UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E CIÊNCIAS HUMANAS

ATENDIMENTO AO FAMILIAR-CUIDADOR EM CONVÍVIO COM O DOENTE MENTAL ATRAVÉS DA TÉCNICA DE SOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Ribeirão Preto – SP

2005

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves

ATENDIMENTO AO CUIDADOR-FAMILIAR EM CONVÍVIO COM O DOENTE MENTAL ATRAVÉS DA TÉCNICA DE SOLUÇÃO DE PROBLEMAS

V.1

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem, junto ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica. Linha de Pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas.

Orientadora: Profª Drª Margarita A . Villar Luis.

Ribeirão Preto – SP

2005

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

FICHA CATALOGRÁFICA

GONÇALVES, Jurema Ribeiro Luiz

Atendimento ao cuidador-familiar em convívio com o doente mental através da técnica de solução de problemas.

Ribeirão Preto, 2005.

159p. il.30 cm

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração:Enfermagem Psiquiátrica

Orientadora: Profª Drª Margarita Antonia Villar Luis

1 – cuidador-familiar 2 – doente mental 3 – solução de problemas

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

FOLHA DE APROVAÇÃO

Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves

Atendimento ao cuidador-familiar em convívio com o doente mental através da técnica de solução de problemas

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem

Área de concentração: O doente, a doença e as práticas terapêuticas

Aprovado em:___/___/_____.

Banca Examinadora

Profª. Drª._____

Instituição:_____Assinatura:_____

Profª. Drª._____

Instituição:_____Assinatura:_____

Profª. Drª._____

Instituição:_____Assinatura:_____

Profª. Drª._____

Instituição:_____Assinatura:_____

Profª. Drª._____

Instituição:_____Assinatura:_____

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

A DEUS por permitir a concretização desse sonho. Ao homem pertence os planos do coração, mas do Senhor procede à palavra final (Prov. 16.1)

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Agradecimentos

A minha MÃE, mulher forte como uma rocha, sensível como uma rosa, seu exemplo fortalece o meu caminhar.

Á Profª Drª Margarita Antônia Villar Luis, pela compreensão, dedicação e estímulo.

A Nelson Schutell, por permitir que este trabalho fosse realizado junto as dependências da CASA Cairbar Schutell e pelo apoio lá encontrado.

As Profªs Drªs Cila e Sueli Galera pelas sugestões valiosas durante a fase de qualificação.

A Profª Creusa Meirelles pela oportunidade e confiança no meu trabalho, meu eterno carinho.

A Andréa, Lúcia, Luzia, Jamile, Renata, Sílvia, Pricila, Daniela, Ângela, Jorge Rosane, Cássia e Suzele pela troca de experiências e oportunidade de crescimento. Em especial a Juliana pela presença em momentos dificeis.

Á Adriana, Edilene e Josi, pelo carinho e prontidão em estar ajudando.

A Déo e Lourdes, pela paciência, incentivo e amizade.

As minhas irmãs: Mara, Fátima, Valéria, Rosângela, Kátia e Gislene, a felicidade se resume em poder partilhar momentos maravilhosos com vocês.

Em especial...

Ao meu esposo amado, pela dedicação e abnegação. O seu olhar ilumina e dá sentido a minha vida.

A Amanda e Déborah, filhas amadas, presentes Divino que ilumina a minha existência, amo vocês.

Aos meus irmãos: Marcos e Márcio (in memorian), saudades...

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

RESUMO

GONÇALVES, J.R.L. "**Atendimento ao familiar-cuidador em convívio com o doente mental através da técnica de solução de problemas".** 2005.159 p. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Esta pesquisa teve como objetivo utilizar uma técnica de solução de problemas baseada na Terapia cognitivo-comportamental, através de um instrumento: manual de instrução para familiares adaptado para saúde mental. Trata-se de um estudo descritivo. Do qual participaram 20 familiares-cuidadores divididos em 4. Para cada grupo realizaram-se 3 reuniões onde foram trabalhados temas como: alterações do comportamento; esgotamento de quem cuida; a busca de ajuda e por fim a avaliação do curso. Desses encontros emergiram sentimentos que a situação alterações do comportamento mobiliza e a importância do tratamento; autocuidado do cuidadoratravés do compartilhamento das responsabilidades com familiares e outros; internação como forma de solução; e crítica aos serviços de saúde. Os participantes do estudo consideraram positiva a intervenção proposta, pois possibilitou a reflexão acerca de suas vivências e o seu potencial para manejar dificuldades. O instrumento mostrou-se de fácil aplicação permitindo o desenvolvimento de uma intervenção em curto prazo.

PALAVRAS- CHAVE: cuidador-familiar, doente mental, resolução de problemas.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

SUMARY

GONÇALVES, J.R.L. **"Attendance to the family caregiver dealing with the mentally ill person throug the problem solving techiques".** 2005.159 p. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

In this research it has been used the problem solving techniques on the assistance to the families of the mentally ill person, taking as a guide the instruction manual content that was adapted to the mental health. It is concerned with a descriptive study. Having the participation of twenty family caregivers shared in four groups.

Through a case study it has been worked the behavior changes, the caregiver exhaustion, the search for help and then an evaluation of the course has been made by the participants. From these meetings major topics have emerged as the patient behavior change and the feelings that this situation mobilizes, the importance of the treatment continuity; the familiar member necessity of keeping the self-care through the responsibility division among other family members and heath services. Further it has appeared the hospital internment as a solution and the criticism to the health services. The participants have considered positive this brief intervention, because it promoted a reflection about their experiences.

KEY - WORDS: family caregiver, mentally ill person, problem solving.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

RESUMEN

GONÇALVES, J.R.L. **“Asistencia dada al familiar cuidador que convive com el enfermo mental através de la técnica de solución de problemas”.** 2005.159 p. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Es investigación tubo como objectivo utizilar una técnica de solución de problemas, fundamentada en la Terapia cognitivo-comportamental a través de un instrumento: manual de instrucción para familiares, adaptado para salud mental. Se trata de un estudo descriptivo del cual participaron 20 familiares-cuidadores divididos en 4 grupos. Para cada grupo hubo 3 reuniones onde se discutieron temas como: alteraciones del comportamiento; agotamiento de quién cuida; la búsqueda de ayuda y por fin, la evaluación del curso. En los encuentros surgieron sentimientos que la situación alteraciones del comportamiento moviliza, y la importancia del tratamiento; el autocuidado del cuidador através de compartir responsabilidades con familiares y otros; la hospitalización como forma de solución y la crítica a los servicios de salud. Los participantes del estudo consideraron positiva la intervención propuesta pues posibilitó la reflexión sobre sus vivencias y su potencial para manejar dificultades. El instrumento fue de aplicación fácil y permitió el desarrollo de una intervención en corto plazo.

PALABRAS-CLAVE: cuidador-familiar, enfermo mental, solución de problemas.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

SUMÁRIO

RESUMO

SUMARY

RESUMEN

APRESENTAÇÃO ..... *i*

1.INTRODUÇÃO 1

1.1 O doente crônico no meio familiar 2

1.2 As relações da família com o doente e a doença mental 11

2. OBJETIVO 26

3 . REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO 28

3.1 A Terapia de treinamento em solução de problemas - TSP 35

4. MATERIAL E MÉTODOS 50

Metodologia 51

4.1 Local da pesquisa 52

4.2 Seleção da população 54

4.3 Participantes do estudo 54

4.4 Instrumento de Coleta de dados 55

4.4.1 Adaptação do instrumento 55

4.4.2 Validação aparente e de conteúdo 56

4.4.3 Descrição do instrumento 58

4.4.4 Pré-teste 63

4.5 Aspectos éticos legais 64

4.6 Período de coleta das informações e participação do estudo 64

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

4.7 Diretrizes gerais para o desenvolvimento do curso..... 65

4.7.1Instalação e realização do curso para cuidador-familiar 66

4.8 Análise dos dados 69

5 RESULTADOS 70

5.1 Análise do material obtido nos grupos.....71

5.1.1 Caracterização geral da população do estudo.....72

5.1.2 Descrição dos grupos de intervenção.....76

5.1.3 Avaliação dos grupos.....114

5.2 Discussão.....121

5.2.1 As situações e problemas que emergiram nas sessões.....125

5.2.2 Avaliação do curso.....136

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 138

REFERÊNCIAS 141

APÊNDICE..... .149

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

APRESENTAÇÃO

No ano de 1999, tive a oportunidade de ser incluída numa equipe de enfermagem psiquiátrica, para trabalhar em uma unidade que seria inaugurada, a Enfermaria Psiquiátrica de Internação Breve (EPIB), situada em um hospital universitário. O objetivo da mesma era servir de retaguarda para o Setor de Urgência Psiquiátrica da Unidade de Emergência (UE) que também faz parte da rede de serviços de saúde vinculada ao Estado e à Universidade de São Paulo, na cidade de Ribeirão Preto.

A implantação da EPIB ocorreu pela observação da prática assistencial médica através da qual verificou-se que muitas vezes um número significativo de pacientes necessitava apenas de alguns dias de internação hospitalar, para o manejo do quadro manifestado no Setor de Urgência Psiquiátrica, pois em curto prazo eles apresentavam a remissão dos sintomas.

Dessa forma, a clientela atendida na EPIB constituía-se de indivíduos em situações emergenciais e que tinham a possibilidade de melhora num curto período de tempo de internação, entre sete e dez dias.

Como enfermeira prestadora de assistência junto a esses pacientes, percebemos que, muitas vezes, eles estavam acompanhados apenas do auxiliar de enfermagem proveniente do local de encaminhamento (no caso a UE, pois foi predeterminado que os pacientes atendidos na EPIB viriam encaminhados desse serviço). Os poucos familiares que acompanhavam os usuários, no momento da internação, dificilmente retornavam nos dias de visitas.

Diante dessa dificuldade, na maioria das vezes, o primeiro contato com a família ocorria através de telefonemas. Levando em consideração essa ausência no instante de admissão e durante o período de internação dos enfermos, a equipe optou por estabelecer como projeto-piloto um dia na semana para realizar reunião familiar, coordenada por uma enfermeira com o objetivo de conhecer os familiares dos pacientes, bem como sensibilizá-los quanto ao tratamento e cuidados relacionados à doença mental, enfatizando a importância da família no início, durante e ao término da internação, pois os próprios pacientes queixavam-se de serem abandonados pelos familiares na pós-internação e alta.

Nesse ínterim, e diante das oportunidades, percebi o potencial da intervenção cujo propósito era a assistência à família, porém com o passar do tempo, a grande expectativa da equipe do local, em relação às reuniões com familiares, foi gradativamente diminuindo, pois geralmente eles não compareciam, ou então, apenas ligavam, justificando a impossibilidade do comparecimento.

Houve ocasiões em que alguns familiares relataram ter aproveitado os sete dias de internação para descansar, pois sabiam que o paciente estaria sendo "bem guardado e cuidado", usando, aparentemente o tempo para organizar as coisas em casa e até mesmo para repor suas energias.

Diante da situação, observei que estipular um dia de atendimento ao familiar, muitas vezes dificultava a presença dos mesmos, pois levando em consideração as dificuldades de natureza diversas, tais como: as socioeconômicas (verbalizadas pelos familiares), as questões relacionadas ao vínculo empregatício, a falta de vontade ou forças para rever o paciente por sentir muita raiva e desesperança, expressas em comentários como este "*quando a gente acredita que as coisas estão caminhando bem, ele entra em surto e estraga tudo, não ouve, fica*

estranho e vai aprontando...". Analisando a situação com todos esses componentes, foi possível entender o não-comparecimento dos familiares às reuniões.

Diante desses fatos, a equipe adotou como procedimento, sempre que se fazia necessária a presença dos familiares, encaminhar ao serviço de informações um pedido de comparecimento. Quando essa forma de contato se mostrava ineficiente, utilizávamos o contato telefônico através do qual a família era orientada sobre a necessidade de seu comparecimento ao serviço. Nesse sentido, caracterizou-se como uma função da enfermeira o envio do pedido de comparecimento ou o contato telefônico para os familiares sempre e quando o psiquiatra necessitasse de informações complementares para obter dados adicionais referentes ao paciente.

Dessa maneira, o atendimento da enfermeira estava vinculado exclusivamente ao contato telefônico, meio pelo qual era possível a troca de informações, desta com a família.

Refletindo sobre a situação, notamos que o contato telefônico transformou-se numa possibilidade de vínculo, sendo aproveitada inclusive para solicitar o comparecimento às reuniões no serviço, pois sua presença era importante no acompanhamento do caso do seu familiar e necessária para fornecer informações adicionais.

Também, durante a ligação telefônica, aprofundávamos sobre a situação familiar com a ausência do paciente. Essa ocasião permitia o entendimento da situação familiar, através da reação da pessoa com quem se entrava em contato. Alguns reagiam de maneira ríspida, confirmando o seu desinteresse pelo paciente "vocês que cuidem dele, é sua obrigação cuidar enquanto estiver internado" e em

participar da reunião pelas justificativas apresentadas anteriormente. Outros, no entanto, mostravam sua preocupação e disponibilidade em participar.

Quando interrogados alguns familiares davam risadas e diziam que agora estavam bem; outros verbalizavam preocupação com a proximidade da alta e ter reiniciado seu sofrimento; outros ainda relatavam sua insegurança e medo em relação ao próprio familiar, pois não conseguiam reconhecê-lo, quando ficava nervoso. Importante ressaltar que essas colocações eram relatadas como confidências que não deveriam chegar ao paciente, durante as reuniões, momento esse que não conseguiam verbalizar suas dificuldades e medos, na frente de seus parentes. Pareciam não querer complicar o relacionamento entre eles.

Frente a esses depoimentos, optei por acompanhar os familiares no horário de visita para garantir a manutenção do vínculo, alguns deles que vinham para acompanhamento pós-alta no ambulatório vinham ao serviço à procura de orientação sobre o comportamento e manejo do paciente em casa. O familiar era atendido, mas orientado a procurar o serviço comunitário ao qual o psiquiatra o havia encaminhado. A esse respeito, ocasionalmente, as respostas denotavam tom de insatisfação quanto ao atendimento recebido no local selecionado, razão pela qual preferiam manter o vínculo com a EPIB, manifestando o propósito de ligar sempre que sentissem insegurança.

Ainda vinculada a este Hospital Geral, recebi um convite para exercer minha função como docente junto à instituição de ensino superior localizada em Araraquara, atuando nas disciplinas: saúde mental e transtornos mentais.

Iniciando o trabalho como docente, desenvolvíamos as atividades de ensino teórico em sala de aula e teórico-prática, junto a um hospital psiquiátrico que atende a indivíduos com transtornos mentais bem como a usuários de álcool e

drogas. Os discentes eram encaminhados até a referida instituição, para desenvolverem atividades praticas de campo, com o objetivo de correlacionar seu conhecimento teórico com a prática, através da observação do comportamento dos pacientes, diferenciando os sinais e sintomas das patologias e dos possíveis efeitos colaterais dos psicotrópicos e manter um relacionamento terapêutico.

Em relação ao atendimento fornecido pela instituição, constatamos que desde o momento da internação, todas as atenções estavam voltadas para assistência ao cliente, e em geral, a família era utilizada apenas como fonte de informação ou receptora de inúmeras informações que se perdiam ao longo do atendimento, pois não só o paciente, mas também os familiares, mostravam-se assustados, inseguros, buscando encontrar respostas ou justificativas para o acontecido.

Tão logo era realizada a visita à unidade em que o paciente permaneceria, dispensavam o familiar sendo-lhe reafirmada a importância de sua presença nas visitas.

Voltando ao âmbito das nossas indagações sobre o atendimento do familiar e pela necessidade de sanar algumas inquietações dos discentes, os quais não entendiam a diferença entre o que ocorria, na prática, em relação à teoria discutida em sala de aula, optamos por entrar em contato com as enfermeiras no intuito de obtermos informações sobre a existência de algum apoio ao familiar. Nessa ocasião, as mesmas relataram ter sobrecarga de atividades e falta de recursos humanos, como justificativas da falta de atenção propiciada ao familiar.

A internação configurava-se como um momento que exigia do enfermeiro a priorização da assistência individual, pois sua atenção estava voltada especificamente para as manifestações e necessidades do paciente, mais ainda

nessa instituição, dado que os pacientes são oriundos dos prontos-socorros, da cidade e região, trazidos por familiares, policiais ou vêm por vontade própria. Muitas vezes, chegam em situações emergenciais, entendendo-se, esta como uma condição em que há um distúrbio do pensamento, emoções ou comportamento, na qual um atendimento médico se faz necessário imediatamente, objetivando evitar maiores prejuízos à saúde do indivíduo ou eliminar possíveis riscos a sua vida ou a de outros (FRIEDMANN, 1982; POTTER & PERRY, 1999).

Pensando na questão do acolhimento e atendimento ao familiar que se mostra tão inseguro e despreparado para lidar com o doente mental, surgiu o interesse em realizarmos uma breve intervenção aos cuidadores-familiares. Para isso utilizamos um programa de instrução, com informações para facilitar a resolução de problemas advindos da convivência com o doente mental.

1. INTRODUÇÃO

1.1 O doente crônico no meio familiar

Segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), durante o censo realizado em 2000, identificou-se que o tempo médio de esperança de vida do brasileiro ao nascer está perto dos 69 anos, mas apenas 54 deles serão vividos sem qualquer tipo de incapacidade. Ou seja, os dados revelaram que, nos últimos 14,6 anos de vida, o brasileiro terá de conviver com algum tipo de deficiência física ou mental.

O Índice Esperança de Vida ao Nascimento Livre de Incapacidade (DEFLE), revelou em números absolutos que 24,6 milhões são portadores de deficiência no país, o equivalente a 14,5% da população total.

Fato esse que preocupa o Estado, pois a maior incidência dos casos (8,6 milhões) ocorre entre a faixa etária de 40 a 60 anos, portanto configurando uma parcela da população que se apresenta em plena idade produtiva.

A utilização do DEFLE deu-se devido à necessidade de medir a esperança de vida sem deficiência principalmente com o envelhecimento mundial da população, fato esse que provocou um aumento de freqüência de doenças crônicas e limitações funcionais. Diante desses dados, as doenças do aparelho circulatório têm aparecido como 10% das causas de internação no Sistema Único de Saúde (SUS), a taxa estimada de diabetes melito foi de 7,6 anos por 100 mil habitantes. De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), as doenças crônicas configuram-se como a principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo, responsáveis por 56,5 milhões de óbitos anuais.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

No Brasil, a hipertensão arterial lidera o *ranking* das doenças crônicas com cerca de 10% do número de óbitos anuais. (ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE SAÚDE DO BRASIL, 2001).

Dessa maneira, com o envelhecimento da população concomitantemente o índice de doenças crônicas tende a aumentar, ocasionando a necessidade de maiores gastos com recursos financeiros para saúde. Em 1995, os gastos foram de 14,9 bilhões destinados para saúde sendo os gastos em 2001 de 26,1 bilhões, uma das áreas que observou aumento no orçamento foram os gastos com medicamentos de 60% para 80% (ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE SAÚDE DO BRASIL, 2001).

Porém, fazendo uma análise do que já foi discorrido até o momento, o aumento de utilização de medicações pode até ser considerado esperado, pois com a queda da taxa de natalidade e aumento da sobrevida, conseqüentemente ocorreu o envelhecimento da população e, com ele as alterações do organismo como, por exemplo, as disfunções do sistema cardiovascular devido às doenças crônicas, ocasionando a necessidade do uso de medicações para o reajuste das funções fisiológicas, melhorando dessa maneira a qualidade de vida do indivíduo.

Quanto aos gastos médios por internação, sobressaíram os gastos com internação em psiquiatria com R$ 1.296,00 (ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE SAÚDE DO BRASIL, 2001).

Diante desses dados, percebemos uma situação na qual se torna importante a adoção de diversas maneiras de enfrentar não somente a assistência/ tratamento/reabilitação, mas também a implementação de possibilidade de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Se por um lado as doenças crônicas trazem conseqüências alarmantes para a economia do Estado, para a família configura-se como uma situação única,

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

que requer da família entendimento e articulação de sua rotina de vida, exigindo alterações, adaptações para vivenciar a nova realidade que se apresenta a sua frente: a deficiência ou incapacidade gerada pela doença crônica.

No caso do Acidente Vascular Cerebral (AVC), os familiares se envolvem e vivenciam todas as etapas da doença, sendo de suma importância o papel da família para que se torne efetiva a reabilitação do paciente (REEBER, 1992).

