

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

**PROJETO ASSISTENCIAL: IMPLANTAÇÃO DE GRUPO DE
SALA DE ESPERA COM FAMILIARES DE PACIENTES EM
SOFRIMENTO PSÍQUICO**

Cristiane Raquel Kunzler

Por

10,0

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMISSÃO DE GRADUAÇÃO
Disciplina Estágio Curricular -Enf 99003

**PROJETO ASSISTENCIAL: IMPLANTAÇÃO DE
GRUPO DE SALA DE ESPERA COM FAMILIARES DE
PACIENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO**

Trabalho de Conclusão do curso
de Graduação em Enfermagem.

Cristiane Raquel Kunzler

Orientadora: Prof. Eglê Kohlrausch

Porto Alegre, abril de 2002.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	04
2 CARACTERIZANDO O HOSPITAL.....	07
3 CONSTRUINDO UM REFERENCIAL TEÓRICO SOBRE GRUPO.....	10
3.1 Diferenciando grupo de agrupamento.....	10
3.2 Caracterizando o grupo de sala de espera.....	12
3.3 Atributos desejáveis para um coordenador de grupo.....	14
4 O CAMINHO PERCORRIDO.....	18
5 RELATANDO A EXPERIÊNCIA.....	21
5.1 Primeiro grupo.....	21
5.2 Segundo grupo.....	22
5.3 Terceiro grupo.....	25
6 UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE A EXPERIÊNCIA.....	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

O trabalho de conclusão desenvolvido trata-se do relato da estruturação e do desenvolvimento do Projeto Assistencial: Implantação de um Grupo de Sala de Espera para Familiares de Pacientes em Sofrimento Psíquico. Este projeto foi realizado no decorrer das atividades da Disciplina de Estágio Curricular, do 9º semestre do Curso de Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Enfermeiro.

A idéia deste projeto surgiu a partir da minha experiência em estágio extracurricular no Hospital Psiquiátrico São Pedro em Porto Alegre, onde identifiquei, a partir do contato com pacientes e seus familiares, que estes necessitavam de apoio, orientação e esclarecimentos quanto ao sofrimento psíquico, seu diagnóstico e tratamento, pois se mostravam bastante ansiosos, desorientados e com pouco conhecimento quanto ao manejo com a doença e com o doente. Percebi que, nestas situações de crise, existe um sofrimento na família, que pode, de alguma forma ser aplacado.

Segundo Manzolli (1996) a família, como toda a instituição social, apresenta aspectos positivos, enquanto núcleo afetivo, de apoio e solidariedade. Por outro lado, apresenta aspectos negativos como a imposição normativa através de leis, usos e costumes, que implicam em formas e finalidades rígidas. Apesar dos conflitos, a família, no entanto, é “única” em seu papel determinante no desenvolvimento da sociabilidade, da afetividade e do bem-estar físico dos indivíduos, sobretudo durante o período de infância, adolescência e velhice.

Neste sentido, acredito que a família é afetada diretamente quando um de seus membros sofre com algum transtorno mental e assim, necessita de ajuda e apoio para conseguir suportar tal sofrimento e reagir de maneira positiva, ou seja, compreendendo melhor a situação e auxiliando seu familiar neste momento.

Para Caplan (1980) os aspectos físicos como alimentação, moradia, estimulação sensorial, bem como um grupo familiar bem estruturado, onde o sistema de autoridade seja claro, a comunicação seja aberta e os papéis dos membros se articulem de forma complementar são fatores que proporcionam à pessoa o conhecimento e a confiança para resolver seus problemas de modo aceitável.

Na falta de algum desses elementos, tanto os aspectos físicos quanto uma família estruturada, a pessoa pode necessitar de ajuda externa, que poderá ser solicitada direta ou indiretamente por quem enfrenta a crise. É aí que entra o nosso papel como profissionais da saúde, enfermeiros, em auxiliar o indivíduo e sua família no enfrentamento desse período.

Portanto, considerando os aspectos apontados na literatura e as necessidades identificadas, este trabalho teve por objetivo relatar as vivências da implantação de um grupo de sala de espera para familiares de pacientes em sofrimento psíquico; identificar os conhecimentos que estes familiares possuem acerca dos transtornos psiquiátricos; orientar estes familiares em relação a suas dúvidas sobre os procedimentos diagnósticos e de tratamento do sofrimento psíquico; estimular o sentido de cidadania destes familiares, a partir da aquisição de conhecimentos que lhe são próprios.

