêmica de enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS – Cristiane Primieri Isoppo, e me coloco à disposição para esclarecimentos necessários pelo telefone (51) 96971210.

Assumo que as informações colhidas e descritas no relatório seguirão a condição ética de manter, por minha pessoa, o total anonimato.

O presente termo vai assinado em duas vias por ambas as partes envolvidas, permanecendo uma com o participante e outra com o responsável.

Nome do Participante: _____ Assinatura: _____

Nome do Responsável: Cristiane Primieri Isoppo Assinatura: _____

ANEXO



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO
DIREÇÃO CIENTÍFICA
COORDENADORIA DE ENSINO E PESQUISA

Of. DC. 067/2003

Porto Alegre, 27 de junho de 2003.

Ref. Projeto de Pesquisa

AC CP N. 026/2003

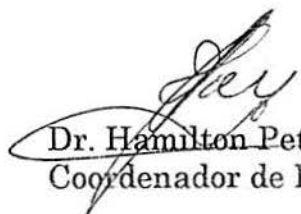
“Família e esquizofrenia: implantação de grupo educativo na rede básica.”

Prezados Autores:

O seu projeto de pesquisa foi revisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Pronto Socorro Municipal de Porto Alegre, sendo considerado adequado do ponto de vista ético e metodológico para execução.

Colocamo-nos a sua disposição para quaisquer informações adicionais.

Atenciosamente,


Dr. Hamilton Petry de Souza,
Coordenador de Ensino e Pesquisa.