Não obstante, Mercado-Martinez et al. (1999), fazendo uma reflexão do passado, presente e futuro da experiência dos enfermos portadores de doenças crônicas, revelaram uma experiência que remete aos fenômenos subjetivos e existenciais, do vivenciar doença como um tema negado e ignorado.

No Brasil, o governo tem tentado reparar a falta de recursos financeiros e de estrutura hospitalar, bem como o barateamento e reorganização da prática assistencial, através de investimento no Programa de Saúde da Família. Sendo esse uma proposta do Ministério da Saúde, que visa a uma assistência domiciliar com vistas à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (BOCCHI, 2001).

Bocchi (2001), ao desenvolver um estudo com familiares cuidadores de pessoa com AVC, observou uma mobilização dos familiares desde os primeiros sintomas da doença até a internação, e no pós-alta.

Porém a mesma autora relata que essa mobilização e disponibilidade em termos de assistência e apoio ao familiar doente assume um papel pouco prazeroso para o cuidador, uma vez que necessita lançar mão de seus interesses, de sua vida, em benefício do outro, considerando a perspectiva de melhora em curto prazo, um horizonte distante a ser alcançado, conseqüentemente o familiar cuidador sente-se recluso, preso a uma situação sem volta.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Nesse contexto, a autora em pauta identifica um movimento contrário, que, a princípio mostra-se mobilizado e disponível, mas ao perceber a realidade do contexto de dependência, procura tornar-se livre da situação em que se encontra.

Esse movimento contrário se articula em dois momentos: o familiar-cuidador promovendo a recuperação e autonomia do seu parente visando a sua capacidade de autocuidado, conseqüentemente liberando-o de suas “obrigações”, no que tange à disponibilidade e prestação de assistência. Em outro momento, buscando outro cuidador, que pode vir a ser a contratação de um profissional para prestar assistência ou até mesmo a substituição do familiar-cuidador. Vale ressaltar que essa opção só será efetivamente concretizada com o suporte da família.

Bocchi (2001) enfatiza que, nesse processo, não se pode deixar de levar em consideração que é no âmbito familiar que a doença surge e se estabelece, é nele que ocorrem os problemas e suas respectivas soluções.

A família como foco de atenção tem sido estudada por várias áreas de conhecimento, seja no campo da historicidade, no campo social ou no campo cultural. Como sabemos, as famílias, em específico as brasileiras têm sofrido diversas modificações na composição de suas diferentes estruturas, seja na sua organização, seja na relação entre seus membros e sociedade.

No que concerne à composição das famílias, Mioto (1999), refere a predominância das famílias nucleares, porém aponta para a tendenciosidade do aumento de famílias monoparentais, com as mulheres no papel de chefes.

Surge também nesse panorama o aumento das famílias recompostas, advindas do aumento de separações e divórcios. A autora refere que “ hoje não é possível falar de família, ou simplesmente num modelo de família. Admite-se cada vez mais diversificações das formas de família ou de arranjos familiares que não mais o tradicional, pai, mãe e filhos” (MIOTO,1999, p.214).

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Para Carvalho, 1998:

> De fato a família é o primeiro sujeito que referencia e totaliza a proteção e a socialização dos indivíduos independentemente das múltiplas formas e desenhos que a família contemporânea apresente, ela se constitui num canal de iniciação e aprendizado dos afetos e das relações sociais (p. 93).

E é nesse contexto de trocas e aprendizados que os indivíduos se relacionam e se articulam, sendo sua convivência nesse primeiro grupo precursor para sua capacidade de viver em sociedade.

Para Mioto (1999, p.211), falar sobre família trata-se de um assunto que todos têm uma experiência para revelar: “A família faz parte do universo de experiência real ou simbólica dos seres humanos no decorrer de sua história sobre essa experiência, ao mesmo tempo comum e individualizada, todos tem algo a dizer”.

Pensando na assistência à família, devemos lembrar que por trás do profissional que se apresenta para prestar assistência à família, existe um indivíduo que também tem suas experiências de vivenciar a família, e essas experiências podem influenciar na sua maneira de atender aos seus clientes/familiares.

Elsen (1994, p.20,53) refere que as famílias, como clientes, apresentam particularidades que se configuram como um desafio para a enfermagem. A autora refere ainda que acredita “na força das interações entre pessoas, grupos e famílias”, possibilitando trocas de aprendizagem e suporte.

Althoff, Elsen e Laurindo (1998) ao realizarem um estudo com o objetivo de identificar a família como foco central do cuidado, consideraram que a enfermagem, desde Nighitingale, tem se preocupado com a família, porém somente

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

nas últimas décadas que se tem observado o interesse da inserção da família como parte da construção do seu saber e da sua prática. Para as autoras, “a família tem um papel significante no estabelecimento e na manutenção da saúde”.

Evidenciaram, ainda, que a família é “uma unidade de cuidado, participante ativa no processo saúde-doença dos seus membros” (ALTHOFF, ELSEN e LAURINDO, 1998, p.325).

As autoras em pauta alertam sobre a necessidade da utilização de referencial teórico para o desenvolvimento da assistência junto a esse grupo, mas um aspecto a ser considerado está em “considerar que as famílias têm seus próprios referenciais para definir a saúde de seus membros”.

Vale ressaltar que uma coleta de dados minuciosa, um convívio próximo com o intuito de promover uma interação, onde a confiança e a credibilidade enfermeiro/família sejam características de um relacionamento agradável, configura-se como uma mola propulsora para uma assistência adequada.

Marcon, Andrade e Silva (1998) pressupõem que a representação do cuidado domiciliar para a família apresenta-se como um tema abrangente, onde os aspectos que envolvem a percepção da família sobre seu papel no cuidar do doente está envolto de adversidades. Referem, ainda, que a família elabora sua “maneira de lidar com a situação doença/cuidar, onde se observa à utilização de conhecimentos do senso comum, pela valorização das pessoas doentes e pelo fato de o cuidado acontecer apesar das dificuldades envolvidas, tais como: mudanças nas rotinas de vida, disponibilidade de tempo, impossibilidade de lazer...”

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

As autoras referem que nesse contexto de integração entre o cuidado formal e informal, que servirá para a contribuição da transformação do cuidado no domicílio, leva-se em consideração a realidade de saúde das famílias.

Para a enfermagem, esse cuidar envolve verdadeiramente uma ação interativa. Essa ação e comportamento estão embasados em:

> Valores e no conhecimento do ser que cuida para e com o ser que é cuidado e que passa também a ser cuidador. Cumpre salientar que essa experiência, ocorrida em um dado momento, resulta em uma situação de cuidado (WALDOW, 1999, p.129).

Entendemos dessa maneira "o ser-recipiente do cuidado participa (quando possível) ajudando-se. Assim, ele passa a cuidar de si, responsável, em certa medida, total ou parcialmente pelo seu próprio cuidado" (WALDOW; 1999, p.129).

O enfermeiro, ao mesmo tempo em que cuida e dá assistência, também é objeto de modificações e transformações, através da influência do contato e convívio de reciprocidade família/enfermeiro/cliente, denotando um momento de crescimento para todos.

Gonçalves (1999), em seu estudo sobre a mulher que cuida do doente mental em família, obteve como resultados os seguintes comportamentos enumerados pelos familiares: incontrolável, agressivo, violento, estranho e suicida.

Em relação ao comportamento violento e agressivo, não foi explicitada pelos familiares nenhuma rejeição, porém a autora refere que a expressão facial e o tom de voz apresentado pelas mulheres evidenciaram sofrimento e periculosidade que, de modo geral, se atribuem ao doente mental.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Outro fator estressante evidenciado pela referida autora foi a incerteza do surgimento do surto, necessitando dessa forma, uma observação constante do paciente, ocasionando desgaste e cansaço, perfazendo um cuidado que não se constitui como apêndice ou momentos de sua vida, mas é um contínuo que engloba a vida social, emocional e material de cada uma delas (GONÇALVES, 1999).

A falta de conhecimento sobre o estado de saúde dos pacientes também se configura como um achado de seu estudo, dificultando ou impedindo a estruturação de atitudes corretas perante situações específicas no caso, o comportamento alterado.

Segundo Gonçalves (1999) faz-se necessário um re (olhar) sobre o cuidador, levando em consideração suas particularidades e subjetividades: projetos de vida, sonhos, esperanças, vontades, medos e preocupações em relação ao doente mental e a si próprio.

Percebemos pelos resultados desse estudo que, muitas vezes, o familiar que necessita conviver com o doente mental se sente sozinho, sem suporte, tendo que enfrentar a situação através do aprendizado advindo dos erros ou condutas inadequadas, não tendo uma orientação planejada e esclarecedora, facilitando assim sua adaptação e até mesmo sua capacidade de acertos.

Em se tratando da doença mental, é no contexto familiar que as primeiras manifestações de mudanças comportamentais são percebidas, podendo a família agir efetivamente nesse momento, impedindo um agravamento da situação, tornando-se um elo importante entre o paciente e o tratamento ao qual ele está submetido.

A preocupação com os familiares de pessoas em sofrimento psíquico tornou-se alvo de investigação no final da década de quarenta. Sendo esse fato

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

decorrente “das críticas ao sistema asilar e paralelamente ao desenvolvimento de nova teoria da doença mental” (MOREIRA e ZUARDI, 1993).

Menezes (2001) afirma que as grandes teorias relacionadas às famílias de doentes mentais tiveram seu auge nos anos 1950 com a desospitalização na Inglaterra e em 1960, com o advento da Psiquiatria Preventivista, instituída nos Estados Unidos, no Governo Kennedy, com o intuito de estabelecer um controle da saúde mental, evitando conseqüentemente o adoecimento da população.

Quando pensamos na questão da assistência ao doente mental desde o início da história da psiquiatria, onde os indivíduos eram segregados ao ambiente hospitalar e destituídos do convívio de suas famílias, permanecendo excluídos da sociedade sem direito a um tratamento digno, observamos atualmente uma inversão da prática assistencial, onde a inserção da família tornou-se importante, pois dependerá do seu apoio ou rejeição a melhora ou piora do paciente, que com as novas diretrizes para o tratamento psiquiátrico, a reabilitação social do doente, configura-se como um dos objetivos a serem alcançados. Dessa maneira, a família torna-se um elo importante na efetivação do tratamento psiquiátrico.

Assim, a família passa por um momento de inclusão no contexto de acompanhamento e tratamento psiquiátrico, sendo o interesse dessa inserção o oferecimento de suporte pela família nos serviços extra-hospitalares, pois as internações, que outrora eram excludentes, têm sido de curta permanência e, conseqüentemente, a rede pública vem implementando outras formas de atendimento, tais como: Ambulatório de Saúde Mental, Hospital-Dia, Centros de Atenção Psicossocial, Pensões Protegidas, Oficinas Terapêuticas entre outros (AMARANTE, 1995).

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Catena e Galera (2002), ao realizarem um estudo sobre a percepção de vinte familiares sobre como é cuidar do doente mental no ambiente familiar, evidenciaram, frente aos resultados obtidos, a formulação de cinco temas relacionados ao cuidar: responsabilizar-se pelas atividades diárias do doente; desconhecimento do cuidar; o cuidado do doente é uma sobrecarga; o cuidado não explicitado e o cuidar envolve lidar com comportamentos diferentes.

Para as autoras, diante da análise desses temas, ficou perceptível que as famílias passaram a assumir cuidados que anteriormente faziam parte da assistência hospitalar e de responsabilidade da enfermagem, como os cuidados de higiene, alimentação e medicação.

Quanto ao comportamento apresentado, alguns familiares verbalizaram a dificuldade de lidar com o comportamento diferenciado do doente que demanda cuidados e atenção redobrada, fazendo com que esse estado de estar sempre pronto para que algo ocorra interfira no relacionamento familiar, pois o ambiente torna-se inseguro e conflitante. As autoras concluem em seu trabalho que a enfermagem tem um papel importante para assumir diante dessa perspectiva de intervenção aos familiares, pois só com o apoio da família é que a assistência ao doente torna-se efetiva.

Miron, Hildebrandt e Gentile (2002) e Amarante (1995) referem que a família pode ser vista como uma parceira aliada com papel importante junto à equipe de saúde mental, no que concerne ao apoio para melhora da saúde e qualidade de vida do enfermo.

Podemos perceber diante do exposto que a família que outrora era excluída do tratamento ao doente mental, agora desponta como sendo um dos eixos de apoio e perspectiva de melhora do paciente psiquiátrico.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

1.2 As relações da família com o doente mental e a doença mental

De longa data, os autores relatam as percepções e sentimentos do paciente e dos familiares que vivenciam a experiência de uma internação psiquiátrica: se por um lado a hospitalização traz um certo conforto ao familiar, em termos de breve descanso da sua sobrecarga, para o paciente, segundo Fischer (1958), configura-se como uma experiência vergonhosa, sensação de fracasso e medo de retornar à sociedade.

Sua preocupação respalda-se na própria concepção cultural de ser um portador de doença mental, que se assusta com a sua condição patológica e chega a expressar sua angústia “este não é o meu lugar, eu não sou louco”.

Mereness & Karnash (1964) referem que o fato que mais afeta o paciente psiquiátrico, quando recebe alta hospitalar e tenta voltar para a sociedade como pessoa ativa, é a forma de como será recebido pelos familiares, amigos, e até mesmo empregadores.

Doll (1976) e Willis (1982) identificaram uma sobrecarga familiar intensa, na acepção de dificuldade no relacionamento com o doente mental, configurando entre vários fatores entrevistados nessa sobrecarga: a persistência dos sintomas e a insegurança por não saber lidar com os pacientes, não contando com o apoio ou orientação dos profissionais da área da saúde.

Carmo (1981) refere a hospitalização como um drama, vivenciado pelo paciente por ser ele o excluído de suas rotinas e da sociedade, que muitas vezes não aceita a internação e, por outro lado a família que se sente perdida, sem

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

entender o que se passa com o ente querido, sentindo-se sozinha e exposta perante a sociedade.

Para Bezerra Filho (1981), os principais problemas apresentados pela família no pós-alta são: conflitos interacionais, fatores econômicos e dificuldade de apresentar o doente mental à sociedade.

Na experiência prática, observa-se na fala dos familiares, no momento de visitas durante a internação, a dificuldade em explicar para os parentes e colegas a situação patológica que o indivíduo está vivenciando, sendo comum a família muitas vezes negar o fato. Por outro lado, por ocasião da alta, verifica-se que o paciente muitas vezes não está preparado para enfrentar a família e até mesmo a sociedade, sua adaptação dependerá, conforme citado, de vários fatores, e fundamentalmente na maneira como será acolhido por seus familiares.

Porém o autor em pauta compreende que para a família ter um papel efetivo na recuperação do doente, a mesma deve estar preparada, pois que dificilmente haverá recuperação do doente, se sua família estiver alterada.

No passado, a maneira pela qual os familiares tentavam resolver seus problemas quando um membro familiar desenvolvia um transtorno mental, era através do isolamento em instituições que, conforme cita Fukuda (1989), serviam como asilo, transformando a loucura em mundo de exclusão, no intuito de livrar a sociedade desses doentes, sem oferecer, a partir da internação, um tratamento específico.

Essa busca de afastar o doente do meio familiar justifica-se no fato de que o cuidar do doente mental traz uma sobrecarga de obrigações aos familiares, pois após uma noite em claro, por dificuldade de conciliar o sono, geralmente causada

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

pelo doente ou pelo fato do mesmo, durante a noite, mostrar-se agitado, eufórico, perturba os familiares que precisam desenvolver atividades, cumprir compromissos (trabalhar, cuidar da casa, ir à escola), ocasionando um desgaste físico e emocional para a família (FUKUDA, 1989).

Para Paiva (1998) a forma de a família lidar com o doente mental é peculiar, quando a rejeição se faz presente, mostram-se agressivos e críticos perante o paciente, porém quando se sentem culpados pela doença tornam-se superprotetores.

Essa ambivalência nos faz refletir que a doença mental, em específico a hospitalização, configura-se como um momento dramático que comove tanto a família como o próprio doente, uma vez que a doença mental tem uma conotação estigmatizante até mesmo como desonra e mancha para a sociedade.

À medida que o tempo de permanência em hospitais começou a diminuir, retornando o paciente à sua família em curto espaço de tempo, sua volta ocasionou uma sobrecarga àqueles que muitas vezes não estavam acostumados a conviver com a doença mental.

Muitas vezes esses familiares vêem, na internação, um momento para sentir-se “livres”, no sentido de ter um tempo para descanso, numa relação ambivalente de querer estar longe, mas ao mesmo tempo sentirem-se culpados e responsáveis pelo doente.

De acordo com Fukuda (1989), ao mesmo tempo em que a família mostra-se entristecida com o distanciamento do paciente, por ocasião da internação, procura apoio junto ao serviço de saúde com a finalidade de interná-lo, para oferecer não só cuidados específicos ao paciente, mas também com a tentativa de utilizar

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

este momento para refazer-se, física e emocionalmente, pelas contrariedades causadas por ele.

Em estudo realizado com pacientes internados em Unidade de Internação Breve, Siqueira Júnior (1996) observou que os familiares conduziam o paciente até o serviço e relatavam várias modificações ocorridas em seu comportamento o que dificultava o relacionamento com a família. Mas logo retornavam para levar o paciente de volta para casa, alegando sentir falta do mesmo.

O referido autor relata ainda que, a despeito de estudos de familiares com seus membros mentalmente doentes, pouco se tem dado atenção a esse aspecto, pensando na questão sob o ponto de vista da família que por vezes percebe essa convivência com o doente mental como uma ameaça, um perigo iminente, um estigma para todos os membros da família, modificando dessa maneira seus hábitos rotineiros.

Para Koga (1997), os familiares dos doentes mentais acabam por se privarem de momentos de lazer, ocasionando o seu isolamento social, e de certa forma interrompem suas formas de entretenimento.

O cuidar do doente mental requer dos familiares modificações em suas atividades rotineiras, o que antes era considerado banal, no caso, por exemplo, a ida às compras, ao mercado, torna-se uma atividade complexa, pois envolve a questão de tomar decisões a respeito do levar ou deixar o doente sozinho.

Se a opção é levá-lo, o seu comportamento diferente das demais pessoas pode ficar em evidência, podendo trazer certo constrangimento ao familiar, se por outro lado a opção é deixá-lo em casa, se faz necessário conseguir um

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

acompanhante para não deixá-lo só, ou simplesmente deixar de lado a ida ao mercado, pois nem sempre o paciente deseja sair de casa “nós não podemos sair de casa, porque ele não vai”. Essa convivência pode resultar em doenças, pois a família deixa de lado sua própria saúde para dar uma assistência ao doente mental (KOGA, 1997).

Os sintomas e comportamentos ocasionados pela doença tais como a agressividade e delírios, assim como o estigma social, a dificuldade econômica, ocasionam uma sobrecarga no relacionamento paciente/família. O estudo de Sadigursky (1997) mostrou que as alterações comportamentais apresentadas pelos pacientes causam um acréscimo nos gastos financeiros e no trabalho, além de desavenças, entre os familiares, motivadas pela incapacidade de lidar com tais situações.

Macedo (1997), ao estudar a percepção dos familiares sobre o que é ser familiar de doente mental, identificou, através de um levantamento breve, que a implementação da política de ressocialização e de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica vem se fortalecendo a cada ano. O autor refere que as novas diretrizes para a saúde mental preconizam que se evitem ao máximo as internações psiquiátricas, e caso essas ocorram que sejam o mais breve possível.

Como resultado desse novo direcionamento da assistência ocorreu conseqüentemente a inserção de um maior número de pacientes na comunidade, voltando a viver com seus familiares.

Em contrapartida, esse retorno ao convívio familiar mostra-se mesclado de sobrecarga que acaba por comprometer a saúde, a vida social, o desempenho profissional dos familiares.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

A presença do familiar doente obriga os familiares a refazer seus planos de vida e redefinir seus objetivos.

Se por um lado a família sente dificuldade em lidar com o doente, a interação com os serviços de saúde mental configura-se também como uma fonte de sobrecarga, pois muitas vezes esse contato se dá em um momento conflitante, onde o paciente se mostra com o comportamento alterado, necessitando de ajuda e o familiar que acompanha está assustado e amedrontado com a situação de insegurança e instabilidade, pois nunca se sabe qual será a reação do paciente naquele momento conturbado.