2 CARACTERIZANDO O HOSPITAL

O Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) trata-se um hospital público de referência estadual para hospitalização psiquiátrica. Atende pacientes portadores de todos os tipos de sofrimentos psíquicos. O HPSP possui quatorze unidades de moradia e seis unidades de internação.

O Serviço de Admissão e Triagem, local onde o trabalho foi desenvolvido, é um setor que funciona 24 horas, onde todos os pacientes, em situação de emergência, da grande Porto Alegre e interior do Estado que procuram atendimento, passam por uma avaliação.

Esta avaliação é realizada por um médico psiquiatra, o qual avalia a necessidade de internação imediata, ou faz a contrareferência para o posto de saúde da cidade de origem do paciente. Na maioria dos casos, o psiquiatra conversa primeiro com o familiar ou acompanhante do paciente, e após com o paciente. Dependendo da situação, ele atende familiar e paciente juntamente.

Os pacientes quando são contrareferenciados para o posto de saúde, geralmente levam medicação para, aproximadamente, três a quatro dias até conseguirem uma consulta no posto de saúde. A equipe de enfermagem orienta o uso das medicações prescritas que o paciente leva, como também o procedimento que o familiar deve realizar junto ao posto de saúde da sua cidade de origem.

Os pacientes quando internam são avaliados também por um médico clínico e seus familiares são entrevistados pela assistente social. Durante todo o período que o paciente permanece no serviço ele é assistido pela equipe de enfermagem.

Enquanto se dá o atendimento médico, tanto os familiares quanto os pacientes aguardam na sala de espera do serviço de admissão, que é o local onde foram realizados os grupos.

Esta sala de espera possui, aproximadamente, doze metros quadrados. É composta por três bancos de alvenaria fixos, justamente como medida de proteção para os pacientes e familiares, já que o serviço de admissão e triagem trata-se de um serviço de emergência. Há nesta sala dois banheiros, um feminino e outro masculino e um bebedouro que é fixo e envolto por grades, e as janelas também possuem grades como medida de proteção.

É na sala de espera que inicia o atendimento de enfermagem, pois é nesta sala que a equipe de enfermagem faz a primeira avaliação do paciente no momento em que este chega ao serviço. A equipe de enfermagem avalia a possibilidade do paciente

permanecer na sala de espera ou encaminha-o para a sala de observação, que fica junto ao posto de enfermagem, quando necessário.

Quando o paciente chega agitado, agressivo ou contido, ele é conduzido até a sala de observação para aguardar o atendimento médico, muitas vezes em contenção mecânica, sob os cuidados da enfermagem. Já em situações que o paciente não apresenta riscos, de agressão contra si ou contra os demais ou de fuga, ele permanece aguardando atendimento médico na sala de espera. Nessa situação, a enfermagem observa o comportamento do paciente, oferece alimentação e líquidos e, em alguns casos, encaminha o paciente ao banho.

Durante os meses de janeiro, fevereiro e março de 2002 realizaram-se, no serviço de admissão e triagem, 463, 371 e 471 atendimentos, respectivamente. Portanto, em média foram atendidos quatorze pacientes por dia. Considerando que cada paciente vem ao serviço acompanhado por um familiar ou acompanhante, a quantidade de familiares que passaram pelo serviço de admissão e triagem foi de, aproximadamente, quatorze por dia. Contudo, se levarmos em conta que, muitas vezes, os pacientes vem acompanhados por mais de uma pessoa, esse número aumenta consideravelmente.

3 CONSTRUINDO UM REFERENCIAL TEÓRICO SOBRE GRUPO

Inicialmente, buscou-se, na literatura especializada sobre grupos, uma linha norteadora para este projeto assistencial dentre as diversas modalidades de grupo existentes. Também viu-se a importância de definir o que é um grupo e no que ele difere de um agrupamento.

3.1 Diferenciando Grupo de Agrupamento

“O ser humano é gregário por natureza e somente existe, ou subsiste, em função de seus inter-relacionamentos grupais. Sempre, desde o nascimento, o indivíduo participa de diferentes grupos, numa constante dialética entre a busca de sua identidade individual e a necessidade de uma identidade grupal” (Zimmerman, 1997 p.26).