É nesse cenário de angústia, desespero e revolta que o familiar é abordado pela equipe de saúde que se posiciona de maneira autoritária, muitas vezes, culpando os familiares pela falta de controle sobre o doente.

Macedo (1997) cita a fala de uma mãe que diante dos impasses vividos entre as propostas dos profissionais e o comportamento do seu filho se surpreende censurando-o "... por que você insiste em não ser um doente como eles querem?...".

Essa fala nos faz refletir sobre a influência que a equipe de saúde, em específico o enfermeiro, tem sobre a imagem que o familiar elabora para que se torne possível a convivência e o cuidar do doente mental.

Dessa forma, se por um lado o familiar necessita do atendimento do seu doente, por outro cabe à equipe direcionar o seu olhar não só para aquele que se apresenta com sintomas exacerbados, mas também para aquele que está ao seu lado, sentindo-se também afetado pela situação de constrangimento devido ao comportamento inadequado ou diferente do doente e pela indiferença por parte da equipe.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Ao refletirmos e observarmos o problema sob o ponto de vista da família: como deve ser receber o doente mental de volta ao lar? Ou até mesmo como lidar e desmistificar todo o enredo em volta da doença mental?

Motta (1997) refere que "... poder empatizar com o sofrimento de todos, oferecer continência e uma perspectiva comum é ganhar preciosos aliados na árdua tarefa do caminho terapêutico..."(p.30).

Ornellas (1997) relata que os profissionais da saúde reconhecem a importância da família para a recuperação da doença mental, porém apresentam dificuldades para inseri-la no plano de assistência. A autora refere ainda que os profissionais têm pouco conhecimento sobre a famíia dos enfermos e lançam sobre ela um olhar idealizador, entendendo-a como recurso terapêutico.

Silva e Neto (1999), ao abordarem 32 familiares para identificar os motivos pelos quais eles rotineiramente continuavam a utilizar os serviços da instituição manicomial, num contexto de desinstitucionalização, observaram, através dos resultados do estudo, que os familiares, ao procurarem os serviços de atendimento nos hospitais gerais e nas unidades básicas de saúde, foram orientados pelos próprios profissionais da saúde para procurarem o serviço especializado, no caso, o hospital psiquiátrico.

Os autores em pauta relatam que a falta de conhecimento por parte da equipe de saúde para o entendimento do movimento de desinstitucionalização afeta sobremaneira a família, que se percebe sem apoio, sozinha e abandonada, recorrendo ao serviço a que já está habituada.

Dessa maneira, a desconstrução dos mitos, estigmas e preconceitos de que o doente mental é perigoso e que o lugar para tratar doente mental é no hospital

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

psiquiátrico, configuram-se como fatores de extrema relevância, pois esses fatores acabam por interferir na assistência profissional.

Se por um lado a família sente-se só, por outro lado vivenciamos ao mesmo tempo o despreparo dos profissionais da saúde para lidar com a questão da doença mental que soa aos ouvidos dos vários profissionais que compõem a equipe, como o doente mental sendo um indivíduo sem controle, perigoso e impossível de lidar, e, que o ideal é que seja tratado longe das pessoas normais em lugar separado.

Essa situação ambígua, em que os profissionais se colocam, denota ou até mesmo confirma o quanto a questão da “loucura” está arraigada nos conceitos das pessoas, e, que muitas vezes esta valoração acaba por transpor até mesmo os princípios éticos da profissão.

Scheneider (1999), ao realizar um estudo sobre o significado de ser familiar de um esquizofrênico, constatou através dos dados coletados e analisados sob a luz da fenomenologia, que os familiares estudados percebiam o convívio com esquizofrênico como um convívio de incertezas e de inseguranças, advindas da instabilidade do comportamento do doente que ora se mostrava quieto ora agressivo, ora falante ora mudo, essas alterações exigiam da família a necessidade de aprender a conviver com essa oscilação de comportamento. O autor revela ainda que essas famílias que estão em constante adaptação, muitas vezes passam desapercebidas pelos profissionais da saúde, que direcionam a sua assistência ao doente mental, e o familiar representa um simples prestador de informações e acompanhante.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Refletindo sobre a questão da família, como suporte, não podemos deixar de observar o quanto a doença no âmbito familiar traz, de certa forma, um desequilíbrio no funcionamento habitual das pessoas que integram o grupo.

Em contrapartida, segundo Moreno (2000), a família passa a “lidar na marra” com o paciente, expondo seu membro frente à comunidade com seus comportamentos bizarros. Para a autora, esse vivenciar da família evidencia um olhar para doença como incurável e de piora progressiva. A falta de controle dos comportamentos dos pacientes também afeta o funcionamento diário da família, culminando dessa maneira com a internação hospitalar.

A autora em pauta conclui que um atendimento eficaz ao núcleo familiar requer do profissional aprender a trabalhar com as singularidades de cada indivíduo que unidos formam a família.

Gonçalves & Sena (2001), ao estudarem mulheres cuidadoras de doentes mentais observaram que tanto o enfermo como as cuidadoras deveriam ser incluídos nos princípios éticos do processo de desinstitucionalização, pois sofrem as mesma conseqüências de estigmatização, exclusão e violência ao terem de cuidar de indivíduos rejeitados pela sociedade.

Essa afirmação vem de encontro com a nossa experiência de assistência ao doente mental, onde o familiar verbaliza situações particulares do convívio com o paciente em uma tentativa de justificar sua sanidade mental “ele ficou doente depois que teve meningite”; “ele é o único da família que é assim, mas ele é adotado”.

Tais relatos são geralmente realizados pela família, em momentos onde o paciente não se encontra por perto, em tom de sigilo e confissão, numa tentativa de até mesmo amenizar e atenuar o fato saúde/doença.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Kantorski, Pinho e Machado (2001), com o objetivo de contextualizar a falta de continuidade no tratamento em saúde mental, evidenciaram como resultados de sua pesquisa que a ausência ou pouco contato com a família interfere de maneira negativa na recuperação do paciente. Referem, ainda, que o vínculo criado entre o profissional da saúde e o portador de sofrimento psíquico configura-se como um passo importante para sua recuperação.

As autoras em pauta relatam que essa capacidade de vínculo e envolvimento com o paciente depende da disponibilidade interna do profissional, de empatia, respeito e interação, direcionando sua assistência, incluindo a família e oferecendo-lhe suporte necessário e acolhimento.

Miron, Hildebrant e Gentile (2002), em seu estudo sobre o depoimento de familiares de pacientes psicóticos inseridos em serviço público ambulatorial de saúde mental, obtiveram como resultados que a família percebe-se como integrante do tratamento da assistência ao paciente, assumindo no domicílio responsabilidades sob as necessidades básicas do indivíduo (higiene, alimentação e supervisão de medicação), bem como o relacionamento propriamente dito com o doente mental.

Quanto ao atendimento oferecido pelo serviço de saúde mental, os familiares referiram ser de boa qualidade, evidenciando a importância da oportunidade de trocas entre pacientes e familiares. Em relação à internação verificou-se a compreensão por parte dos familiares como pouca resolubilidade. No que tange à medicação, os familiares a consideraram o ponto central do tratamento.

Quanto ao relacionamento família e equipe de saúde, os referidos autores observaram a presença de conflitos no que tange ao cuidado direto com o paciente. Aos familiares, a equipe de enfermagem acaba por designar algumas

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

responsabilidades que seriam de sua competência, furtando-se, dessa maneira, da assistência que deveria ser oferecida ao paciente.

Os autores referem, ainda, que não podemos centrar nossas atenções somente no aspecto atendimento ao doente mental, pois se faz necessário entender que a família possui necessidade de cuidados, pois sofre conjuntamente com o paciente e essa carga de sofrimento psíquico pode estar sendo subestimada pela equipe, que lança o olhar para a família como um ajudante, um apoio, esquecendo de visualizá-la como objeto de atenção e assistência.

Colvero (2002), procurando entender a convivência da família com o doente mental, acompanhou cinco irmãs e três mães de portadores de transtorno psíquico. Para análise dos dados, foi utilizado o referencial teórico-metodológico moscoviciano de representação social, onde foram apresentadas duas grandes categorias: Cotidiano interrogado: o que é a doença mental? E o cotidiano conturbado: maneiras de viver e lidar com o doente/doença mental.

Os resultados obtidos evidenciaram um cotidiano repleto de dúvidas e incertezas, ocorrendo um confronto entre o tempo da saúde e da doença, onde os familiares procuram respostas para entender o que venha a ser a doença mental.

Os familiares estudados referiram o impacto dessa convivência em sua vida pessoal, conjugal e profissional e indicaram sua insatisfação em relação à falta de apoio ou suporte oferecido por parte do projeto assistencial oferecido pela saúde mental, pela rede de apoio social (COLVERO, 2002).

A autora refere ainda sobre a necessidade da sensibilização dos profissionais para inclusão da família em nossa proposta de cuidado.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Ao que nos parece, muito se tem refletido e organizado à respeito da utilidade da família no apoio ao tratamento mental, mas pouco se tem feito nesse aspecto para ajudar a família como parte integrante do cuidado, para que possa ao mesmo tempo auxiliar e ser cuidada pela equipe, amenizando seu sofrimento e estabelecendo uma qualidade de vida aceitável.

Galera (2002), ao utilizar o referencial sistêmico no atendimento à família com pacientes esquizofrênicos em seu convívio, detectou três tópicos que a autora denominou de conhecimento: conhecimento sobre o sofrimento familiar, sobre o referencial sistêmico e o construtivismo.

No que tange ao sofrimento dos familiares, observou-se que as famílias viviam com níveis elevados de ansiedade, devido às oscilações comportamentais do doente, dos problemas relacionados ao tratamento medicamentoso, e ao convívio estigmatizante que a sociedade ainda demonstra perante a doença mental.

A autora observa que uma avaliação e intervenção precoce são fatores de contribuição para evitar os períodos agudos da doença ou pelo menos amenizar o sofrimento.

Quanto à utilização da intervenção denominada construtivista foi avaliada como benéfica. Permite discorrer sobre assuntos pouco discutidos que refletissem sobre a vida familiar e aumentassem a rede de ajuda para intervir em momentos de surto.

Do ponto de vista dos enfermeiros, as perspectivas possibilitaram compreender que: é importante conhecer a estrutura familiar, pois permite entender melhor o paciente e seu familiar, depois que eles saem do serviço, isto é, que é a vida fora do núcleo de saúde mental; é importante estar aberto para a opinião de

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

todos os membros da família e adotar a opinião de um só membro como correta; é importante ouvir e interessar-se por aquilo que a família quer nos apresentar, mesmo que suspeitemos dos segredos das famílias. Só poderemos abordá-lo quando a família falar sobre ele.

Galera (2002) conclui em seu trabalho que é possível e útil adotar a família do doente mental como unidade do cuidado, pois assume uma significância para apoio e efetivação do tratamento do doente mental, bem como manter essa família “saudável” propicia um ambiente mais confortável e seguro para o convívio com a doença mental.

Azevedo et al. (2003), ao realizarem um estudo sobre o comportamento da família diante da internação do paciente psiquiátrico, observaram que dos 50 sujeitos pesquisados, 58% chegaram ao serviço acompanhados de seus familiares, momento este onde o paciente encontrava-se em surto, demandando a necessidade de um acompanhante para internação, os dados ainda revelaram que no momento da alta hospitalar apenas 21% dos sujeitos saíram acompanhados dos seus familiares, levando-nos a supor que a disponibilidade da família no momento de internação pode ser entendida como uma possibilidade para livrar-se do problema.

Quanto ao recebimento de visitas, apenas 31% dos sujeitos foram visitados, demonstrando um certo abandono pela família, não se interessando nem sequer na recuperação do doente.

Percebemos dessa maneira que o paciente sofre preconceitos dentro do próprio núcleo familiar, sendo depositado nos hospitais psiquiátricos, entregue aos cuidados de outros, extinguindo assim a responsabilidade sob seu cuidado.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

A autora refere, ainda, que se torna urgente a necessidade de uma maior atenção dispensada à família que tem em seu convívio um doente mental, para que possam ser desenvolvidas intervenções para orientação e capacitação das famílias para que atuem efetivamente no tratamento e cuidados com o seu doente, munindo-as de conhecimento que possa amenizar a situação conflituosa de cuidar de um doente mental.

Azevedo et al. (2003) citam que a prática profissional tem mostrado que qualquer tentativa de tratar o indivíduo isoladamente de sua família é inútil, pois sempre que uma pessoa apresenta problema mental não apenas ela sofre, mas toda a família, assim ambos precisam de apoio e acompanhamento.

Oliveira et al. (1999) ao desenvolverem através de grupo de apoio aos acompanhantes de transplantados de medula óssea, observaram que o diagnóstico da doença atinge toda a unidade familiar fazendo com que suas necessidades excedam a do paciente e que a estratégia de atendimento grupal é fundamental, uma vez que permite aos acompanhantes falarem de suas tensões e dificuldades de compartilharem suas emoções com pessoas que vivenciam a mesma situação e de sentirem compreendidos e amparados por alguém da equipe.

Os autores referem que o fato dos acompanhantes se sentirem acolhidos aumentava sua sensibilidade às necessidades emocionais dos pacientes, favorecendo o desempenho da tarefa do cuidar e acolher.

Os autores em pauta consideraram que o cuidar de quem cuida acaba por beneficiar o próprio paciente e que esta dimensão freqüentemente é negligenciada nos esquemas convencionais de tratamento.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

A família, em contrapartida configura-se como uma aliada e como lócus de intervenção para reabilitação do paciente e também como lócus de intervenção para uma efetivação da assistência à saúde mental.

Refletindo sobre a questão da família, como suporte ao tratamento, não podemos deixar de observar o quanto a doença no âmbito familiar traz, de certa forma, um desequilíbrio no funcionamento habitual das pessoas que integram o grupo, causando dessa forma um adoecimento até mesmo a cronificação de todos os membros do grupo, tornando-se a família adoecida.

Dessa maneira, pensando nas dificuldades e sofrimentos vivenciados por esses familiares, acreditamos ser de suma importância a procura de uma abordagem que se centraliza na assistência e apoio aos familiares como suporte para amenizar o convívio com a doença mental.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

2. Objetivo geral

- Auxiliar os familiares cuidadores de doentes mentais no manejo dos problemas enfrentados no convívio com os mesmos.

2.1 Objetivo específico

- Utilizar como estratégia de auxílio aos cuidadores de enfermos mentais, a técnica de solução de problemas, tendo como norteador o conteúdo do Manual Prepared Family Caregiver Course Instructor's (adaptado para a saúde mental).

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

3. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A teoria norteadora desta pesquisa fundamenta-se em princípios originários da Teoria Cognitivo-Comportamental. Para entender o funcionamento do referencial a ser utilizado, faremos uma breve exposição dessa teoria que se apresenta como a base para diversas técnicas.

A Teoria Comportamental (TC), conforme Caballo (1996), é um termo utilizado como sinônimo de modificação ou terapia comportamental, configura-se, sem dúvida, como o movimento mais importante dentro da psicologia clínica nas últimas décadas, considerando-se como precursores do método comportamental os trabalhos de Pavlov (1903, 1919, 1921) sobre o condicionamento clássico, o de Watson (1913) sobre o comportamentalismo, o de Thorndike (1911) sobre a aprendizagem, e o de Skinner (1935, 1937) sobre o condicionamento operante; tais trabalhos juntos formam a pedra angular da Teoria Comportamental.

Para Queirós (1973), esses estudos configuram-se como o princípio de um novo método que demanda limitar a análise do comportamento aos eventos observáveis.

Entretanto para os estudiosos da psicologia a TC tem muitas origens e nenhum fundador ou ponto de partida único.

Rangé (2001) refere que na década 1960, a Teoria Comportamental se converteu em uma alternativa viável para os problemas tradicionais da psicoterapia e da psicologia clínica em geral. Trata-se de um enfoque dos transtornos do comportamento que se caracteriza por ser válido e confiável, baseado na ciência e fundamentado nas investigações de laboratório. Nesse movimento, uma nova concepção das tradicionalmente denominadas “doenças mentais” foi incluída, a

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

terminologia doença mental deixou de ser utilizada, dando lugar aos transtornos comportamentais.

A Teoria Comportamental tem oferecido aos profissionais de saúde numerosos procedimentos de intervenção para enfrentar os transtornos comportamentais apresentados pelos indivíduos, desde o momento da aproximação ao problema, seguindo com a avaliação do mesmo e finalizando com seu tratamento, sendo que sua aplicação prática é imediata e verificável. Conforme evidenciam as várias pesquisas, contendo exemplos de aplicação, por definição a Teoria Comportamental implica:

> Principalmente, na aplicação dos princípios derivados da investigação na psicologia experimental e social, para o alívio do sofrimento das pessoas e o progresso do funcionamento humano. A terapia comportamental implica na alteração ambiental e na interação social, mais que na alteração direta dos processos corporais por meio de procedimentos biológicos. O objetivo é essencialmente, educativo. As técnicas facilitam um maior autocontrole. Na aplicação da terapia comportamental normalmente se negocia um acordo contratual no qual se especificam procedimentos e objetivos mutuamente agradáveis. Aqueles que empregam os enfoques comportamentais de modo responsável, guiam-se por princípios éticos amplamente aceitos (FRANKS e WILSON, 1975, p.1).

Todavia a literatura mostra que as diversas definições da TC se dividem em duas classes: A classe doutrinária, que se vincula às teorias, às leis ou princípios de aprendizagem que geralmente tende a ser limitada. Já a classe epistemiológica se vincula a diversas maneiras de estudar os fenômenos clínicos, com tendência de ser acomodativa e aplicável a muitas terapias não comportamentais, pois quanto mais flexível e compreensiva a definição, maior o risco para ocultar-se com modelos não comportamentais (CABALLO, 1996).

Porém alguns autores, entre eles Erwin (1978) e Davison e Stuart (1975), preferem listar várias características importantes, da TC ao invés de defini-la.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Outros autores defendem o papel do condicionamento na TC, Caballo (1996), porém, refere que tal conceito tem um significado desprovido de um acordo comum. Alguns autores utilizam-no para descrever um procedimento experimental e outros, às vezes, utilizam-no para explicar sua eficácia. Na verdade, a dificuldade que permeia esse conceito está em conseguir extrapolar os achados obtidos no laboratório, através de experimentos com animais, para os seres humanos. Houve tentativas de explicar de maneira intelectualizada a utilidade do condicionamento na TC, como exemplos, citamos o trabalho de Mowner (1962) sobre a teoria dos dois fatores, relacionados à conduta da evitação; os trabalhos de Eysenck (1962) sobre incubação condicionada; os de Hillner (1979), sobre a teoria do condicionamento em termos cognitivos e outros que colaboraram na tentativa de esclarecer o papel do condicionamento da TC.

Caballo (1996) observa que em relação ao papel do comportamentalismo na TC, deve-se primeiro entender que o comportamentalismo não é monolítico, e os terapeutas que mais se adaptam à prática da TC, configuram-se como profissionais comportamentalistas metodológicos, levando em consideração a existência de estados mentais sob uma base inferencial, onde é possível a utilização de definições tais como livre arbítrio, autocontrole, a cognição e o perceber-se. O autor refere ainda que se torna difícil verificar como o profissional trabalharia com seu paciente sem ocorrer uma interação e a influência de um sobre o outro. Sobre esse prisma o comportamentalismo tem sua função dentro da TC, nomes como de Hull (1943), Spence (1956) e Eysenck (1987), autores que defendiam o comportamentalismo metodológico.

Em oposição a essa vertente, existem os comportamentalistas metafísicos ou radicais que negam a existência de estados mentais com intenções úteis.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Bandura (1986), um dos mais renomados comportamentalistas metodológicos, desenvolveu a teoria da aprendizagem social, que leva em consideração tanto a cognição quanto a execução, influenciando no comportamento do indivíduo. A teoria da auto-eficácia aparece como base sólida para esclarecer os meios necessários para tornar compreensível a interdependência entre as mudanças cognitivas e comportamentais, influindo nos padrões de pensamento, nas ações e na avaliação emocional, no decorrer da experiência vivida pelo indivíduo. Para esse autor, os processos causais constituem “determinantes recíprocos”, nos quais ocorre a interação entre as influências comportamentais, cognitivas e ambientais.

Para Caballo (1996), esse é o aspecto que propicia dificuldades conceituais, pois se de um lado, o conceito predispõe a criar uma aparência de livre arbítrio, por outro retém ao mesmo tempo um conceito de determinismo.