Para Zimmerman (1997), um grupo não é apenas um somatório de pessoas, mas sim, se constitui como nova entidade, com leis e mecanismos próprios e específicos. Todos os integrantes de um grupo estão reunidos em função de uma tarefa e de um objetivo comum ao interesse deles.

Apesar de um grupo se constituir como uma nova entidade, com uma identidade grupal própria, é também muito importante e indispensável preservar, separadamente, as identidades específicas de cada um dos componentes.

Já o termo agrupamento trata-se de um conjunto de pessoas que estão juntas compartilhando de um mesmo espaço, porém não há interação e vínculo entre os indivíduos. O que não quer dizer que um agrupamento não possa tornar-se um grupo.

Um exemplo de agrupamento são as pessoas que ficavam na sala de espera do serviço de admissão e triagem do HPSP. Elas estavam reunidas aguardando, ansiosas, para serem atendidas, porém não se conheciam e não interagiam entre si, portanto não passavam de um somatório de indivíduos. Isso não significa que estas pessoas não poderiam tornar-se um grupo à medida que compartilhassem suas angústias, medos, tristezas e expectativas. Segundo Taylor (1992) “para que possam ser vistos como um grupo, os indivíduos devem relacionar-se uns com os outros, geralmente em torno de tarefas e objetivos do grupo” (p.383).

Penso que, a partir dessa interação, pode-se gerar uma situação de aprendizagem e crescimento no momento em que as pessoas que estavam aguardando na sala de espera puderem trocar suas experiências de vida.

Pichon-Rivière (1986) diz que “grupo é um conjunto restrito de pessoas, ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, e articuladas por sua mútua

representação interna, que se propõe, de forma explícita ou implícita, uma tarefa que constitui sua finalidade” (p. 177).

3.2 Caracterizando o Grupo de Sala de Espera

Neste projeto assistencial o grupo de sala de espera foi entendido como um recurso utilizado para que se desenvolva um trabalho de grupo na sala de espera de um determinado serviço de saúde (unidades de internação, serviços de emergências e triagem, consultórios, unidades sanitárias, centros de tratamento intensivo, sala de recuperação, entre outros) com as pessoas que estão aguardando nesta sala, ou seja, pacientes, familiares e acompanhantes, objetivando diminuir sua ansiedade e esclarecer suas dúvidas.

O grupo de sala de espera caracteriza-se, segundo Osório (1986), como sendo um grupo aberto, de demanda livre e espontânea. Portanto, as pessoas que participaram do grupo não foram sempre as mesmas, mas sim as que estavam ali no momento e concordaram, de livre e espontânea vontade, em participar do grupo.

Segundo Schraiber (1996) este grupo de sala de espera, que pode também ser chamado de grupo de conversa, trabalha acolhendo as falas que dizem respeito a queixas vagas, sofrimentos e problemas da vida.

A condição comum de espera e demanda em torno de alguma necessidade de saúde também reúne as pessoas quanto a vários sentimentos, diferentes para cada

um: da ansiedade para, enfim, colocar seu problema e poder aguardar pela solução, ao medo e angústia de um diagnóstico.

De acordo com minha experiência acadêmica, sei que este tipo de trabalho grupal vem sendo realizado há mais tempo na saúde comunitária, com muitos resultados positivos. Também foi realizado por Silva (1999) na sala de espera do centro de tratamento intensivo (CTI) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, intitulado: “Eu-Tu-Nós, uma experiência de orientação em sala de espera de CTI”.

Neste sentido, cabe ressaltar a importância do enfermeiro trabalhar com grupos, seja ele de qualquer modalidade, pois o enfermeiro é um profissional apto para tal e, muitas vezes, é o profissional que mais tempo permanece junto ao paciente e sua família.

“Um grupo proporciona ao enfermeiro uma modalidade potencialmente mais terapêutica que o encontro de duas pessoas, enfermeiro e paciente. Possibilita seus membros uma variedade de relacionamentos, enquanto interagem uns com os outros e com o líder do grupo” (LaSalle, 2001, p. 695).