Conforme o relato apresentado, existem várias controvérsias dentro da Teoria Comportamental. Podemos citar ainda a ênfase atribuída à teoria, o distanciamento progressivo da teoria à prática e o problema do ecletismo técnico (LAZARUS, 1981; FRANKS, 1984).

Segundo o autor citado anteriormente, a TC, reflete uma combinação de procedimentos verbais e de ação, a utilização de métodos de múltiplas dimensões ao invés de uma única, com a atenção cada vez mais voltada para responsabilidade do paciente e do terapeuta, para importância nos determinantes atuais mais que nos históricos, para o respeito com os dados e uma tendência de ir além dos limites do condicionamento tradicional, ou da teoria de aprendizagem do tipo Estímulo – Resposta (E – R), no intuito de alcançar sua base de dados, constituindo uma de suas características o enfoque empírico sobre o tratamento e sua avaliação. A Terapia Comportamental configura-se como uma perspectiva de solução de

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

problemas, no qual se mesclam a avaliação e a intervenção para gerar valorizações contínuas do progresso.

Rangé (2001) refere que discutir a Terapia Comportamental, atualmente, requer uma reflexão sobre as direções trilhadas através das bases do Condicionamento Operante. Levando essa reflexão a uma visão mais ampla, podem ser consideradas como caminhos percorridos a teoria da aprendizagem social e a modificação do comportamento cognitivista.

No que concerne à realização de uma avaliação comportamental, é importante respeitar algumas fases que direcionam o seu desenvolvimento. Essas fases são: a seleção e descrição dos comportamentos-problema; a seleção das técnicas de intervenção com as quais se atuará sobre os comportamentos descritos na etapa anterior; a avaliação dos efeitos provocados pela intervenção realizada. Essas fases são essenciais para colocar o profissional em contato com o problema de seu cliente e partindo da investigação, seguida da avaliação da situação-problema tentar ajudá-lo a solucionar e/ou procurar meios para encontrar as soluções. (CABALLO, 1996; RANGÉ, 2001).

Embora, a Terapia Comportamental tenha muitos adeptos na psicologia, ela não pertence a uma área do conhecimento específica, podendo ser interdisciplinar, desde que profissionais das áreas afins (psiquiatras, assistentes sociais e outros) recebam treinamento adequado para atuar como terapeutas.

Avanços fisiológicos e psicológicos levaram ao desenvolvimento da psicologia cognitiva, entretanto progressos em outros ramos do conhecimento também deram sua contribuição para o desenvolvimento do cognitivismo, ou seja, “a crença de que muito do comportamento humano pode ser compreendido se primeiro houver o entendimento de como as pessoas pensam” (STERNBERG, 2000, p. 30), e

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

da psicologia cognitiva moderna. As vertentes teóricas que ajudaram a psicologia cognitiva a emergir foram a psicobiologia, a lingüística e a antropologia, bem como campos tecnológicos como o sistema de comunicação, de engenharia e de informática (STERNBERG, 2000).

Nos anos sessenta, tais avanços científicos nos campos referidos bem como as reações contra o behaviorismo criaram condições propícias para mudanças, o livro de Ulric Neisser foi especialmente importante para divulgar o cognitivismo. Para esse autor a psicologia cognitiva é o estudo da maneira como as pessoas aprendem, estruturam, armazenam e usam o conhecimento (STERNBERG, 2000).

Daí em diante ocorreu um desenvolvimento crescente de uma abordagem psicoterapêutica denominada psicoterapia cognitiva.

A Teoria Cognitiva tem como uma de suas premissas básicas o fato de que a cognição prioriza a emoção e o comportamento. Para Teoria Cognitiva, mais importante que a situação real, é avaliação que o indivíduo faz a respeito dela. Uma mesma situação pode desencadear diferentes emoções (tristeza, raiva, ansiedade) (SILVA e SERRA, 2001).

Para Rangé (2001) historicamente a Teoria Cognitiva teve como precursora a terapia racional-emotiva, mas foi Aaron T. Beck que lhe deu os contornos atuais.

Para esse autor estudiosos como Bandura (1969) e outros que se seguiram na década de setenta e oitenta, progressivamente, começaram a valorizar os aspectos cognitivos, com o conseqüente desenvolvimento de uma abordagem cognitivo-comportamental (HAWTON e cols, 1989).

A Teoria Cognitiva consiste numa abordagem ativa, diretiva e estruturada com utilização no tratamento de ampla variedade de problemas psiquiátricos,

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

fundamentada no modelo cognitivo e caracterizada pela aplicação de diversos procedimentos clínicos como: introspecção, insight, teste de realidade e aprendizagem, com o propósito de aperfeiçoar discriminações e corrigir concepções equivocadas, que se supõe fundamentarem os comportamentos, sentimentos e atitudes perturbadas dos indivíduos (ATKINSON et al., 2002; RANGÉ, 2001).

A Teoria Cognitiva de forma alguma pode ser persuasiva, em princípio constitui um método socrático. As sessões transcorrem, fundamentalmente, em torno de perguntas que o terapeuta faz para o paciente de modo que este possa questionar as bases de seus pensamentos automáticos e que, reconhecendo a ausência destas, possa modificá-las (ATIKINSON et al., 2002).

Essa abordagem na medida em que focaliza as evidências dos dados como instrumento de avaliação da credibilidade das hipóteses, utiliza-se de procedimentos de um método indutivo (RANGÉ, 2001).

A Teoria Cognitiva é orientada para o problema, não para a personalidade. É estruturada e direcionada para obter mudanças numa dada situação problemática. Baseia-se, portanto, em um modelo educacional com o propósito de ensinar ao paciente recursos e habilidades que lhe permitam lidar sozinho com as situações novas que enfrenta no seu cotidiano.

3.1 A Terapia de Treinamento em Solução de Problemas – TSP

Nos últimos anos têm havido vários desdobramentos da Teoria Cognitivo-Comportamental, dada a sua aplicabilidade e resultados a curto e médio prazos, tanto na área da saúde como na empresarial (CABALLO, 1996).

O modelo do Treinamento em SP situa-se dentro das técnicas cognitivas e de autocontrole. O interesse e o estudo empírico do constructo de solução de

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

problemas é antigo, na história humana, todavia consiste numa área recentemente estudada entre os profissionais da saúde mental que têm percebido seu valor enquanto possibilidade de ampliar o entendimento dos transtornos comportamentais e problemas emocionais. Além disso, insere o treinamento em habilidades de solução de problemas, como parte do tratamento. A maioria da produção científica inicial sobre a habilidade em solução de problemas é originária da psicologia cognitiva experimental, da educação e da indústria (NEZU e NEZU, 1989).

O treinamento para a solução de problemas teve como marco inicial enquanto intervenção clínica, as décadas de 1950 e 1960, época em que se defendia a utilização de um enfoque social na psicopatologia.

O artigo de D`zurrila e Goldfried "Solução de problemas e modificação de comportamento", em 1971, constituiu uma marco revelando o potencial dessa vertente teórica. O artigo em questão descrevia um modelo prescrito de como treinar as pessoas para desenvolver habilidades de resolver problemas, facilitando sua competência geral.

A Terapia de solução de problemas sociais é definida como: "O processo meta-cognitivo pelo qual os indivíduos compreendem a natureza dos problemas da vida e dirigem seus objetivos em direção à modificação do caráter problemático da situação ou mesmo de suas reações a ela" (NEZU, 1987, p.22). Dessa maneira, o problema é visualizado como situações vivenciadas ou que estão em curso e que necessitam de respostas para que ocorra a adaptação.

Nezu e Nezu (1987) referem que, diante dessa definição, o problema não se configura como característica nem do ambiente nem da pessoa, trata-se de um tipo individualizado de relação pessoa-ambiente que reflete um desequilíbrio ou discordância, percebidos entre as demandas e a disponibilidade de uma resposta

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

adaptativa. Espera-se que esse desequilíbrio mude com o tempo, dependendo de alterações ocorridas no ambiente, na pessoa ou em ambos. A solução nesse modelo refere-se a qualquer resposta com característica de afrontamento com a intenção de modificar a natureza da problemática, bem como as reações emocionais negativas ou ambas.

No campo da psicologia cognitiva experimental, os estudiosos têm se voltado para observar e descrever os modelos, tentar entender o que o indivíduo faz para solucionar seus problemas, ou seja, em seus trabalhos geralmente incluem problemas impessoais, como quebra-cabeças, atividades de elaborações de conceitos, não oferecem problemas da vida real, como por exemplo, problemas que retratam dificuldades de relacionamento. No campo da educação, os profissionais têm-se centrado na questão da criatividade, defendendo que a solução de problemas exige dos indivíduos uma atuação criativa. Já no campo da indústria, os estudiosos concentraram seu interesse no aspecto de desenvolver programas de treinamento de funcionários, com o objetivo de aumentar o pensamento positivo dos indivíduos.

Nezu e Nezu (1989) argumentam que tal vertente de investigação centra-se no desenvolvimento de modelos prescritivos ou normativos de solucionar problemas, onde o interesse está direcionado em descobrir como as pessoas podem alcançar o máximo em termos de eficácia pessoal na solução de problemas.

A Terapia de Solução de Problemas, desde então, tem sido utilizada como intervenção de tratamento nos mais variados problemas de transtornos clínicos e subclínicos tais como: a depressão, o estresse, a ansiedade, a agorofobia, a obesidade, os problemas conjugais, o alcoolismo, o fumar, entre outros; podendo

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

até mesmo ser utilizada com pacientes psiquiátricos internados, no intuito de aumentar a competência social (CABALLO, 1996).

As pesquisas conduzidas nas duas décadas passadas têm documentado a terapia de solução de problemas, como uma efetiva intervenção cognitivo-comportamental para uma ampla variedade de problemas ou de transtornos psicológicos. A habilidade de resolver problemas é melhor concebida como uma série de habilidades específicas mais do que uma única habilidade, isto é, está teoricamente enraizada numa abordagem de competência social para lidar com treinamento de habilidades. A Terapia para Solução de Problemas - TSP tem sido mais recentemente adaptada para aumentar as habilidades de enfrentamento das pessoas que vivenciam dificuldades emocionais e psicológicas significativas, produzidas pela doença crônica, bem como também das pessoas significativas.

Como corpo teórico de suporte científico a TSP tem tido bastante utilização entre equipes clínicas que têm sido treinadas com manual apropriado desenvolvido tendo esse embasamento teórico e cuja aplicação tem sido feita nos casos de pessoas com depressão, problemas interpessoais e no enfrentamento de doenças crônicas (NEZU e NEZU, 1989).

Em síntese, a solução de problemas é o processo no qual se procura encontrar uma solução eficaz para uma situação considerada problema. Porém colocar em prática a solução supõe a realização da solução escolhida.

Vale ressaltar que dispor de diferentes estratégias de tratamento configura-se como importante para o indivíduo que é competente para descobrir uma solução eficaz, mas incapaz de levá-la à prática, e esse pôr em prática configura-se como a realização do afrontamento que constitui o resultado do processo de solução de problemas. O termo afrontamento de solução de problemas refere-se à

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

“combinação da solução de problemas com a execução da mesma, a respeito de um determinado problema”. Entretanto, a prática da solução de problemas depende de vários fatores, entre eles a deficiência nas habilidades de execução, as inibições emocionais e a falta de motivação (D`ZURILLA e NEZU, 1987).

Essa distinção entre solução de problemas e execução do afrontamento é importante para investigação sobre a relação entre o processo e o resultado da solução de problemas. Conseqüentemente, as avaliações do processo deveriam centrar-se nas habilidades e nas capacidades que permitem aos indivíduos solucionar os problemas de forma eficaz, enquanto as avaliações da solução deveriam centrar-se nas soluções encontradas (ou seja, as técnicas ou respostas de afrontamento) ou até mesmo na execução do enfrentamento concreto (NEZU e NEZU, 1989).

Baptista e Daher (1998), com o objetivo de discutir com base no referencial da psicoterapia comportamental-cognitiva através de um caso clínico, realizaram um levantamento das informações sobre o histórico de vida do cliente e, após a discussão dos comportamentos-problema apresentados, fizeram a descrição de algumas estratégias terapêuticas, dentre elas o treinamento em resolução de problemas que deveriam ser realizados pela mãe do cliente no intuito de aumentar as habilidades do mesmo bem como a sua independência em relação à secretária da mãe. Os autores concluem que a utilização de estratégias terapêuticas está ligada à caracterização adequada e clara do problema do cliente; sendo as estratégias utilizadas como aliadas à melhora do cliente.

Nessa perspectiva, D´zurilla e Nezu (1987) referem que as soluções eficazes são aquelas em que o indivíduo não só consegue alcançar seus objetivos, como também aumentam a possibilidade de resultados positivos, caracterizando,

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

dessa forma, os benefícios que se têm com o afrontamento. Os autores referem ainda que conseqüentemente as situações negativas são minimizadas, configurando os aspectos negativos como os custos vivenciados pela tentativa de resolução de problema.

Essa tendência de benefícios, sobrepondo os custos, implica em um reforço a curto ou longo prazo da solução, bem como as conseqüências pessoais para o indivíduo e a impressão que a solução tem sobre outras pessoas significativas.

A eficácia ou a adequação de qualquer solução de problemas dependerá de como o indivíduo enfrenta seus problemas, qual o valor deles para sua vida e para as pessoas com quem vive, ou seja, cada indivíduo reage de uma maneira diferente ao mesmo estímulo, considerando como estímulo tantos fatores intrapessoais quanto os inerentes ao exterior.

O modelo de solução de problemas de saúde mental tem duas suposições, a primeira, devido às complexas capacidades cognitivas e às exigências da sociedade, as pessoas são ativas solucionadoras de problemas. A segunda suposição refere que o ajuste psicológico relaciona-se com a habilidade de solucionar problemas, levando em consideração características intra e interpessoais. Destrezas comportamentais e cognitivas medeiam tanto as reações emocionais como o ajuste psicológico.

Dentre essas destrezas que o indivíduo pode desenvolver, podemos citar o enfoque geral que o problema tem para o indivíduo, a maneira como vê o problema e quanto está sensibilizado e envolvido com a situação problemática, dessa maneira estando envolvido com o problema, haverá facilitação da capacidade de considerar soluções potenciais e até mesmo antepor os resultados das várias

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

ações ou atos, e a maneira como a pessoa resolve reagir quando se defronta com uma solução problemática também configura-se como uma destreza.

Esse modelo ressalta ainda que as habilidades para solução de problemas denotam competência social, ou seja, capacidade que o indivíduo tem de enfrentar eficazmente os inúmeros problemas da vida cotidiana, e que a competência social é um componente do ajuste psicológico (D´ZURILLA e GOLDFRIED, 1971).

O modelo de solução de problemas compreende dois grandes e parcialmente independentes processos no seu todo, ou seja, o processo de orientação para o problema e o estilo de solução de problemas.

A orientação para o problema refere-se às reações afetivas cognitivas generalizadas de uma pessoa que se confronta primeiramente com o problema. Essas respostas incluem uma sensibilização geral para os problemas bem como as várias crenças, pressupostos, avaliações e expectativas relacionadas aos problemas da vida e à sua própria habilidade para resolvê-los efetivamente.

A orientação para o problema pode ser caracterizada como positiva ou negativa. Uma orientação positiva envolve um senso realístico de otimismo bem como a crença de que os problemas na vida são comuns e podem ser resolvidos.

Os indivíduos com uma orientação positiva tendem a visualizar os problemas como desafios ou como oportunidades para beneficiá-los de alguma maneira significativa. Eles também tendem a possuir uma forte crença de auto-eficácia e são mais aptos a usar as habilidades adaptativas de solução de problemas.

Ao contrário, uma orientação de problemas negativos pode conduzir a efeitos negativos. Há comportamento impulsivo e motivação para afastamento, os quais podem inibir ou interromper as tentativas de solução de problema

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

subseqüentes. Uma pessoa com uma orientação negativa tem uma tendência a ver o mundo de uma forma pessimista e provavelmente perceberá os problemas como atípicos e catastróficos.

O segundo maior componente do processo de solução de problemas envolve vários estilos de solução de problemas, um tipo de estilo mal adaptado envolve uma tendência geral de agir impulsivamente e descuidadamente. Esse método de luta pode resultar em tentativas apressadas e não sistematizadas para resolver os problemas, conduzindo usualmente a um aumento das conseqüências negativas.

Um segundo estilo mal adaptado de solução envolve uma tendência geral a evitar lidar com os problemas. Especificamente, numa tentativa de proteger a si mesmo do estresse, algumas pessoas tentam negar sua existência, portanto, não resolvem ou tentam resolver o problema. Entretanto ambos os estilos de solução de problemas, ou seja, o impulsivo e o evitativo usualmente resultam num aumento da tensão.

Um estilo de solução de problemas efetivo é aquele que conduz a uma solução racional do problema. Essa abordagem envolve uma aplicação sistemática, planejada e habilidosa de vários princípios ou técnicas efetivas de solução de problemas. Cada tarefa nesse processo traz uma contribuição distinta em direção à descoberta de uma solução adaptativa e a resposta efetiva a uma situação geradora de tensão. Esses quatro domínios de habilidade incluem: a definição e formulação do problema, ou seja, a habilidade para entender a natureza do problema, identificar os obstáculos em direção às metas, delinear objetivos realísticos e perceber relações de causa e efeito; a geração de alternativas, habilidade para criar múltiplas idéias para solução; a decisão de fazer diz respeito a identificar conseqüências

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

potenciais para predizer as probabilidades de tais conseqüências e conduzir a uma análise de custo x benefício a respeito do desejo desses resultados; a implementação da solução e verificação da habilidade para levar a cabo um plano de solução favoravelmente, monitorar seus efeitos, buscar assessoria, caso a solução não seja efetiva, e autovalorizar se o resultado for satisfatório.

O modelo de solução de problema, Nezu e Nezu para ser considerado eficaz requer cinco etapas que se processam em interação, cada uma delas trazendo uma determinada contribuição para o resultado final.

Etapas do processo:

1- Orientação para o problema

Consiste em um processo motivacional, que pode ser considerado como reações cognitivo-afetivo-comportamentais imediatas de uma pessoa que vivencia uma situação-problema.

Aplicando o conhecimento para o familiar do doente mental, é o momento em que ele pensa, questiona, supõe a situação problemática, no caso a convivência e o relacionamento com o doente mental.

Configura-se como a sensibilização para o problema. Essa etapa pode ter um efeito facilitador ou inibidor sobre as outras quatro etapas restantes da solução de problemas. O treinamento dessa etapa ajuda o indivíduo com problemas em:

a- Identificar e reconhecer corretamente os problemas quando ocorrem – Percepção, reconhecimento e classificação do problema.

Pode-se perguntar nesse momento questões sobre o relacionamento da família com o doente mental, por exemplo:

O (a) Senhor (a) vê algum problema no relacionamento com seu parente doente mental?

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

b- Adotar a perspectiva filosófica de que os problemas da vida são normais e inevitáveis e que a sua solução é um meio viável de enfrentá-los – atribuições sobre as causas dos problemas:

Qual a possível causa desse problema?

c- Aumentar suas expectativas de serem capazes de realizar satisfatoriamente atividades de solução de problemas, isto é, auto-eficácia percebida – avaliação do problema, significação para o bem-estar pessoal e social:

O quanto é importante esse problema para o bem-estar da família?

d- Inibir a tendência a realizar hábitos de resposta automática, baseados em experiências anteriores, em situações semelhantes.

Controle pessoal – que se perceba o problema como controlável e com solução:

Quanto o (a) senhor (a) acha que dá para controlar ou resolver esse problema?

Que o sujeito pense que pode resolver seus problemas através de seus esforços:

O quanto o (a) senhor (a) acha que tem condições de resolver este problema com seu próprio esforço?

Disposição de tempo e esforço – estimativa precisa do tempo que levará para solucionar o problema com êxito, a disposição do indivíduo em dedicar tempo e esforço necessários para solucionar o problema:

Quanto tempo o (a) senhor (a) acha que vai levar para resolver esse problema?

Quanto o (a) senhor (a) está disposto (a) a se dedicar em tempo e esforço para solucionar esse problema?

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Logo após esse primeiro contato, agrupam-se os problemas e as causas semelhantes, terminando o primeiro encontro com explicitação dos problemas a serem discutidos nos próximos encontros.