Dentre as diversas modalidades de grupo, optou-se pela técnica de grupo operativo que, de acordo com Pichon-Rivière (1986), caracteriza-se por estar centrada, de forma explícita, em uma tarefa que pode ser a aprendizagem, a cura (em grupos terapêuticos), o diagnóstico das dificuldades de uma organização profissional, a criação publicitária, dentre outras. Sob esta tarefa existe outra, implícita, que aponta para a ruptura, através do esclarecimento das pautas estereotipadas que dificultam a aprendizagem e a comunicação, significando um obstáculo frente a toda situação de

progresso e mudança. Enfim, esta técnica privilegia a tarefa grupal como caminho para atingir seus objetivos.

A tarefa deste grupo de sala de espera foi identificar quais os conhecimentos que os familiares tinham sobre a doença mental e quais as dúvidas que gostariam de esclarecer naquele momento.

3.3 Atributos desejáveis para um coordenador de grupo

Ao revisar a literatura sobre grupos, percebi que o coordenador de um grupo possui um papel muito importante no grupo, pois cabe a ele conduzir o grupo de modo que os participantes sintam-se à vontade para contribuir, expondo suas dúvidas, angústias e percepções a cerca dos assuntos abordados.

Segundo Pichon-Rivière (1986) o coordenador cumpre, no grupo, um papel prescrito: o de ajudar os membros a pensar, abordando os obstáculos desenvolvidos pelas ansiedades básicas. Auxilia nas dificuldades da tarefa e da comunicação, valendo-se da observação das situações manifestadas e da interpretação da causalidade subjacente.

Para Zimmerman (1997) existem alguns atributos que são como um conjunto de condições desejáveis e, em certas situações, imprescindíveis para um coordenador:

a) Gostar e acreditar em grupos

Como em qualquer outra atividade profissional, a pessoa deve gostar do que faz, ou irá trabalhar com um enorme desgaste pessoal, prejudicando sua tarefa. No trabalho com grupos não deixa de ser diferente, pois a pessoa deve gostar deste tipo de trabalho para que ele tenha êxito, principalmente porque os participantes do grupo captam com facilidade aquilo que lhes é passado pelo coordenador, seja entusiasmo ou cansaço, verdade ou falsidade.

b) Senso de ética

O coordenador além de manter sigilo daquilo que lhe foi dado em confiança, deve propiciar liberdade aos membros do grupo, desde que esta liberdade não invada a dos outros. Também deve manter o respeito com o grupo, não impondo-lhe seus próprios valores e expectativas.

c) Paciência

Ao contrário do sentido habitual da palavra, que dá idéia de passividade, de resignação, a paciência deve ser entendida como uma atitude ativa. O coordenador deve conceder o tempo necessário que cada componente precisa para manifestar seus sentimentos, suas ansiedades e adquirir confiança no grupo.

d) Respeito

Seu significado é muito mais amplo do que o usualmente empregado. Trata-se da capacidade do coordenador olhar para os participantes com outros olhos, com outras expectativas, ou seja, sem rotular as pessoas e respeitando as limitações de cada um.

e) Função de pensar

Aqui a função do coordenador é perceber se os participantes do grupo sabem pensar as idéias, os sentimentos que são verbalizados, ou somente os descarregam como forma de desabafo. A capacidade de pensar também implica em escutar os outros, assumir sua cota de responsabilidade pela natureza do sentimento que acompanha a idéia, estabelecer confrontos e, sobretudo, sentir liberdade para pensar, não somente sendo submisso aos pensamentos dos outros.

f) Comunicação

É extremamente importante que a comunicação entre o coordenador e o grupo seja adequada. O coordenador deve comunicar-se de maneira que as pessoas o compreendam, por exemplo, não adianta falar usando termos complexos se os participantes do grupo não irão entender tais nomenclaturas. Cabe também ressaltar que a comunicação não é unicamente verbal, portanto o coordenador deve valorizar as mais variadas formas de comunicação não-verbal que possam surgir no grupo.

g) Empatia

Trata-se da capacidade do coordenador em se colocar no lugar de cada um do grupo e entrar no clima grupal.

É importante e necessário que o coordenador consiga distinguir os sentimentos que provêm dos participantes daqueles que pertencem unicamente a ele mesmo.

h) Síntese e integração

Diz respeito à capacidade que o coordenador deve ter de sintetizar as inúmeras comunicações provindas dos participantes e que, muitas vezes, são totalmente diferentes, unificando-as e centralizando-as na tarefa comum do grupo.

Esta função de síntese não pode ser confundida com a habilidade de fazer resumos.