2- Definição ou formulação do problema

Competem a esse processo o esclarecimento e o entendimento da natureza específica do problema. Pode estar incluso uma reavaliação da situação em termos de significação para o bem-estar e a mudança.

Nessa fase, que o indivíduo avalia com mais precisão o problema, o treinamento desse componente centra-se em cinco tarefas:

1. Busca de toda a informação e de todos os fatos disponíveis sobre o problema.
2. Descrição desses fatos em termos claros e sem ambigüidades.
3. Diferenciar as informações relevantes das irrelevantes e os fatos objetivos das inferências, suposições e interpretações não comprovadas.
4. Identificação dos fatores e circunstâncias que fazem da situação um problema.
5. Estabelecer uma série de objetivos realistas na solução de problemas.

Pode-se utilizar nessa fase os cinco “W”.

Quem (*who*)

Quem está envolvido neste problema? Quem é o responsável por este problema?

O que (*What*)

O que estou sentindo sobre este problema?

O que está acontecendo que faz com que eu me sinta triste?

O que estou pensando em resposta a este problema?

O que acontecerá se não solucionar este problema?

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Onde (*where*)

Onde ocorre este problema?

Quando (*When*)

Quando começou este problema?

Quando solucionarei, supostamente, este problema?

Por que (*Why*)

Por que ocorreu este problema?

Por que estou me sentindo tão triste?

Através da definição e formulação dos problemas, ensina-se aos familiares de doentes mentais a planejar objetivos específicos que gostariam de alcançar.

Através da informação sobre a tarefa que dependerá do que foi levantado na primeira reunião: papel da família no tratamento, características comportamentais de cada patologia (manifestações) doença crônica – compreensão do problema, definir os objetivos – o que podemos fazer para resolver o problema.

3 - Levantamento de alternativas

Nesse momento, deve haver quantas respostas forem necessárias para a solução de problemas, para que se possa ter a oportunidade de uma delas ser a resposta que melhor se aproxima de um resultado positivo.

Nessa fase, ocorre a opção de afrontamento. Ensina-se os indivíduos a utilizar três regras gerais de idéias: o princípio de quantidade, que relaciona quanto mais idéias alternativas forem levantadas, maior a probabilidade de gerar opções eficazes ou de qualidade.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

O segundo princípio refere-se ao adiamento do julgamento, sugere que a regra da quantidade pode ser aplicada se for retirada a opinião sobre a qualidade ou eficiência de qualquer idéia, até produzir uma lista exaustiva de respostas.

O último princípio refere à variedade, que leva o indivíduo a pensar em um leque de soluções possíveis, através de uma variedade de estratégias ou tipos de enfoque, ao invés de centrar-se em uma só idéia.

4 – Tomada de decisão

Consiste em avaliar (julgar e comparar) as opções disponíveis com respeito à solução e selecionar a(s) melhor (es) para serem utilizadas na situação de problema.

Nessa fase, ensina-se o indivíduo a estimar:

a) a probabilidade de que uma alternativa determinada seja realmente eficaz para alcançar o objetivo.

b) a probabilidade de que o indivíduo seja capaz de realizar a solução de forma adequada, isto é, valorização da capacidade e o próprio desejo de pôr em prática uma solução, independente de seus efeitos sobre o problema.

Pode-se perguntar à família nessa fase:

O que eu posso estar esperando em termos dos objetivos que eu quero?

Discutir a possibilidade de execução de uma solução simples ou uma combinação de soluções: aspectos emocionais (estresse, nervoso, ansiedade) vivenciados pela família ao tentar colocar em prática a solução.

5 – Prática da solução e verificação

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Cabe a esse processo avaliar a eficácia para o resultado da solução escolhida.

Após ter se colocado em prática, orientam-se os indivíduos para que se observem as conseqüências da vida real que acontecem como função da solução aplicada.

Nessa fase, avalia-se a implementação, pode-se perguntar à família se conseguiu realizar a tarefa:

Até que ponto conseguiu realizar a tarefa?

O que dificultou a implementação?

O quanto atuou para alcançar o objetivo?

Após o desenvolvimento das cinco etapas, realiza-se a auto-avaliação e auto-reforçamento.

Auto-avaliação

Verificar o bem-estar que esse envolvimento para a solução de problemas trouxe para as pessoas e para a família:

O quanto isso foi bom?

Quantidade de tempo e esforço empregado?

Auto-reforçamento

Valorizar o esforço realizado e, por fim recapitular e reciclar, voltar aos passos de solução de problemas e averiguar as correções a serem feitas para achar uma solução eficaz.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

No que tange ao profissional, Caballo (1996) refere que não cabe somente proporcionar explicações didáticas, mas deveriam modelar a maneira pela qual podem ser utilizadas. Cabe ao profissional agir com empatia, valorizando o indivíduo em sua singularidade, sendo o enfermeiro um profissional com competência para atuar nesse processo.

Esses processos que conformam a terapia de solução de problemas sociais têm por objetivo ajudar os indivíduos a identificar as situações estressantes da vida, tanto as situações anteriores como as atuais (os acontecimentos mais importantes e os problemas diários atuais); minimizar o grau em que essa resposta influencia, de modo negativo, as tentativas futuras de enfrentamento; aumentar a eficácia de suas tentativas de solução de problemas, diante de situações problemáticas atuais e ensinar habilidades que permitam aos indivíduos vê-las de modo mais eficaz com problemas futuros, a fim de evitar perturbações psicológicas (CABALLO, 1996). Dessa maneira, acreditamos que os familiares serão beneficiados com a utilização dessa técnica, para promover um novo olhar na dinâmica de relacionar-se com seu familiar doente mental.

4. MATERIAL e MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo de natureza descritiva. O método qualitativo configura-se como um “modo de inquisição sistemática preocupada com a compreensão dos seres humanos e da natureza de suas transações consigo mesmo

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

e com seu entorno. Dessa maneira a pesquisa qualitativa preocupa-se com a individualidade e particularidade do homem e sua relação com o meio ambiente.

Triviños (1987, p.10), refere-se que “os estudos descritivos propõe-se a discorrer com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade”.

Polit e Hungler (1995), relatam que esse tipo de estudo parte do princípio que o entendimento em relação aos indivíduos só se torna viável com a exposição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é conceituada pelos seus próprios atores.

Para Alves (1997), o pesquisador que desenvolve estudos qualitativos pressupõe uma visão humanista, onde a escolha das técnicas para coleta de dados tem a intencionalidade de envolvimento dos participantes para derem informações sobre suas vidas.

O mesmo autor refere que a utilização do método qualitativo mostra-se promissora em quatro áreas distintas, entre elas salientamos a adaptação de pessoas a experiências críticas de vida, tais como doença crônica ou etapas de desenvolvimento.

Neste estudo, optamos pela abordagem qualitativa, pois ela permite aproximar o sujeito do objeto, por serem da mesma natureza, sendo esse objeto o nível dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, expressos pela linguagem comum e na vida cotidiana e as representações do grupo estudado num determinado tema (MINAYO, 1993).

A adesão a essa abordagem fundamenta-se no fato de que: “ a investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais a abertura a flexibilidade, a capacidade de observação e da interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos” (MINAYO, 2000, p.101).

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Dessa maneira, está voltada para a descoberta, identificação, descrição aprofundada e a geração de explicações. Busca o significado e a intencionalidade dos atos, dos discursos, das relações sociais e das estruturas sociais.

Assim dentro da abordagem qualitativa, buscamos compreender os significados das respostas que emergiram dos participantes durante ao desenvolvimento do estudo.

4.1 Local da Pesquisa

O estudo foi realizado em uma Instituição Psiquiátrica, situada em um município do interior de São Paulo. Trata-se de uma entidade filantrópica, mantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como objetivo social a atenção e reabilitação dos doentes mentais que são provenientes do município e de outros 25 municípios da região.

Esta região atende níveis secundário e terciário de saúde mental, prestando aos clientes usuários internação integral e atendimento ambulatorial.

Na sua constituição física possui 196 leitos distribuídos entre os pacientes de ambos os sexos internados com doença mental, ocupando 45% do total de vagas. Sendo que do total de vagas restantes, 38% são oferecidas aos pacientes usuários de drogas e álcool. Mantendo ainda 17% para acomodação dos pacientes em moradias protegidas dentro da própria instituição. O restante das vagas é reservado para pacientes particulares e de outros planos de saúde.

O tempo médio de internação depende da patologia. Para patologias mentais o tempo de permanência é de vinte e cinco a trinta dias, e para

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

dependentes químicos de sete a quatorze dias. Sendo as patologias mais comuns a esquizofrenia e o alcoolismo.

Para o atendimento dessa clientela o serviço conta com uma equipe multiprofissional composta por três médicos psiquiatras; três médicos neurologistas; três médicos clínicos gerais; três psicólogos; três terapeutas ocupacionais; cinco monitores de terapia ocupacional; três assistentes sociais, um professor de educação física; três monitores de educação física; um farmacêutico; um nutricionista; seis enfermeiros e quarenta e quatro técnicos e/ou auxiliares de enfermagem.

A assistência de enfermagem está organizada através da distribuição dos auxiliares e técnicos de enfermagem por unidades de atendimento, ficando cada auxiliar ou técnico responsável pela assistência a treze pacientes com doença mental. No atendimento aos dependentes químicos a média é de vinte a trinta pacientes por auxiliar ou técnico; nas moradias protegidas a distribuição é de dez paciente por profissional de enfermagem.

Na perspectiva de melhora da qualidade da assistência ao cliente, a instituição passa por um contínuo processo de mudanças para se adequar às políticas atuais de saúde mental às necessidades sociais internas e a filosofia da instituição e atender aos pressupostos da reabilitação psicossocial.

4.2 Seleção da população

Para inclusão dos familiares no estudo estabelecemos como critério de seleção:

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

a) Familiares cujo logradouro esteja inserido na região metropolitana do município.
b) Familiares com idade superior a 18 anos.
c) Familiares que participem do tratamento do paciente ou são muito próximos: cônjuge, filhos, pais ou irmãos.

4.3 Participantes do estudo

Os familiares-cuidadores que participaram desse estudo constituíram de 20 pessoas, sendo 18 mulheres e dois homens.

Para a formação dos grupos optamos em utilizar uma listagem geral dos pacientes internados na instituição. De posse desses dados fizemos a seleção das 12 famílias, utilizando a técnica do sorteio aleatório simples, permitindo dessa maneira que todas as famílias participassem com as mesmas chances de serem inclusas no estudo (MARCONI e LAKATOS, 1999).

4.4 Instrumento de coleta de dados

Por tratar-se de um instrumento que ainda não foi objeto de estudos anteriores de adaptação ao meio brasileiro, realizamos alguns procedimentos como traduzí-lo visando a sua adaptação e validação em uma amostra de sujeitos brasileiros.

4.4.1 Adaptação do instrumento

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Para adaptação do instrumento foram realizadas a tradução, a validação aparente, de conteúdo e a *back translation.*

A tradução configura-se como a primeira etapa nesse processo, visa a verter de uma língua para outra, objetivando obter uma versão que garanta o mesmo significado de todos os itens, com a finalidade de preservar a integridade do instrumento.

A versão em inglês do instrumento foi traduzida por uma professora de inglês de origem norte-americana e residente no Brasil, e a *back translation* por um professor de inglês que já morou no país de origem do instrumento. Nessa fase do estudo, preocupamos-nos com o fato da tradução ficar como se fala no Brasil e não em português apenas. Também submetemos o instrumento à validação de juízes no que se refere a formato e conteúdo.

4.4.2 Validação aparente e de conteúdo

A validade de um instrumento refere-se à capacidade do mesmo medir aquilo que se propõe, de acordo com Neves (1980) e Erthal (1987).

Pereira (1995) ao discorrer sobre o significado da palavra validade descreve-a como acurácia, acuidade ou exatidão, ressaltando que esse significado demonstra o grau que o instrumento pode ser considerado apropriado para medir o verdadeiro valor daquilo que é medido.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Neste estudo, realizamos a validação subjetiva que segundo Neves (1980) apresenta dois momentos, sendo a validade aparente feita por um grupo de peritos ou juízes que julgam se o instrumento aparenta ser uma medida adequada daquilo que se pretende medir; e a validade de conteúdo refere-se ao o que o instrumento mede na realidade que pode ser realizada por um grupo de juízes instruídos, que deverão concordar ou não quanto à retirada ou acréscimo ou modificação de algum item.

Neves (1980) refere que essas duas validações podem ser feitas simultaneamente, pois além das contribuições dos juízes no que tange ao conteúdo, podem também avaliar a apresentação do instrumento, como facilidade de entendimento e compreensão dos itens.

Dessa forma o instrumento foi submetido a um grupo de juízes que fizeram simultaneamente a validação aparente e de conteúdo do material.

Nessa fase pretende produzir uma versão final, modificada e adaptada que assegure sua aplicação no idioma que se pretende usar o instrumento.

Para essa etapa, consideramos um comitê formado de dez juízes com conhecimento do que o instrumento se propõe a mensurar e ter domínio dos conceitos neles envolvidos.

Dessa forma o *INSTRUCTOR'S MANUAL PREPARED FAMILY CAREGIVER COURSE,* foi submetido à apreciação e análise de dez juízes, com experiência na área de saúde mental, sendo 5 enfermeiros especialistas em saúde mental, 3 psicólogos e 2 médicos psiquiatras, antes de procederem às validações aparente e de conteúdo, os mesmos foram instruídos, individualmente e por escrito, para avaliarem o instrumento e fazerem observações sobre a apresentação, clareza

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

e compreensão dos conteúdo, bem como, julgarem a adequação dos itens aos objetivos a que se relacionavam.

Cinco enfermeiros sugeriram a leitura do material juntamente com os familiares, devido ao nível de escolaridade que supostamente é baixo; 2 juízes indagaram sobre a dificuldade de entendimento em relação aos estudos de casos apresentados. Dois dos psicólogos e um médico psiquiatra consideraram importante substituir a palavra líder por instrutor, evitando dessa maneira uma barreira na comunicação, sendo a conotação da palavra instrutor menos agressiva.

De modo geral, os julgamentos feitos pelos juízes consideraram o instrumento pertinente, sendo de fácil aplicação, clareza e minúcia na sua apresentação. Dessa maneira não houve sugestões de retirada ou modificação de algum item, apenas foram alteradas algumas palavras na redação para melhorar a compreensão.

Após a realização da validação aparente e de conteúdo do instrumento, foi feita a *back translation.* Essa fase pretendeu tornar evidente os significados e interpretações equivocadas até esse momento (GUILLEMIN, BOMBANDIER e BEATON, 1993) e proceder às correções ou adaptações necessárias.

4.4.3 Descrição do instrumento

O *INSTRUCTOR'S MANUAL PREPARED FAMILY CAREGIVER COURSE*, constitui-se de um curso destinado a familiares-cuidadores para se tornarem solucionadores de problemas e não seguidores passivos de ordens, tendo como referencial teórico a Terapia de solução de problemas de Nezu & Nezu (1989).

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

O curso baseia-se na importância do cuidador-familiar, enfatizando que os cuidadores-familiares são capazes de enfrentar a situação, pois são capazes de lidar com os desafios complexos e difíceis implícitos no cuidado ao doente mental. São também solucionadores empíricos de problemas, pois no cotidiano de suas vidas, regularmente resolvem problemas e têm uma rica experiência nesse sentido sendo capazes de aplicá-los no seu papel de cuidador; são comprometidos em dar o melhor cuidado possível ao indivíduo doente e são ávidos para aprender.

Dessa forma, o referido curso com embasamento nesses conceitos tem o propósito de levar os cuidadores-familiares a usarem suas habilidades em solucionar problemas de maneira ordenada e sistemática para desenvolver o cuidado adequado ao seu familiar.

Houts et al. (1996), referem que uma parte essencial para resolução de problemas de saúde, consiste em utilizar os esclarecimentos técnicos dos profissionais de maneira clara e objetiva para que possa ser compreensível para os indivíduos sem treinamento profissional formal.

Para os autores, o cuidador-familiar precisa saber não somente o que fazer, mas também, entender num nível não profissional, porque isso deve ser feito. Tal compreensão permite fazer julgamentos pertinentes e proporciona um senso de controle que é essencial para sua estabilidade emocional, assim como, para sua habilidade em dar apoio emocional à pessoa a qual está cuidando.

Para Nezu, D´zurilla & Goldfried (1971); Trlangall (1986); Nezu, C., Nezu, A and Houts (1992), Siegel et al. (1976), o aconselhamento e o treinamento de indivíduos baseado na terapia de solução de problemas resulta em uma melhora na resolução de problemas assim como no status emocional.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

O curso utilizado nesta investigação compõem-se de quatro partes, sendo duas delas relacionadas ao levantamento e decisões a serem tomadas respectivamente e as outras duas relacionadas a execução do plano.

Para aplicação do curso utiliza-se o acrônimo COPE – Criatividade; Otimismo; Planejamento; Esclarecimento técnico. Partindo desse pressuposto os objetivos do curso refere-se a que os participantes sejam capazes de conhecer os cinco tipos de informações (uma compreensão, incluindo o que é, porque acontece, quem está mais propenso a desenvolvê-lo, e o que se pode razoavelmente esperar ao lidar com tal problema; ter uma orientação otimista com relação a solução de problemas no cuidar do paciente; o que o cuidador pode fazer com o problema quando ele ocorre, assim como, o que fazer para evitar que o problema ocorra; os obstáculos que podem impedir ou inferir na execução do plano e como enfrenta-los; como realizar o plano, incluindo o que fazer se o plano não parecer funcionar) necessárias para desenvolver planos efetivos nos cuidados com o paciente; descrever o conceito COPE de solução de problemas e serem capazes de desenvolver planos para os problemas que utilizam tais conceitos; saber apoiar os demais familiares que convivem e ajudam a cuidar dos pacientes, bem como solicitar o apoio destes quando necessitar.

O curso estrutura-se em três sessões que devem ocorrer em sessões de aproximadamente duas horas com um intervalo de uma semana, sendo que cada uma das sessões lida com um tópico diferente: primeiro – problemas físicos; segundo – desgaste do cuidador-familiar e terceiro – recebendo ajuda e apoio de outras pessoas. Porém o programa pode ser adaptado em conformidade com as necessidades dos cuidadores-familiares, através de sessões reduzidas ou sessão

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

única ocorrendo no mesmo dia com intervalo entre uma sessão e outra de duas a três horas.

A estruturação das sessões é similar, iniciando com introdução de orientações e visão geral das idéias COPE.

Trabalha-se com apresentação de um caso fictício e o grupo é motivado a desenvolver um plano para lidar com os problemas apresentados no mesmo, incluindo questionamentos e sugestões para ajudar o cuidador-familiar desse caso. Em seguida, é realizada uma revisão de como o caso poderia ter sido resolvido. Os participantes, então, desenvolvem seus próprios planos para um problema similar ao caso apresentado. O caso fictício funciona como estimulo à lembrança das vivências no cuidar do seu doente, à exposição das mesmas podendo influenciar os comportamentos futuros do cuidador (HOUTS et al.,1996).

Para maximizar o impacto do programa, os autores recomendam que o instrutor esteja atento às estratégias educacionais a serem utilizadas durante o curso, ou seja, durante o curso, o instrutor deve ressaltar o quanto os respeita e acredita na capacidade deles enquanto solucionadores de problemas citando exemplos de cuidadores-familiares que utilizaram as técnicas COPE, mostrando que a estratégia foi eficaz para eles. Mas quando os indivíduos se encontram sob pressão ou enfrentando problemas desconhecidos, eles, geralmente, esquecem de todas as técnicas COPE. O curso deve estimular a aplicação das estratégias durante períodos estressantes no cuidado de um indivíduo em surto e por fim, praticar uma habilidade de utilização da técnica COPE.

Durante as sessões propõe-se uma primeira atividade prática através do desenvolvimento de um plano para o referido caso fictício, lido pelos membros do

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

grupo, e a segunda através do desenvolvimento de um plano a ser usado no seu dia a dia.

No que tange a formação profissional do instrutor, os autores referem que o curso pode ser desenvolvido por profissionais da área médica ou de enfermagem, assistentes sociais, membros de igreja e conselheiros.

Quanto ao espaço físico, o local deve ser livre de distrações e deve possibilitar privacidade para que os participantes possam discutir suas considerações, também, deve-se providenciar cadeiras confortáveis em semicírculo ou ao redor de uma mesa de forma que os participantes possam ver uns aos outros.