4 O CAMINHO PERCORRIDO

O trabalho de implantação do grupo de sala de espera seguiu o modelo de projeto assistencial que foi adaptado do referencial que Trentini e Paim (1999) chamam de “Pesquisa Convergente-Assistencial”, ou seja,

“... aquela que mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudança e introduzir inovações na situação social...” (p.26).

Este trabalho foi realizado no Serviço de Admissão e Triagem do Hospital Psiquiátrico São Pedro, sob forma de grupo sala de espera com os familiares dos pacientes em sofrimento psíquico no período de fevereiro e março de 2002.

Inicialmente o grupo seria realizado uma vez por semana, às sextas-feiras. Porém, de acordo com as características do serviço, houve sextas-feiras em que a demanda de pacientes foi escassa e conseqüentemente não teve familiares para participarem do grupo. Sendo assim, foi necessária uma adaptação do grupo, que continuou sendo realizado semanalmente, contudo em um dia da semana em que tivesse maior demanda de atendimentos.

Os grupos tiveram duração de, aproximadamente, uma hora. Os assuntos abordados surgiram a partir das questões norteadoras: *O que você sabe sobre doença mental e o que gostaria de saber neste momento?*

As informações foram coletadas através de observação participante, que, segundo Gil (1999), pode também ser chamada de observação ativa e consiste na participação real do conhecimento na vida de uma comunidade, de um grupo ou de uma determinada situação. Trata-se de uma técnica pela qual se chega ao conhecimento da vida de um grupo a partir do interior dele mesmo.

Estas informações, após serem coletadas, foram registradas sob forma de diário de campo.

“Na pratica assistencial o tipo de informação a ser obtida e o seu registro visa à adequação da assistência para uma situação específica e imediata, e obedece às necessidades manifestadas pelo cliente: o problema a ser tratado é manifestado pelo cliente, seja ele individuo, grupo ou comunidade”. (Trentini e Paim, 1999, p. 32).

Este trabalho teve a concordância e a participação da Enfermeira do Serviço de Admissão e Triagem do hospital, supervisora do meu estágio curricular. A mesma não participou diretamente das reuniões dos grupos, mas participou de forma indireta, ou seja, após a realização dos grupos nós conversávamos sobre os assuntos abordados no grupo e também fazíamos uma avaliação do mesmo.

Além da concordância da enfermeira, o trabalho foi encaminhado para Comissão de Ética do HPSP, sendo apreciado e considerado apto para ser desenvolvido.

(Anexo 1)

Os familiares participantes foram informados dos objetivos e finalidades deste trabalho e concordaram com o mesmo, através de um consentimento por escrito (Anexo 2), o qual foi assinado em duas vias, sendo que uma foi entregue ao participante e outra ficou comigo arquivada.

5 RELATANDO A EXPERIÊNCIA

5.1 Primeiro grupo

O primeiro grupo contou com a participação de seis familiares, uns mais falantes outros mais calados. Neste dia, por ser a primeira vez que eu estava coordenado o grupo, fiquei um pouco nervosa. Estava bastante ansiosa para saber como seria o meu desempenho como coordenadora e o que surgia por parte dos participantes.

Os assuntos que mais surgiram foram em relação à doença dos familiares de cada um. Um casal (pai e mãe) de um rapaz usuário de drogas falou sobre a trajetória da doença do filho, de como ele começou a se drogar e da dificuldade que vinham encontrando para tratá-lo. Questionaram o uso de certas medicações, como também os efeitos delas no paciente.

Um familiar comentou que a doença mental não tem cura e que ninguém sabe exatamente suas causas, mas gostaria de saber se existe alguma maneira de identificar se a pessoa poderá enlouquecer algum dia.

No grupo percebi que haviam pessoas que sabiam bastante sobre os transtornos mentais, assim como outras que sabiam alguma coisa, porém todos queriam saber o porquê da doença, o porquê com o seu familiar e não com outra pessoa. Conforme a teoria de Engel descrita por Fisher e Blazer (2002), foi orientado aos familiares que explicações unitárias não são adequadas para explicar as causas das doenças e tampouco estratégias de prevenção e tratamento adequadas. Existe uma inter-relação entre fatores biológicos como, fatores anatômicos e moleculares, sexo, idade, etnia e genética; fatores psicológicos como a personalidade do indivíduo e os fatores sociais que incluem a família, sociedade, cultura e ambiente.

Também notei que um participante não interagiu muito verbalmente com o grupo, mas estava bastante atento para o que era dito. Segundo Stefanelli (1993), a comunicação não verbal está presente continuamente e envolve todas as manifestações de comportamento não expressas por palavras. Ela só pode ser examinada no contexto onde ocorre porque sua significação está diretamente vinculada a este. E é por meio da comunicação não verbal que, muitas vezes, identificamos se a pessoa está com medo, com dor, ansiosa ou preocupada.

Após o término do grupo os familiares continuaram a interagir uns com os outros trocando suas experiências, o que me deixou bastante satisfeita pois me senti como um elo de ligação para tais trocas.

5.2 Segundo grupo

Na segunda realização do grupo me senti mais segura, pois não se tratava de uma coisa nova para mim. Este grupo também teve a participação de seis familiares. O ambiente estava bastante agitado, pois haviam vários atendimentos e nesta tarde realizaram-se oito internações.

Neste dia os participantes questionaram bastante quanto ao surgimento das doenças mentais e os motivos pelos quais elas surgem em determinada idade da vida da pessoa.

Também perguntaram quanto ao tratamento. Um familiar quis saber porque, mesmo fazendo corretamente o tratamento, o paciente volta a ter crises e volta a ficar atrapalhado. Expliquei que os transtornos mentais não têm cura, mas sim melhoram com o tratamento, portanto não quer dizer que o paciente não poderá ter novas crises.

Além disto, com qualquer doença, mas especialmente com esses transtornos persistentes e incapacitantes, a oferta do medicamento adequado é essencial, porém não é suficiente. É necessária uma faixa completa de serviços voltados para a reabilitação, para a vida independente e para melhorar a qualidade de vida (Sundeen, 2001). ✓

Um familiar (irmã de uma paciente), após um período de silêncio, comentou que as pessoas devem aceitar a doença e os seus problemas e tentar conviver com eles da melhor maneira possível, fazendo o tratamento, e não ficar tentando descobrir o porque e tentando achar a cura para a doença.

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Registro e descrição das atividades de grupo de sala de espera)

Estou de acordo em participar, de livre e espontânea vontade, do grupo de sala de espera para familiares de pacientes em sofrimento psíquico, realizado no Serviço de Admissão e Triagem deste hospital, que será coordenado pela acadêmica de enfermagem Cristiane R. Kunzler, o qual terá duração de aproximadamente 1 hora.

Ciente de que os assuntos abordados no grupo, que surgirão a partir das seguintes questões: *O que você sabe sobre doença mental e o que gostaria de saber neste momento?* farão parte do Trabalho de Conclusão da acadêmica.

O referido trabalho, orientado pela 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 à obtenção do grau de Enfermeiro.

As informações colhidas e descritas no trabalho seguirão a condição ética de manter, por parte da acadêmica, o total anonimato.

A participação no grupo não irá interferir no atendimento de seu familiar pelo médico psiquiatra.

O presente termo vai assinado por ambas as partes envolvidas em duas vias (uma do participante e outra do responsável).

Por fim, a aluna coloca-se a disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários à luz do exposto acima.

Nome do participante:

assinatura:

Nome do responsável: Cristiane Raquel Kunzler

assinatura:

Contato: fone (51) 916 98 566

Esse comentário foi de enorme grandeza para o grupo, pois os demais participantes perceberam que ela estava tentando estimulá-los a não desanimar com a doença e ter forças para enfrentá-la. Com esta participação, pode-se exercitar o papel de coordenador que não centraliza as falas, e aproveita a riqueza dos depoimentos dos integrantes do grupo para concluir assuntos e/ou fazer um fechamento (Zimmerman, 1997).

Outro assunto muito falado neste dia de grupo foram as drogas. Certamente pelo fato de que, metade dos familiares presentes estavam acompanhando pacientes dependentes químicos. A maior dúvida deles, entre outras, era se o uso de drogas poderia levar a pessoa a ter um transtorno mental.