Recomenda-se a formação de um grupo pequeno, pois facilita a interação entre os participantes e possibilita realizar todas as atividades da sessão em uma hora e meia. Dessa maneira os autores recomendam um total de nove pessoas incluindo o instrutor.

No que tange às características do grupo, a heterogeneidade do grupo dificulta as relações de proximidade, mas, aumenta o potencial de resolução de problemas do grupo por aumentar a habilidade na geração de estratégias criativas para solução de problemas.

Houts et al. (1996), consideram que o ideal para essa forma de grupo seria conseguir participantes com propriedades comuns o suficiente para gerar um elo mais forte, mas que tenham diferenças o suficiente para gerar idéias e discussões. Algumas variáveis a se considerar são os diagnósticos dos pacientes, o sexo e idade dos participantes.

O grupo é desenvolvido de maneira a passar por três fases distintas porém complementares: Na fase de Orientação, o instrutor tem como tarefa servir

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

como um catalisador, incluindo encorajar a verbalização dos sentimentos, resumir o processo do grupo e esclarecer o trabalho e as metas do grupo. Sendo que aos participantes cabe apresentar-se, criar vínculos com os demais visando o desenvolvimento e confiança entre eles no grupo, tentar controlar sua ansiedade para ouvir os outros e verbalizar pensamentos e sentimentos.

Os autores alertam ainda para a presença de alguns comportamentos comum do grupo tais como: relações intensas e conflituosas, tentativa de evitar áreas problemáticas, o comportamento manipulatório de alguns, a busca de manter o foco em si mesmo, confrontamento mútuo, expressão de sentimentos, aprovação de novos comportamentos, apoio mútuo às mudanças positivas. Na fase prática as tarefas do instrutor, são servir como modelo, incluindo ouvir atentamente, responder de maneira honesta, estimular a exposição de pensamentos e sentimentos dos participantes, controlar comportamentos negativos, esclarecer o trabalho e metas do grupo, mantendo-o centrado no tema.

Cabe aos participantes, manter a confiança em si mesmos, manifestar o que pensa e sente, manter uma atitude aberta para aprender com a experiência do outro e desenvolver a responsabilidade pelo seu próprio comportamento. Na fase de conclusão o instrutor deve servir como um recurso para processar os esforços do grupo e compartilhar percepções do que está acontecendo, sendo tarefa dos participantes oferecer suporte mútuo e despedir-se. Nessa fase o grupo deve indicar que metas foram atingidas e despedir-se.

4.4.4 Grupo 1 – Pré-Teste

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Esse primeiro grupo também se constituiu no grupo de pré-teste, uma vez que foi aquele a quem se aplicou inicialmente o curso. Por isso centramos-nos na importância do entendimento que os familiares tiveram do instrumento.

O grupo foi constituído por cinco participantes com uma média de idade entre 20 a 80 anos, com predominância dos indivíduos com 60 a 70 anos.

Houve a presença dos cinco familiares nas três reuniões, o material referente ao estudo de caso devidamente adaptado, e conforme sugestão dos juizes, foi lido em voz alta para os participantes.

O estudo está composto de situações que se referem um mesmo paciente fictício, porém guardam semelhanças com as enfrentadas pelos cuidadores. Embora a maioria dos familiares não apresentasse dificuldades de entendimento foi detectado pela pesquisadora que devido a heterogeneidade dos participantes do grupo, em termos de grau de instrução (havia a presença de analfabetos), alguns tiveram problemas na leitura e compreensão do material durante as atividades.

Levando em consideração as dificuldades vivenciadas durante a realização deste primeiro curso (grupo 1), foi resolvido estipular como critério de inclusão a escolaridade mínima de 1º grau completo/incompleto para que fosse possível solicitar o acompanhamento da leitura do material.

4.5 Aspectos éticos legais

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, após aprovação do projeto teve início a coleta de dados do estudo.

A cada sujeito da pesquisa foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice I) de acordo com a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Nesse momento foi esclarecido o objetivo do estudo bem como a garantia do seu anonimato e liberdade em desistir do estudo a qualquer momento.

4.6 Período de coleta das informações e participantes do estudo

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a outubro de 2004, junto aos familiares-cuidadores de doentes mentais. Sendo o grupo - 1 de 3 a 17 de agosto; o grupo - 2 de 18 a primeiro de setembro , o grupo 3 de 8 a 22 de setembro e o grupo – 4 de 13 a 22 de outubro.

Partindo das instruções estabelecidas pelo instrumento de coleta de dados utilizado (Apêndice II), os grupos tiveram a características de um grupo pequeno, contendo no máximo nove pessoas incluindo o pesquisador.

Dessa forma pensando na possibilidade de algumas famílias que manifestaram interesse em participar do curso, não comparecerem as sessões, optamos em agendar a primeira sessão com um número maior que o preconizado pelo instrumento.

Lembrando que, ao todo foram 20 familiares participantes do estudo, cinco no grupo – 1, quatro no grupo – 2, quatro no grupo – 3 e sete no grupo 4.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

4.7 Diretrizes gerais para o desenvolvimento do curso

Estabelecemos como parte integrante da 1ª sessão, a discussão de barreiras logísticas (tais como, dificuldade de transporte, horários convenientes) que poderiam ocorrer durante o desenvolvimento do curso, impossibilitando a freqüência dos familiares.

No seu decorrer conforme preconiza a teoria, era apresentado o caso do paciente hipotético o qual seria discutido durante as três sessões realizadas, sendo uma por semana com duração entre 1h30 e 2h00, de acordo com os limites pré-estabelecidos pelo instrumento. Apenas no grupo 4, devido a disponibilidade dos familiares ocorreram 2 sessões em uma semana.

Na primeira sessão foram discutidos os assuntos sobre alteração do comportamento do mencionado paciente; na segunda sessão o esgotamento de quem cuida e na terceira sessão a procura de ajuda. Portanto foram três temas previamente estabelecidos segundo preconiza o instrumento.

Para efetivação do curso, houve o preparo do local com antecipação, sendo as cadeiras dispostas em forma de semi-círculo, possibilitando que os participantes tivessem bom contato visual. Para Dall Agnol e Trench (1999), essa conformação possibilita uma interação e o sentimento de fazer parte do grupo, estando todos os participantes em situação de igualdade.

4.7.1 Instalação e realização do curso para cuidador-familiar

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Neste ítem são apresentados o procedimento e dinâmicas seguidas no decorrer do curso.

- **Tipo de grupo**

Pelas características do instrumento e peculiaridades dos participantes pode-se dizer que os grupos na sua estrutura apresentaram algumas características de grupo focal. Entende-se o grupo focal como um tipo especial de grupo, não é apenas o ato de reunir pessoas para conversar. O grupo focal é um tipo especial de grupo em termos de propósito, tamanho, composição e procedimentos. O propósito de um grupo focal é ouvir e reunir informações. É uma maneira de melhor entender o que as pessoas sentem ou pensam sobre determinado assunto, produto ou serviço. Os participantes são selecionados por apresentarem certas características em comum que os relacionam ao tópico do grupo focal (KRUEGER e CASEY, 2000).

O pesquisador cria um ambiente permissivo no grupo focal que encoraja os participante a dividir percepções e pontos de vista, sem pressionar os participantes a votar ou atingir um consenso. E não se realiza apenas um grupo focal. O grupo de discussão é conduzido várias vezes com tipos semelhantes de participantes afim de que o pesquisador possa identificar tendências e padrões. Em seguida, a análise cuidadosa e sistemática das discussões fornecem pistas de como o produto, serviço ou oportunidade é percebido (KRUEGER e CASEY, 2000).

No caso trata-se de participantes que tem em comum o fato de todos terem a experiência de conviver com o doente mental e que estão se prontificando a participar de um curso com objetivos estruturados e atividades que permitam o alcance dos mesmos em cada sessão.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

- Preparo da sessão Ú São dadas todas as orientações gerais relativas ao local, horário das reuniões de grupo. Identificando as áreas acessórias que podem ser utilizadas pelos participantes (lanchonete, banheiro, serviço social).
- Instalação da reunião Ú Distribuição dos crachás, apresentação mútua, explicações sobre o objetivo do curso e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.
- Curso preparatório para familiares-cuidadores – Instalação do curso propriamente dito Ú Em cada encontro foi apresentado uma situação referente ao estudo de caso com o objetivo de motivar a manifestação reflexiva dos participantes sobre os assuntos abordados, pensando que os mesmos estejam presentes no seu cotidiano. A seguir serão apresentadas as situações oferecidas aos familiares participantes, utilizadas para estimular a livre expressão de suas experiências.

1ª reunião**: Apresentação inicial do caso – Antônio: primeira situação**

Sr. Antônio tem 35 anos e apresenta uma alteração do comportamento. Após algumas internações, perdeu o seu emprego e agora fica em casa o tempo todo. Dizia estar tomando seus remédios nos horários indicados. Mesmo tomando os remédios como ele disse, começou a achar que tinha veneno na comida e que as pessoas estavam falando dele, começando a ficar nervoso, falando alto, andando de um lado para o outro e querendo bater nos outros quando contrariado. Diante desse caso o que fazer?

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Objetivo da reunião – identificar alteração de comportamento

2ª reunião: Continuando o caso Antônio: segunda situação

A família do Sr. Antônio está muito cansada, a esposa está desanimada, não consegue dormir, pois precisa vigiar se o marido não vai fazer nada de errado. Ela está abatida e nervosa com os filhos, perde a paciência e grita por qualquer motivo. O que poderíamos fazer para resolver essa situação?

Esclarecemos aos familiares como devemos ter atitude positiva e compreensiva ao conversar com alguém emocionalmente abalada e que tem resposta negativa para tudo que é sugerido.

Agora descrevam uma situação que vocês vivenciam no dia a dia.

Objetivo – identificar e manifestar o esgotamento de quem cuida

3ª reunião: Continuando o caso Antônio: terceira situação

A esposa do Sr. Antônio resolveu procurar ajuda com sua família, pedindo que possam ajudar a cuidar do marido. Em seguida são motivados a traçar um plano de como a esposa do Sr. Antônio pode conseguir ajuda.

Para o desenvolvimento dessa atividade foi estipulado um tempo de vinte minutos para que os familiares elaborassem um plano que se adequasse aos problemas apresentados.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Objetivo – procurando ajuda

Cada reunião foi gravada em fita k7 para garantir a fidedignidade das respostas.

Portanto, o processo de utilização da técnica de solução de problemas dentro dessa proposta teórica, ocorre em três encontros padronizados com objetivos pré-estabelecidos cuja tarefa do instrutor é fazer com que os participantes consigam atingir os mesmos.

4.8 Análise dos dados

Os dados coletados nas 12 sessões (dos quatro grupos) foram submetidos à análise de conteúdo segundo Minayo (1993), seguindo os seguintes passos: Ordenação dos dados (transcrição das fitas-cassetes; releitura do material; organização dos relatos); Classificação dos dados:(leitura dos textos; constituição de um “corpus” de comunicações; leitura transversal de cada corpo com o recorte de “unidades registro”; classificação por temas mais relevantes); Análise final: (considerando os objetivos do trabalho, o referencial teórico e os temas que emergiram dos depoimentos das clientes), sendo agrupadas as falas por convergência.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

5. RESULTADOS

5.1 Análise do material obtido nos grupos

Este item será divido em três partes. A primeira parte apresenta as características sociodemográficas dos participantes; a segunda apresenta a descrição dos quatro grupos de intervenção de maneira a tornar visível os processos de discussão que ocorreram no transcurso das três sessões e a terceira parte a avaliação da intervenção, que foi realizada ao término de cada grupo.

A opção por relatar o desenvolvimento de cada grupo durante o curso em separado, deveu-se a intenção de mostrar as peculiaridades específicas de cada um deles, pois embora seja possível identificar semelhanças, cada grupo demonstrou um funcionamento próprio, que pareceu ser interessante estar apresentando a título de exemplo, para aqueles que se proponham a trabalhar como instrutores utilizando essa técnica, dado que aparecem as discussões e seus desdobramentos de maneira evidente, mostrando ao profissional as situações que, eventualmente, terá de manejar.

Atualmente em decorrência das alterações naturais da sociedade, o homem moderno depara-se em permanente confronto interno devido ao enfrentamento de situações complexas os quais exigem uma escolha oportuna. Se as situações problemáticas forem enfrentadas num dado momento com respostas inadaptadas, as decisões podem ter repercussões cruciais para as pessoas envolvidas.

O grau de complexidade e a importância do problema variam de uma pessoa para outra, pois nesse processo leva-se em consideração não só a capacidade de

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

enfrentamento de cada um, além de outras características pessoais, mas também o meio ambiente e o significado do problema em sua vida.

Este estudo nos possibilitou o contato com os familiares-cuidadores que tem em seu convívio um doente mental e a identificação das formas de manejo das situações que envolvem o convívio com um enfermo mental, suas dificuldades, medos e preocupações bem como as abordagens mais ou menos adequadas de enfrentamento que tem utilizado.

No decorrer dos encontros e através da utilização do Manual de instrução "um curso de preparação para familiares-cuidadores", houve a possibilidade de desenvolver ações de enfermagem pertinentes à técnica de solução de problemas.

Através dos encontros e do desenvolvimento das sessões, percebemos o conflito vivenciado pelo familiar-cuidador nas suas atividades de ser responsável pelo doente.

5.1.1 Caracterização geral da população do estudo

A população do estudo constituiu-se de 20 familiares-cuidadores, os quais participaram dos treinamentos em datas específicas. Entre os familiares prevaleceu o sexo feminino com 18 dos participantes. O quadro 1, demonstra a distribuição dos participantes segundo as variáveis faixa etária, estado civil, escolaridade, ocupação, número de filhos, grau de parentesco e renda familiar.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Quadro 1 –Dados demográficos

Variáveis	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Faixa etária				
20 30	1	1	0	2
30 40	0	1	1	1
40 50	1	1	2	2
50 60	0	0	1	1
6070	3	1	0	0
7080	0	0	0	1
Estado civil				
Solteiro	1	1	0	1
Casado/amasiado	3	3	4	4
Divorciado/separado	1	0	0	0
Viúvo	0	0	0	1
Escolaridade				
Analfabeto	1	0	0	0
1º grau (completo/incomp)	3	4	3	5
2º grau (completo/incomp)	0	0	1	2
Superior	1	0	0	0
Ocupação				
Do lar	3	2	2	3
Serviços gerais	1	2	2	4
Engenheiro	1	0	0	0
Nº filhos				
0-3	1	1	2	5
3-6	4	2	2	1
6-9	0	1	0	1
Grau de parentesco				
Cônjuge	0	1	2	3
Irmão(ã)	2	1	0	0
Mãe	3	1	1	2
Filho(a)	0	1	1	1
Tio(a)	0	0	0	1
Renda familiar				
0 à 1 SM	3	1	-	1
1 à 2 SM	1	3	4	4
3 à + SM	1	-	-	2

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Quanto à faixa etária, podemos observar que variou entre 20 à 75 anos, com uma maior prevalência da faixa etária de 40 à 50 anos com seis familiares, sendo os participantes com mais de 50 anos caracterizados pelas mães dos pacientes com um total de sete dos participantes.

Em relação ao estado civil, houve o predomínio dos familiares-cuidadores casados/amasiados com 14 participantes, seguido dos familiares solteiros com quatro do total dos participantes, e um participante respectivamente para as variáveis divorciados/separados e viúvo.

No que tange a escolaridade, o grau de instrução dos participantes variou de analfabeto à nível superior completo, sendo que prevaleceram os de 1º grau completo/incompleto com 15 familiares. Houve a predominância dos participantes com ocupação do lar com dez, seguida das ocupações de serviços gerais com nove. Exceto um, todos os participantes tinham filhos.

Quanto ao grau de parentesco sete participantes eram mães dos pacientes, seis cônjuges, três eram irmãos e filhos respectivamente e um tio.

Prioritariamente a renda familiar dessa população girou em torno de um à dois SM.

Esses dados vão de encontro com o evidenciado pela Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) (2003), na qual o rendimento médio mensal familiar esperado é de R$454,70 para todo o país. Dos 20 sujeitos dessa pesquisa 12 estão dentro dessa média sendo que cinco dos participantes se enquadrariam na categoria família pobre com renda inferior à linha da pobreza, isto é, o seu rendimento não é o suficiente para adquirir os bens necessários à sobrevivência do grupo.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Para Barros, Henriques e Mendonça (2001), a população pobre do Brasil representa 30% da população total do país. Para os autores a origem da pobreza não está na falta de recursos, mas na má distribuição dos recursos existentes. Na presente investigação 25% dos familiares encontra-se nesse nível.

Fazendo uma comparação entre o grau de escolaridade e a renda média mensal dos participantes, os dados obtidos corroboram com os achados do estudo de Sachida, Loureiro e Mendonça (2004), sobre o retorno em escolaridade no Brasil, tendo concluído com os resultados obtidos que:

> [...] uma pessoa de baixa renda e com pouca escolaridade não estaria propensa a investir em educação, pois teria que suportar um custo muito alto gerado pelo baixo retorno até que o investimento se tornasse atrativo. O mesmo raciocínio vale para famílias de baixa renda, que pelo mesmo motivo não estariam dispostas a investir na escolaridade dos filhos (p.264).

Conforme o exposto, os participantes desse estudo, demonstram características socioeconômicas deficitárias, com grau de instrução baixo, inclusive com a presença de analfabetismo.

A renda familiar dos participantes condiz com a baixa instrução, fazendo com que prevaleça a utilização de ocupações que não requerem grandes qualificações para o seu desenvolvimento, o investimento em educação significa um resultado a longo prazo, e na maioria das vezes essas famílias necessitam agir a curto ou médio prazo, pois precisam garantir a sobrevivência do grupo e não lhes sobram recursos financeiros, condições pessoais nem tempo para investimentos na própria educação.

Os participantes possuíam parentes com várias patologias psiquiátricas, sendo 80% com diagnóstico de esquizofrenia entre residual e paranóide, e 20% com diagnóstico de transtorno afetivo bipolar. Quanto ao tempo de doença apenas 2 pacientes tinham menos de 2 anos de diagnóstico, sendo que os demais já

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

conviviam com a patologia há mais de 8 anos, com uma média de 14 anos de doença diagnosticada. Quanto ao número de internações variou entre 2 à 40 internações, configurando um grupo de doente mentais com características crônicas.

5.1.2 Descrição dos grupos de intervenção.

- **Evolução do Grupo 1**

Alteração do comportamento – 1ª Sessão

Nesta sessão, ofereceu-se a atividade prática (apresentação da 1ª parte do estudo de caso) conforme já descrito, na qual foram levantadas informações que demonstraram o potencial de solução de problemas através das respostas dos participantes:

... às vezes ele finge que toma remédio e esconde, ela deveria pedir para ele mostrar que tomou!... (3)

A fala deste familiar identificou uma das possíveis causa do problema, a alteração de comportamento do paciente.

... eu acho que não é fácil não, a gente fica com medo, então o melhor é deixar ele de lado, pra evitar problema... (2)

Outro familiar expressou os sentimentos que essa situação lhe mobiliza

... então, do jeito que está aqui o melhor é não ficar gritando, nem perguntando toda hora a mesma coisa, acho que não chegar perto é errado, então ele vai pensar que pode tudo, ou ele tá sozinho, sei lá... (4)

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Percebe-se nesse depoimento a identificação dos possíveis sentimentos do paciente caso não seja levado em consideração o problema vivenciado.

...O melhor é manter o ambiente calmo, evitar confronto e permanecer em observação caso ele piore o comportamento... (5)

O familiar colocou-se na posição de intelectual – quando questionado sobre sua resposta, para esclarecer para o restante do grupo a importância de observar o comportamento do doente mental, o mesmo familiar, referiu preferir manter-se em observação, denotando um comportamento de observador da situação e até mesmo do desenvolvimento das sessões.

… eu acho que não é fácil, mas a família podia deixar ele pegar a comida na panela e ele vê que não está envenenada ou comer primeiro e depois falar para ele comer... (1)

A sugestão desse familiar ofereceu uma solução possível para uma situação que pode acontecer em conseqüência da presença de sintomas que alteram o comportamento.

Após a discussão do caso, os familiares foram orientados quanto a importância da sua participação na sessão e o quanto as suas sugestões demonstraram que possuem habilidades para solucionar problemas.