Isto foi explicado aos familiares, usando Jefferson (2001), que diz que as substâncias psicoativas têm sido usadas pelas pessoas de praticamente todas as culturas desde os tempos pré-históricos. As pessoas continuam usando-as para o alívio de estados emocionais negativos, como depressão, medo, fadiga, ansiedade e tédio, e como fuga das rotinas diárias através de estados alterados de consciência. O uso excessivo dessas substâncias tem contribuído para profundos problemas individuais e sociais. As drogas de abuso incluem drogas lícitas, como álcool e drogas prescritas, drogas ilícitas como heroína, cocaína e maconha, e produtos de uso domésticos, como os inalantes.

O abuso de substâncias está envolvido em diversas doenças crônicas, hospitalizações, consultas em salas de emergências e mortes. O uso de substâncias pode causar uma psicopatologia (um transtorno mental induzido por substâncias), que é

bastante comum. Os transtornos mais comuns induzidos por substâncias são os transtornos depressivos, transtornos psicóticos e transtornos de ansiedade. Os transtornos mentais e os problemas por uso de substâncias podem coincidir sem estar relacionados entre si.

Os familiares participantes do grupo também tinham dúvidas sobre a unidade de internação para dependentes químicos do HPSP, como por exemplo, se esta unidade abrigava outros pacientes além de dependentes químicos. Um paciente, que participou do grupo juntamente com sua mãe, perguntou como era o tratamento nesta unidade, se os pacientes recebiam somente remédios ou se havia alguma atividade lá. Orientei sobre algumas rotinas da unidade para dependentes e percebi que tais dúvidas foram esclarecidas.

Este grupo, apesar de estar mais calado do que o primeiro, mostrou-se bastante atento para o que estava sendo dito, porém precisou ser mais estimulado a participar.

5.3 Terceiro grupo

Participaram do grupo neste dia quatro familiares. Todos acompanhantes de pacientes dependentes químicos, portanto os assuntos mais abordados foram em relação as drogas, ao uso de álcool e ao tratamento para a dependência.

Os familiares interagiram contando suas experiências para o grupo. Duas familiares comentaram que também necessitaram de tratamento para conseguir suportar o sofrimento e assim, ajudar seus familiares doentes.

Outro familiar contou que estava muito difícil enfrentar a situação pela qual estava passando, pois o paciente, que é seu irmão, não aceitava se tratar, não se alimentava e queria somente beber. Percebi que esta familiar estava bastante ansiosa e preocupada com a situação do irmão, e necessitava falar sobre o assunto, como forma de desabafar o sofrimento que estava vivenciando. Para Taylor (1992), além de afetar seu próprio bem-estar físico, emocional e social, o comportamento do indivíduo dependente químico afeta também o bem-estar de sua família e da sociedade em geral.

Portanto, isso reforça a importância em oferecer um suporte adequado às famílias dos pacientes em sofrimento psíquico e, para isso, vejo a importância da realização do grupo de sala de espera como forma de suprir essa necessidade de apoio emocional e orientação.

Neste dia, um paciente estava presente no grupo. Um rapaz de dezenove anos, dependente de inalantes (loló). Às vezes ele interferia quando sua mãe falava algo e sempre afirmava que não queria ficar internado no hospital e que queria ir embora. Tentei inseri-lo no grupo, porém ele não permaneceu durante muito tempo. Isto pode ser consequência do que diz Jefferson (2001), pois os dependentes de substâncias inalantes apresentam sintomas psicológicos como hostilidade, agressividade, apatia e prejuízo do julgamento e sintomas físicos como, tontura, falta de coordenação, fala

arrastada, visão turva, euforia, anorexia, entre outros, o que os impede de manter concentração em determinada tarefa por muito tempo.

6 UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE A EXPERIÊNCIA

Ao término deste trabalho confirmou-se para mim a importância da implantação do grupo de sala de espera no Serviço de Admissão e Triagem do HPSP.

Nas reuniões de grupo, conseguiu-se identificar os conhecimentos que os familiares participantes possuíam a cerca dos transtornos psiquiátricos, e também suas dúvidas a respeito deles. Portanto, os assuntos mais abordados, dentre os três grupos realizados, foram em relação à etiologia das doenças mentais e ao tratamento destas, como uso de medicamentos e a internação psiquiátrica e quanto ao sofrimento familiar. Também falou-se sobre a dependência química e quanto aos transtornos mentais devido ao uso de substâncias, seu diagnóstico e tratamento.