Esgotamento de quem cuida – 2ª Sessão

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Seguindo as recomendações do instrumento, iniciamos o encontro cumprimentando os familiares e relembrando os princípios COPE, após o que seguiram-se as orientações dos familiares sobre o “o esgotamento de quem cuida, assunto a ser trabalhado nesse encontro.

Sendo que, durante a discussão emergiram as seguintes falas:

... ela deveria procurar alguém para revezar e dormir, se não ela quem vai ficar doente... (1)

Sugestão oferecida pelo familiar foi criativa e coerente na medida em que prevê as conseqüências futuras caso o cuidador não conte com ajuda

... acho que o problema é de todos então ela deve avisar os filhos do que está acontecendo e pedir ajuda...(2)

Neste caso, a sugestão foi ponderada e realista, pois, o cuidar de alguém com problemas crônico deve envolver outros familiares.

... é complicado entender essa situação, pois manter a paciência frente a uma pessoa que só dá problemas é complicado, mas por outro lado descontar nas crianças não vai resolver nada, então ela deve espairecer um pouco, nem que tenha que deixá-lo preso em casa e sair um pouco com as crianças, sei lá, pedir para alguém ficar com ele, ou pagar para alguém cuidar dele, enquanto ela dá atenção para os filhos... (5)

A sugestão apresentada por esse familiar inclui várias possibilidades, que vão desde sugestões adequadas até outras não tão viáveis, pensando no aspecto de se contratar algum profissional ou pessoa para cuidar do doente mental ou até, mantê-lo preso em casa. Essa opinião possibilita refletir a respeito da ambigüidade

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

que o familiar vivência ao tentar resolver problemas simples, como poder descansar um pouco.

... olha esse negócio de ficar preso em casa, eu tenho minhas dúvidas, será que a gente pode deixar eles presos em casa? ... Num sei não e se eles resolverem quebrar tudo?... E vê bem, isso é falta até de amor, o quê que a senhora acha?... Eu prefiro não deixar sozinho o perigo não é ele só quebrar a casa, mas também se machucar, você não acha?... (4)

As colocações do familiar (4), denotam uma possibilidade de resolução dos problemas mesmo que essa solução implique em sacrifícios com o cuidador, deixando de viver sua vida em prol do seu doente mental. As interrogações possivelmente emergem da obrigação de ter que manter a atividade de cuidar sem tentar outra maneira de enfrentar a problemática.

... olha, antes dela caí doente, eu acho que devia levar ele para o hospital, então ela pode descansar... (3)

Sugestão é mais conservadora centrando-se no levar o problema para longe, como se não houvesse outras possibilidades.

Solicitamos ao grupo para que refletisse se essa seria a melhor solução. Em seguida, os participantes foram convidados a desenvolver um plano sobre as atividades que poderiam usar para prevenir o esgotamento.

Ao final dessa fase, foram manifestadas algumas considerações a respeito da opinião de cada um, garantindo a importância de seus depoimentos, ressaltando que o grupo aprende com as sugestões de cada um e que essa troca de

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

possibilidades de resolver o problema remete a pensar e organizar o cotidiano com outras formas de enfrentar situações problema.

O grupo para desenvolver essa atividade foi subdividido em subgrupos de duplas e discutiram sobre suas idéias durante 15 minutos, após o que as duplas fizeram a exposição de suas idéias para todos.

Dessa atividade emergiram as seguintes sugestões:

... para evitar o desespero é melhor a gente se cuidar, não dá pra viver a vida do outro, então a gente deve dividir o problema... (1;3)

A proposta centra-se no autocuidado e nas limitações reais de cada um e na necessidade de compartilhar as dificuldades.

... olha, não tenho com quem dividir, mas posso ficar quieta, sem brigar e gritar, às vezes fica melhor, não é... (2;4)

Mostra-se aqui uma maneira pouco eficiente de resolver o problema, entretanto dado o contexto familiar (não ter ninguém) foi a única forma que os familiares encontraram para se aliviar.

... é importante falar com os outros, a gente vê que tem gente com o mesmo problema, então desabafa e é bom... (1;3)

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Esta sugestão oferece uma possibilidade para algumas participantes (2 e 4) obter um alívio de maneira mais construtiva mesmo não tendo com quem dividir o trabalho de cuidar.

A sessão foi encerrada resgatando a importância de cuidar do esgotamento físico e mental.

Procurando ajuda – 3ª Sessão

Iniciamos a sessão cumprimentando os participantes do grupo e registrando a ausência de um dos familiares. Em seguida retomamos o princípio COPE.

Foi oferecida como sempre a atividade prática procurando a 3ª parte do estudo de caso sendo o assunto o alvo da discussão do encontro.

Após essa fase foram construídas as seguintes sugestões:

... eu já falei, ela deve revezar com as outras pessoas, um dia ela dorme, no outro ela fica vigiando o marido... (1)

Essa sugestão presente nessa fala confirma a necessidade de estabelecer um período de recuperação do familiar-cuidador, preservando sua saúde física e mental.

... a família muitas vezes no início até tenta ajudar, mas depois fica cansada e o fardo é dela mesmo, então isso é difícil de resolver, no final ela está é sozinha, no duro, sabia?... (3)

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

No depoimento, percebe-se um certo negativismo frente ao problema a ser solucionado, uma crença de que o doente mental é um fardo que não se consegue dividir com outros, impossibilitando qualquer tentativa de melhoria da situação.

... acho que isso que você está dizendo é falta de fé em Deus, pois se a gente não tentar a gente nunca vai saber que vai conseguir, não devia pensar assim, mas acreditar que sempre vai existir uma possibilidade de melhora, se não acreditar, o que vai ser da gente, né... (4)

A opinião deste familiar estabelece uma relação de expectativa e crença de que é necessário tentar e de que é preciso ter esperança de melhora.

...como eu já havia referido anteriormente, a contratação de um profissional possibilita o descanso do familiar, porém não garante a transferência da responsabilidade. Mas ter alguém que entende do assunto facilita o convívio... Eu estou aqui para contribuir com o grupo, pois já tenho conhecimento sobre o assunto...(5)

Nesta fala, a possibilidade de se contratar um profissional configura-se como uma possibilidade para aliviar a sobrecarga e qualidade de vida do familiar. A conotação de entendimento sobre o assunto nos faz aludir a respeito do quanto a " informação" que o familiar (5) alegava ter, não permitia enfrentar a situação problema com mais habilidades, fato esse evidenciado pelo próprio grupo:

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

... o senhor estava falando que entende do assunto, mas chegou até falar que deixaria o seu irmão trancado em casa, então o senhor aprendeu isso com os profissionais que o senhor chama para trabalhar... (4)

Esse depoimento mostra a indignação sobre a dificuldade que a familiar apresenta frente a ação de punição e enclausuramento do doente mental.

... eu acho que eles têm razão, se não dá certo com um pode dar certo com outro e assim a gente vai vivendo, mas o que eu queria compreender mesmo é porque ela fica assim, ela sempre foi normal, eu acho que é algum trabalho que fizeram pra ela, ela fica estranha assim... (2)

A sugestão da familiar (2), reforça as opiniões dos outros membros do grupo; ao mesmo tempo em que indaga e procura entender o surgimento da patologia, tenta até mesmo, justificar a doença como motivada por “um mau olhado”, “despacho”, mostrando que a crendice popular oferece uma resposta mais plausível e real, do que o fato da doença mental ser uma condição que pode ocorrer a qualquer um.

Ø Evolução do Grupo 2

Alteração do comportamento – 1ª Sessão

Neste grupo se obedeceu a mesma seqüência de atividades, inclusive com a apresentação do mesmo caso.

Dessa atividade prática levantamos as seguintes informações, que nas respostas revelaram o potencial de solução de problemas individual dos participantes:

Quando o meu pai ficou doente a gente nunca sabia o que fazer, ele era tão calmo, sempre calmo e de repente começou a ficar estranho...então eu acho que eles

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

(referindo-se ao caso) deveriam ficar de olho nele, eles vão mudando devagarinho quando você percebe, oh! Eles já estão diferente...(6)

No depoimento a familiar analisa a sua própria situação e a transporta para o caso discutido (eles) e evidencia a importância de estar atento as modificações que o indivíduo apresenta, que podem ser percebidas através da observação da mudança gradual de comportamento e atitudes que o parente vai manifestando.

... ela tá sofrendo e muito, porque quando o marido da gente perde o serviço as coisa fica difícil,igual ela tá falando ali, esse problema aí faz a gente lembrar da vida da gente, então eu fico bem de olho no meu marido pra ver se ele está usando os remédio direito, tem vez que ele não gosta de usar, então eu aconselho essa mulher ficar de olha nele... (7)

Também para este familiar o caso serviu de incentivo para expressar sua realidade, fazendo a correlação dos sentimentos que emergem da dificuldade de lidar com a situação vivenciada por ela mesma, ao mesmo tempo que faz considerações sobre a importância de garantir a continuidade do tratamento.

... eu sou o único que ele respeita, então quando ele começa ficar igual a esse moço (o do caso) aí, eu já falo grosso, já do uma olhada de rabo de olho e ele fica até mais esperto, então é bom ela aprender a falar com ele e ser enérgica... (8)

O depoimento expõe a importância do caso como um facilitador da livre expressão da experiência pessoal dos familiares bem como a informação dada pelo

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

cuidador demonstra a importância de impor limites aos comportamentos apresentados pelo paciente.

... ela deve sofrer muito, as vezes ela deve acaba de faze comida e ele não come, então a gente tenta outra coisa e eles não come, eu sempre falo assim, fia a mãe fica preocupada quando você não come... eu fiz aquele arroz que você gosta... (9)

A sugestão aqui manifestada evidencia uma atitude de compreensão e carinho utilizando como estratégia a estimulação através do preparo de alimentos da preferência do paciente.

Em todos os familiares a apresentação do caso serviu como uma introdução que facilitou transportarem as vivências do mesmo para sua realidade e com isso manifestarem as suas dificuldades, apreensões e estratégias de manejo.

Esgotamento de quem cuida – 2ª Sessão

A partir de orientação o grupo foi estimulado a discutir de que maneira podem demonstrar compreensão e atitude otimista. Dessa atividade emergiram as seguintes falas:

... a mãe dá muito mole pra ele, aquele cara quando quer é bem esperto, então eu falo pra ele assim, olha cara segura sua onda e deixa a mãe descansar se não você vai parar no hospital, precisa mostrar quem manda, isso é que eu acho... (8)

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Evidencia-se nessa fala a colocação de limites de maneira impositiva e com uma carga de rispidez e ameaça, sendo esta uma forma que pode ocasionar irritabilidade e modificação de comportamento no doente.

... eu procuro falar com e ele e pedir para que ele fica quieto na cama, mais parece que ele tem um trem que não consegue ficar parado, ele anda a noite inteira, então eu vo lá quando não agüento mais e dou uns comprimido e ele acaba pegando no sono e eu aproveito e durmo com um olho aberto e outro fechado (risos) ...(7)

Essa sugestão denota uma tentativa de orientar o doente, culminando com medidas de risco (medicar por conta), mas de qualquer forma o descanso tão almejado não é conseguido, pois não confia no paciente.

...uma vez a gente fez isso lá em casa e não deu certo não, porque a gente não sabe como esse remédio pode ser usado direito e se o médico falou que era para tomar daquele jeito é porque tem que ser daquele jeito, sei lá, não é melhor voltar no médico e tentar resolver com o doutor... (6)

A resposta do familiar mostra que a estratégia proposta anteriormente, pode não ser efetiva e estabelece uma orientação coerente frente aos riscos de alterar uma prescrição, sugerindo um retorno ao médico, caso as medicações não sejam suficiente ou se mostrem adequadas.

... lá em casa a gente troca, um dia um dorme e no outro dia o outro dorme, e a gente tem que ter esperança, meu véio fala assim... (9)

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Essa fala mostra como o grupo familiar resolveu o problema, através da participação de todos ficando como uma sugestão de possibilidade de resolver o problema.

Após esse primeiro momento os familiares elaboraram, em duplas, as opiniões sobre as possíveis maneira de resolver o problema, Dessa atividade surgiram os seguintes depoimentos:

… a gente viu que nem sempre o paciente pode fazer o que ele acha que pode... então não deve descontar nas pessoas, o jeito é controlar com pulso firme, mas cuidado pra não ficar nervoso... (7,8)

A resposta mostrou a coerência de evitar conflitos entre a família e o paciente e manter uma postura de limites e ponderações.

... nós discutimos assim, as vezes é difícil e perde a paciência... ninguém é de ferro... mas só de ta tentando manter o controle já é um bom começo...(6,9)

Aqui denotam a percepção das limitações perante situações que as vezes fogem ao controle, estabelece uma visão que todos podem cometer falhas bem como acertos, ressaltando que a manutenção do controle já é um avanço.

Procurando ajuda – 3ª Sessão

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Orientamos os familiares sobre o assunto a ser discutido e dessa atividade emergiram sugestões. Dessa forma, nesta sessão, o caso serviu como um facilitador da discussão, servindo de exemplo para expor as questões dos familiares.

... é importante dividir os problemas com a família, ninguém vive sozinho, a decisão dela está certa, a minha avó sempre ajuda...(6)

Mostra, portanto, uma sugestão pertinente, enfatizando a importância de compartilhar as dificuldades com quem se mostra disponível.

... quando a gente tenta segura o rojão sozinho chega uma hora que explode, mais não é qualquer um da família que gosta de ajudar não, minha sogra acha que é encosto, então ajuda do alto também é importante, cada um tem que fazer a sua parte né...(7)

O depoimento evidencia que nem todos têm essa disponibilidade ou conhecimento e enfatiza a fé como um suporte para enfrentar as dificuldades.

...procurar ajuda é legal, a mãe acha que a responsabilidade é só dela, mais a gente somos em vários irmãos então eu falo para rapaziada a mãe tem que descansar, então ajuda com o problema...(8)

Esta fala manifesta a importância de dividir a responsabilidade com os outros membros da família como uma estratégia que possibilita o descanso do cuidador.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

... é o que eu falei eu e meu véio reveza pra gente conseguir cuidar dele, mais não é fácil não. Quando a gente precisa sair para ir para o mercado, o vizinho fica com ele, ele gosta dele, porque quando a tia dele fica lá ele fica mais nervoso ainda...(9)

O depoimento sugere a procura de ajuda, porém com pessoas que empatizem com o problema, que nem sempre pertencem ao núcleo familiar evitando assim, alterações comportamentais que possam advir com o possível manejo inadequado por parte de familiares próximos.

Ø Evolução do Grupo 3

Será apresentado o material obtido na condução das atividades práticas com os participantes desse último.

Alteração do comportamento – 1ª Sessão

Da mesma forma que nos outros grupos, na atividade prática, por meio das informações levantadas, demonstrou-se a cada um o potencial de solução de problemas da sua resposta:

...bom, o meu marido, nós moramos juntos há 10 anos então já é marido né, ele era normalzinho e um dia ele começou a mudar, mudar, depois que o nosso segundo filho nasceu. Começou falando que o menino não era dele, depois que eu queria matar ele, depois que não precisa trabalhar, então mesmo de resguardo eu levei ele no médico é o médico falou: é ataque dos nervos, deu os remédios e ele melhorou

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

um pouco, então eu não deixo ele tomar remédio sozinho não, eu vou lá falo com ele para beber que é para o seu bem e ele bebe...(10)

A exposição da familiar caracteriza a importância que ela atribui à manutenção do tratamento medicamentoso e a capacidade de lidar com situação diferentes, para resolver um problema e que, às vezes este requer sacrifícios.

É não dá para confiar neles não, então esse caso aí que a senhora está falando essa família está confiando muito nele, ele sabe tem problema de nervo, e que tem problema de nervo não dá para confiar. O meu marido é arrisco, ele não bebe, ele acha que os remédios faz ele... cê sabe... não consegue...então ele fica nervoso, então para de toma, então eu pego coloco no pão e ele toma sem sabê...(11)

A fala evidencia uma das razões pelas quais os pacientes podem interromper a medicação: os efeitos colaterais, no caso a impotência, e mostrando também uma alternativa encontrada pelo familiar, quando o paciente está irredutível em aceitar medicações.

...esses problemas de cabeça é difícil de entender tem ora que eles parece que não tem nada e tem oras ... dá até pra dúvida dessa doença, quando os problemas aparecem eles pioram parece que quer fugir de alguma coisa...a gente precisa ter paciência, calma a vida não é assim, o que está de atormentando,eles também sofre, um dia eu peguei meu filho chorando e ele falou assim porque que isso acontece comigo, você não pode me ajudar, eu abracei ele não falei nada não fiquei lá no quarto com ele, por isso tem que ter calmo e amor se não não vence...(12)

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

O depoimento além de mostrar a perplexidade do familiar por não obter explicações que dêem conta do comportamento oscilante do doente, também apresenta os sentimentos de medo e desesperança que acometem o paciente por não entender o que está acontecendo e a impotência do familiar por não ter o que fazer para ajudar. Ao mesmo tempo em que reconhece a importância do carinho e afeto como aliados no cuidado.

...as vezes a gente acha que ficar falando resolve, eles acabam ficando mais nervosos, então o melhor é esperar eles acalmar um pouco e depois ir lá tentar conversar...pra mim é complicado a minha mãe também é doente, não é de cabeça não ela é diabética, eu preciso ficar de olho nos dois e tem as crianças, então eu vou dividindo as tarefas, quando ele está bom eu sempre falo, pai você precisa ajudar a sua filha se não eu não dou conta então ele acha que é importante, se ele não fizer, o serviço não desenrola, dá certo... ele fala para todo mundo lá da rua se não é ele eu estaria perdida...(13)

Aqui aparece a familiar utilizando a estratégia de estimular a auto-estima, do paciente valorizando o desempenho de atividades rotineiras, para facilitar o convívio e preencher tempo ocioso do paciente; meios de preservar ou estimular a parte sadia do doente.

...Quando eles estão assim calmo tudo bem, mais igual o caso dessa mulher, logo ela vai ter que levar para o hospital, se não ele vai ficar doente com anemia, fraqueza, quando eles enviam uma coisa na cabeça acabou, eles tem a cabeça

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

fechada...o negócio é ficar de olho neles, começou a ficar diferente, pode vê que tem remédio jogado no quintal...(12)

Baseando-se no caso, o cuidador propõe a internação quando a pessoa está irredutível antes que haja o possível surgimento de alteração física. Ao mesmo tempo, chama a atenção para observar mudança no comportamento e reforçar neste caso o aspecto da vigilância, caso contrário os remédios serão encontrados no quintal.

O esgotamento de quem cuida – 2ª Sessão

Conforme, já exposto, iniciamos o encontro cumprimentando os familiares e relembrando os princípios COPE. Dando continuidade à apresentação do caso foram levantadas as seguintes sugestões:

...moça eu tenho que cuidar da minha mãe ela é teimosa, tem que fazer curativo todo santo dia ela tem pé diabético, vocês já ouviram falar? Tenho que cuidar das crianças, e o meu pai quando fica ruim... ele é muito bom... mas quando fica ruim...como o meu marido caiu no mundo os meus irmãos acha que o problema é meu, o pai é que sustenta as minhas crianças, então eu não posso nem fala que estou cansada, eu vivo de favor...eu falei para a minha irmã, cuida da mãe leva ela para fazer curativo pelo menos, mas elas tem que trabalhar...(13)

Esse depoimento configura-se como um desabafo, demonstrando o esforço imposto por uma situação em que o familiar tem de cuidar de outros, não permite a exposição de seus sentimentos de sobrecarga e cansaço perante outros membros da família.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

... quando tem problemas o negócio é pedir ajuda a gente tem que apelar, tem o serviço social da prefeitura, eles as vezes consegue condução para você... procura aquelas pessoas que pode e gosta de você...(12)

O depoimento da familiar estimula e orienta que a ajuda não só vem da família, mas de serviços que são oferecidos pela comunidade.

...Eu não reclamo não...só de poder falar com alguém já tira um pouco do peso... é como se tivesse um trem na garganta, então desculpa eu fica falando assim de mim, eu não tenho para quem falar... ninguém entende que eu também preciso trabalhar, mas eu não tenho onde morar...vocês devem estar pensando que eu não gosto dos meus filhos e dos meus pais, mas quando eu procura ajuda não tem ninguém...quando não dá mais eu vou lá no hospital o pessoal já me conhece e eu falo eu preciso descansar vocês não interna ele para mim? ...(13)

Esta fala evidencia a necessidade real dos cuidadores que não contam com mais apoio do que o das instituições de saúde e mostra o uso da internação para resolver esse problema, quando a pessoa não possue mais continência para lidar com o doente mental.