Por conseguinte, acredito que este trabalho assistencial realizado foi extremamente válido, tanto como experiência pessoal e para a vida futura de profissional – Enfermeiro, quanto para o serviço onde foi implantado, que pretende dar continuidade a ele.

Neste sentido, o sistema familiar, para Oakley, (2001), pode ser uma importante fonte de força para as pessoas em sofrimento psíquico e os enfermeiros devem vê-lo como aliado e como parte integrante do processo terapêutico.

Os familiares participantes se beneficiaram muito com a realização dos grupos, apesar do curto período em que foi realizado, pois expressaram esta satisfação verbalmente após as reuniões, como pode ser ilustrado pela fala de um familiar: “achei ótima essa idéia de dar atenção à família dos doentes, pois só a gente sabe o que é ter alguém doente assim na família, é um peso...”.

Portanto, tratou-se de uma vivência de muitas trocas, onde aprendi que o coordenador possui um papel de muita importância e responsabilidade para com o grupo, pois ele é o facilitador das trocas de experiências, além de ser ele que cria o ambiente grupal, ou seja, de cooperação, de ajuda mútua.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

CAPLAN, Gerald. **Princípios de Psiquiatria Preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1980.

FISHER, Robert B.; BLAZER, Daniel G. Epidemiologia psiquiátrica. In: EBERT, Michael H.; LOOSEN, Peter T.; NURCOMBE, Barry. **Psiquiatria - diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

GIL, Antônio C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 2 ed. São Paulo: Atlas S.A., 1999.

JEFFERSON, Linda V. Respostas Quimicamente Mediadas e Transtornos Relacionados a Substâncias. In: STUART, Gail W.; LARAIA, Michele T. **Enfermagem Psiquiátrica – Princípios e prática**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

LASALLE, Paula C.; LASALLE, Arthur J. Grupos Terapêuticos. In: STUART, Gail W.; LARAIA, Michele T. **Enfermagem Psiquiátrica – Princípios e prática**. 6 ed.

Porto Alegre: Artmed, 2001.

MANZOLLI, Maria Cecília. **Enfermagem psiquiátrica - Da Enfermagem**

Psiquiátrica a Saúde Mental. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 1996.

OAKLEY, Linda D. Contexto Sócio Cultural do Cuidado de Enfermagem

Psiquiátrica. In: STUART, Gail W.; LARAIA, Michele T. **Enfermagem Psiquiátrica – Princípios e prática**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

OSÓRIO, Luiz Carlos et. al. Contribuições de Pichon-Rivière à psicoterapia de grupo.

In: OSÓRIO, Luiz Carlos et. al. **Grupoterapia hoje**. Porto Alegre: Artes médicas, 1986.

PICHON-RIVIÈRE, Henrique. **O processo grupal**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

SCHRAIBER, Lilia B.; NEMES, Maria I. B.; GONÇALVES, Ricardo B. M. **Saúde do adulto- Programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996.

STEFANELLI, Maguida Costa. **Comunicação com paciente. Teoria e ensino**. 2 ed.

São Paulo: Robe Editores, 1993.

SUNDEEN, Sandra J. Reabilitação Psiquiátrica. In: STUART, Gail W.; LARAIA, Michele T. **Enfermagem Psiquiátrica – Princípios e prática**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

TAYLOR, Cecelia Monat. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica**. 13 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa em Enfermagem – Uma modalidade Convergente assistencial**. Florianópolis: Editora da Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

ZIMERMAN, David E.; OSÓRIO, Luiz Carlos et. al. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ANEXOS

ANEXO 1



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO
DIREÇÃO DE ENSINO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Psiquiátrico São Pedro da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul, em reunião conjunta de seus membros, realizada em 29/01/2002, analisou o projeto:

Número: 02.001

Título: *Projeto Amistencial: Implantação de grupos de Sala de Espera com Familiares de Pacientes em Sofrimento Psíquico*

Autores: *Cristiane Raquel Kunzler*

Este projeto foi aprovado, estando adequado ética e metodologicamente, de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde) e às Resoluções Normativas do Comitê de Ética em Pesquisa do HPSP. Deverão ser encaminhados relatórios semestrais sobre o andamento do Projeto.

Porto Alegre, 06 de 01 de 2002

Dra. Maria Helena Itaquí Lopes
Dra. Maria Helena Itaquí Lopes
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa do
Hospital Psiquiátrico São Pedro