...A minha sogra tem paixão pelo meu marido, ela dá até a vida por ele, então sempre que pode ela vai lá pra casa, ou então leva ele lá pra casa dela, é muito

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

bom, ela me trata bem e fala que ele teve muita sorte de ter eu...porque não é qualquer mulher que faz o sacrifício que eu faço...(10)

A resposta indica que o cuidar compartilhado facilita e alivia a carga do cuidador, sugerindo que quando há interesse e envolvimento de outros membros para solucionar o problema o cuidador sente o apoio, apesar de reconhecer o quão sofrido e árduo é vivenciar essa a situação.

...No começo eu achava que podia contar com a família dele também e eu dei com a porta na cara...e sabe onde eu encontrei apoio na minha família...minha tia Lana é solteirona ela cuida das crianças, passa roupa, faz comida e mais fala umas coisas bonitas, ela traz a bíblia e a gente reza juntas, ela canta e até parece que tem anjo lá em casa...(11)

Mais uma vez, constata-se a ajuda vindo de pessoas não esperadas e a importância do apoio não se restringir apenas ao físico o espiritual também necessário.

... É o anjo que está na sua casa é ela, em carne e osso...(13)

A familiar confirma a importância de se ter apoio e convivência com pessoas que reconhecem seus esforços e até mesmo os sacrifícios que o cuidador faz e procuram ajudar. Como é o caso da tia da outra participante.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Uma vez discutido o caso e seus desdobramentos, os familiares foram motivados a discutirem em duplas, buscando elaborar propostas para resolver o problema. Surgiram dessa atividade as seguintes sugestões:

... quando você não tem com quem conta procura os serviços e tem o ambulatório de saúde mental, você pode ir até lá e pedir conselho...(10,12)

Mostra a importância de reconhecer que precisa de ajuda e procurar orientação no local especializado.

... Foi difícil...ela fala que a gente tem que procurar ajuda e fazer o máximo pra se ajudar, eu entendo...mas só isso não adianta não...ela tem a sogra dela... mas pensando com ela falou ali comigo, eu preciso aprender a dividir porque o problema não é só meu... mas quem come lá é eu... mais os pais, não é só meu...(11,13).

A cuidadora tenta estabelecer mudança de valores e até mesmo de atitudes frente ao manejo do doente evidenciando sua ambivalência momentânea, sem saber muito para onde se direcionar, não conseguindo acreditar na possibilidade de experimentar a alternativa proposta.

Procurando ajuda – 3ª Sessão

Orientamos os familiares sobre o assunto a ser discutido, após o que foram elaborados os seguintes depoimentos:

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Esse caso parece muito com o da semana passada, o fardo tem que dividir, eu cheguei em casa aquele dia, fiquei pensada na senhora Dona (13), a senhora nunca pensou em procurar ajuda lá no serviço social, elas são muito boas, tem um outro serviço aqui na cidade de mulheres que fazem esse tipo de ajuda, não deve ter vergonha de pedir, quando a gente precisou até cesta básica elas me arrumaram, creche para as crianças, então você fica menos sobrecarregada...(10)

A fala mostra como o conteúdo discutido nas reuniões, extrapola o espaço físico onde eles vão pensando a respeito e se solidarizam um com os outros sendo capazes de expressar orientações coerentes, conotando vínculo e preocupação com os elementos do grupo.

...Eu sei que os meninos estão casando e indo embora daqui a pouco sou eu e ele meu marido não tem muito paciência, eu tenho medo dele piorar, quando a gente pensa que está tudo bem não está nada bem...a sorte que ele é um bom menino e o pessoal do hospital gosta dele, eu falo pra ele faz o que eles pedem porque quando você precisar o seu lugar tá guardadinho...(12)

O depoimento revela uma situação de dependência do serviço e estabelece a visão do familiar frente aos serviços de atendimento ao doente mental, sugerindo a atitude que deve ser mantida para garantir tratamento, subentendendo que o paciente será aceito pelo seu comportamento na enfermaria denotando a falta de conhecimento dos seus direitos como cidadão.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

... eu graças a Deus não tenho problema, sempre que preciso a minha sogra, as irmãs dele sempre vão lá em casa ajudar, elas já estão providenciando a aposentadoria dele, não consegue trabalhar mesmo então vamos aposentar ele para ter a certeza do dinheiro...então eu faço assim ele começa a falar demais, achar que ele é o tal eu já falo com minha sogra e agente leva ele para o pronto socorro...(10)

Através dessa fala, percebemos uma família organizada e envolvida com o problema, atenta aos primeiros sintomas, que utiliza o serviço de pronto atendimento como tentativa de resolução de problemas, evitando o contado direto com a instituição psiquiátrica propriamente dita.

Nós já falamos sobre isso, é contar com a família, com os amigos, às vezes as pessoas acham que ele é doido, ele só tem problema de cabeça, às vezes fica ruim, deve doer muito a cabeça acho que é por isso que ele fica assim...(11)

O depoimento evidencia importância da família e dos amigos mais próximos ao paciente como uma maneira de estabelecer uma possibilidade de cuidar compartilhado ao mesmo tempo em que justifica a doença mental como uma dor física que leva a alteração do comportamento.

Ø Evolução do Grupo 4

Neste grupo obedecemos a mesma seqüência de atividades e a apresentação do mesmo caso e também foram levantadas as informações

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

reveladoras do potencial de solução de problemas das respostas de cada participante.

Alteração do comportamento – 1ª Sessão

...eu acho que talvez ele estava falando que estava tomando o remédio e não estava, então precisava de alguém para esta controlando a medicação dele, não é isso?Talvez se ele estivesse tomando realmente o remédio não ia apresentar esse quadro, né...(14)

A fala do familiar evidencia a desconfiança que o cuidador tem sobre as atitudes do doente baseado na crença de sua incapacidade de autocontrole, no caso automedicar-se de maneira correta, levando a uma possível modificação do comportamento, com o aparecimento dos sintomas.

...a gente precisa ter mais paciência com ele, no falar, que muitas vezes a pessoa tá tão assim... fora de si, com aqueles pensamentos esquisitos e encontra uma pessoa que desorienta mais ainda, então fica pior... acho que a pessoa tem que ter mais calma, saber conversar com ele e observar bem se esta tomando remédio, muitas vezes pode fazer de conta que está tomando e não está...(15)

...Eu ia orientar ele também, quanto o uso da medicação é importante para ele...(19)

O primeiro depoimento é coerente pois estabelece a importância de entender o que está acontecendo com o doente sugerindo que se deve ter paciência

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

e agir com calma para não alterar ou tumultuar ainda mais o ambiente e piorar a condição do doente. Além disso, ressalta a importância da medicação, pois ausência ou uso incorreto da mesma pode ocasionar recaídas. Alerta ainda, para a necessidade de se averiguar o uso da medicação, pois às vezes o enfermo pode simular que o tomou. O segundo depoimento reforça o aspecto da medicação mas salientando a importância de orientar o doente sobre a mesma.

...eu ia procurar uma atividade para ele fazer se ele estava em casa sem fazer nada, podia estar angustiando ele, o fato de ter perdido o emprego, essas coisas, sei lá pode estar...depois ia ver se ele estava tomando os remédios, investigar se estava tomando mesmo...(18)

...eu também acho, que ele deve ter uma atividade, ao invés de ficar andando de um lado para o outro, dar uma coisa para ele fazer...(17)

Os dois depoimentos revelam a preocupação dos familiares com situações vivenciadas pelo paciente, que podem ser desencadeadoras de mudança de comportamento no caso, a ociosidade seja ela por perda de emprego ou não. Uma segunda instância, porém não menos importante, a preocupação em monitorar o uso do medicamento. Nestas falas os familiares parecem avaliar a circunstância como um todo, evitando atribuir o problema alteração do comportamento apenas a ausência da medicação.

...Sei lá e se ele saísse para conversar, procurar uns amigos, será que ele não se sentiria bem?...(15)

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Esse depoimento evidencia como esse cuidador percebe a limitação das relações sociais que o doente vivencia, demonstrando a importância que ele atribui ao seu convívio social com pessoas significativas como os amigos.

...e se ele procurasse ajuda médica, afinal ele tá tão diferente, agressivo...eles lá sabe o que fazer... a gente não entende dessas coisas não...(20)

Baseando-se no caso apresentado, o cuidador no seu depoimento sugere uma solução para o problema através do atendimento médico, denotando a sua insegurança, talvez por incapacidade, no manejo da situação de agressividade, provavelmente por receio e desconhecimento sobre a doença e seus sintomas.

... *Prefiro ficar escutando...(16)*

Esta familiar coloca-se na posição de observadora, mostrando-se mais retraída, porém inquieta, tendo conversas paralelas com os familiares que estavam do seu lado.

Demonstrando rispidez e irritabilidade quando estimulada a participar ativamente da discussão, fazendo o seguinte comentário:

...falar é fácil quando tem que resolver as coisas, a gente usa o que tem na mão...(16)

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Diante dessa manifestação foi esclarecido ao grupo a importância de sua participação, e que as pessoas aprendem umas com as outras, que o propósito é estabelecer uma compreensão da situação problema: o que ele significa, porque acontece e o que se pode ter como alternativas para tentar resolvê-lo.

...É importante a gente ter confiança um no outro. Se ele não confiar na gente, ele não escuta a gente...(17)

A resposta deste cuidador veio somar-se à argumentação feita pela instrutora e colocou em pauta a importância do paciente confiar no familiar e nas pessoas que o cercam e vice-versa, para que através da confiança ocorra a formação de vínculos facilitadores do relacionamento. Exemplificando a seguir como isso pode ser feito:

...Ao invés de colocar na mão, eu acho que ele fica se sentindo humilhado, então eu deixo o remédio e ele vai tomando, sempre de olho, então eu observo se está acabando o remédio, então eu pergunto para ele, olha seu remédio já esta acabando precisa comprar mais? Então ele vai ter que me mostrar...(17)

Nesse depoimento o familiar demonstra a preocupação de não ferir os sentimentos do paciente e não exacerbar sintomas, tais como desconfiança, medo, “cisma”, evitando causar-lhe a humilhação de sentir-se mais incapaz do que pode estar se sentindo e conseqüentemente levar o doente ao sofrimento. O familiar estabeleceu uma atitude de confiança e ao mesmo tempo criou uma estratégia para permanecer em constante observação.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

...eu acho que para alguns pacientes vai, outro tipo não vai, não consegue ter essa responsabilidade, se ela está ansiosa, confusa, não vai conseguir fazer isso, acho que tem que ter um alerta, não pressionando, mas lembrando: olha tá na hora do remédio, já tomou seu remédio e ter um controle, para cada pessoa uma atitude...(18)

Essa discussão revela a importância de garantir a individualidade do paciente, pois alguns conseguem realizar uma atividade como auto medicar-se e outros, por conta da própria sintomatologia da doença, não conseguem colocar em prática tal tarefa, sendo que esta pode causar mais ansiedade para o paciente, devido à responsabilidade que pressupõe o uso adequado das medicações.

...é *mais fácil então fazer uma lista e cada vez que ele tomar o remédio, fazer um x onde já tomou e depois conferir se ele esta seguindo a medicação...(17)*

Essa sugestão evidencia uma estratégia de solução do problema, uma vez que não precisa dar o remédio na mão do paciente e nem ficar cobrando o tempo todo. A confecção de uma lista de acompanhamento da medicação pode ser uma forma de controle para garantir a utilização adequada da mesma, sendo essa alternativa uma maneira de demonstrar respeito pelo doente.

...Então se a gente usasse como faz com criança, se ele alcançar uma meta, de tomar o remédio todos os dias direitinho a gente pode esta fazendo isso... você faz uma promessa que não saia da rotina da sua casa, algo possível de conseguir...(18)

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

A fala dessa cuidadora estabelece uma estratégia de reforço positivo, na qual as trocas são passíveis de ocorrer, desde que o familiar tenha o cuidado de não transformar a estratégia em um meio de controle.

Esgotamento de quem cuida – 2ª Sessão

A partir dessa orientação o grupo foi estimulado a discutir de que maneira podem demonstrar compreensão e atitude otimista e dessa discussão emergiram as seguintes falas:

...Temos que nos controlar e não fazer nada de errado, evitar bater nas crianças, tentar levar essa vida dura e pouco mais adiante tentar conseguir ajuda...(20)

Esta fala evidencia uma análise reflexiva estabelecida a partir do estudo proposto, suscitando sugestões que apontam para necessidade de manter o autocontrole, evitando transportar seus sentimentos negativos para um ambiente já alterado para os outros membros da família (crianças).

...Fazer um rodízio e não ficar a responsabilidade não só encima dela, não sei se seriam os filhos, mas alguém da família e procurar ajuda médica para ela se desestressar...(19)

...no caso se ele tivesse irmãos, mesmo os irmãos dela, pedir para ajudar e revezar e ela sair um pouco, e distrair a cabeça...(15)

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Esses depoimentos revelam a importância que os familiares atribuem a si mesmos preocupando-se com a sua saúde, não negligenciando as necessidades de cuidado consigo mesmo, sugerindo como alternativas a divisão da responsabilidade com outros parentes e fazer atividades de lazer fora de casa.

...Eu acho que tem que arrumar um jeito de interná-lo, um pouco em casa um pouco no hospital, para ficar mais fácil, porque qualquer um vai ficar estressada de cuidar dele, eu acho...(14)

O depoimento demonstra a crença cultural que a família tem de a internação ser ainda o melhor recurso de atendimento ou alternativa para aliviar o peso da família talvez por que não tenha acesso a outros serviços.

...então a gente entra naquela situação das perdas que ele tem quando interna, cada fez que interna fica humilhado, desrespeitado, então a gente volta a estaca zero...(18)

Essa fala revela a ambivalência que o familiar vivencia no momento da internação. Ele entende o significado desse momento como uma perda, uma vergonha e humilhação para o doente, uma exposição de todas as pessoas envolvidas. Porém, ao mesmo tempo, a internação configura-se como um tempo necessário para restituir a paz e a ordem em casa.

Os parentes realmente, podem ser um recurso disponível para ajudar, porém com ressalvas:

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

...Eu acho tudo isso muito bonito a gente falando mais na hora, ninguém faz não, na hora é assim oh: ah problema é seu, seu marido, hoje eu fico amanhã não dá não...(18)

Esse depoimento evidencia sentimentos de revolta e desesperança e ao mesmo tempo, indica que o problema é intransferível e que o próprio familiar-cuidador é o responsável pelo doente.

...Até os próprios filhos não vão querer ajudar e a responsabilidade é da mãe, eu tenho minha própria vida, mas ela tem que tentar pedir cooperação de todos, me ajuda, por favor, faz um calendário e assim vai indo...(14)

Com base no estudo de caso, o depoimento sugere uma escala facilitando a organização da vida do cuidador com a elaboração de um planejamento das atividades do cuidar, o depoimento evidencia ainda a necessidade de assumir uma postura humilde para obter ajuda, reconhecendo os próprios limites.

...Se a situação financeira for razoável, aí pode contratar uma pessoa para poder ajudar...(18)

Para compartilhar o cuidado e aliviar o peso até a contratação de profissionais é uma saída válida.

...Devia conseguir uma pessoa profissional que seja educada, não ficar gritando com ele, dando ordens, não querer bater nele, que às vezes... a gente... uns profissionais

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

que tem menos paciência do que a gente, então tem que escolher bem a pessoa...(17)

Esta fala, entretanto, indica que nem sempre a pessoa contratada sabe cuidar adequadamente, é necessário selecionar bem esse indivíduo.

Nesses depoimentos a divisão da tarefa com profissionais configura-se como uma possibilidade de resolução de problema, porém também surgiram questionamentos sobre a capacidade do profissional contratado, dando ênfase nos requisitos que o familiar acredita serem necessários para cuidado do doente mental.

Após analisarem o caso apresentado, os familiares foram motivados a discutir em duplas sobre suas idéias. Dessa atividade emergiram as seguintes sugestões:

...quando ele começa agredir, pega um pedaço de pau, uma faca, aí já não tem mais jeito, às vezes você está dormindo e ele vem tentar fazer uma coisa, ele nem sabe o que está fazendo, né... cê não dorme, fica de olho, esperando... só durmo quando ele tá internado essa é a verdade...(14, 16)

Novamente o depoimento sugere que a possibilidade de descanso, conforto ocorre somente através da internação, a qual possibilita ao familiar a certeza do repouso por não necessitar estar em permanente estado de alerta.

...Eu acho que tem que internar na hora que ele apresenta risco para sociedade e para os seus familiares, risco de vida e segurança para os seus familiares...(18, 20)

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

A fala enfatiza a preocupação com situações extremas, denotando tolerância em situações de menos risco, priorizando aquelas que envolvem danos a terceiros e não ao doente propriamente dito.

...A maioria das famílias largam eles no hospital, mas algumas famílias que tem paciência, vão indo devagarzinho e com muito custo, muito amor e carinho conseguem chega no ponto que eles querem, que é ver o paciente mais controlado...(19, 15, 14)

O depoimento demonstra a importância de ser perseverante, manter a calma e a paciência, demonstrando que a situação é complexa e demanda atitudes de acreditar no potencial de recuperação, ter esperança, e investir nas partes sadias, e não considerar o abandono como a melhor forma de resolver o problema.

Procurando ajuda – 3ª Sessão

Orientamos os familiares sobre o assunto a ser discutido e dessa atividade emergiram sugestões. Também nesta sessão o caso serviu como um facilitador da discussão, servindo de exemplo para expor as questões dos familiares, e dando-lhes a oportunidade de expor suas estratégias:

...eu acho não deve esperar por esse momento difícil é muito risco, eu acho que assim que a gente perceber que está mudando fazer alguma coisa, ligar para o médico ou hospital sei lá...(20)

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

O depoimento evidencia a importância de se perceberem as alterações iniciais que o doente apresenta, pois as primeiras pessoas que tomam contato com as modificações do comportamento do paciente são os familiares, isso exige um estado de alerta constante e essa situação pode tornar-se desgastante para a família...

... Eu acho assim, bom se não dá para você fazer sozinha, vamos contar com a ajuda de alguém e de preferência com aquelas pessoas que a gente sabe que gosta da gente... Por que você sabe muito bem , não é qualquer um que gosta de gente que tem gente doida na família... não adianta a senhora fala que não é assim, porque só quem sente é que sabe...(16)

...Eu acho que ela está certa, as pessoas têm medo da gente e deles, se o seu familiar é doido é lógico que você é doido também, e além do mais é uma vergonha só quando eles fazem aquelas coisas esquisitas, tirar a roupa, sair correndo ou querendo benzer as pessoas... as pessoas tem medo, sabia?...(14)

A fala dos familiares, evidencia o seu desamparo frente ao preconceito, exclusão e estigma de que são alvo a família e o doente mental, configurando-se a rejeição da sociedade, limitando sua vida social e inserção em novos grupos. Aparece com clareza a incompreensão para com os diferentes e o medo da aproximação.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

...é se eu estivesse no lugar dela e ouvisse tudo isso eu ia achar que não tinha mais jeito, a gente está olhando só do lado ruim, pensa assim se tem gente que gosta da gente, que bom né, então vamos contar com eles, apesar das dificuldades...(18)

O depoimento do familiar estabelece uma orientação aos demais demonstrando que devem contar com aqueles que realmente estão dispostos a ajudar, criando estratégias de ajuda que são possíveis de serem desenvolvidas, não descartando as dificuldades que podem ocorrer.

...Olha é assim, filho é filho e pronto, se eu pudesse eu ficava no lugar dele, mas não tem jeito não, a pastor lá da minha igreja falou que o que é da gente ninguém passa, então o jeito é tenta dividir o fardo, eu falo com as meninas assim: Filhas a mãe tá cansada e precisa de ajuda, então sempre tem um que ajuda a correr atrás dele, porque ele trabalha e trabalha direitinho, é um moço muito bom, mas de vez em quando dá aquelas loucuras nele, e ele sai para trabalhar e não volta, então a gente tem que correr atrás, sabe ele esquece onde ele mora, fica perdido coitado , eu não consigo correr atrás dele, então as meninas vão de carro, a sorte que as pessoas gostam muito dele, porque ele é muito bom, então vê ele na rua e avisa pra gente, liga e as meninas vão lá e busca, então é bom ter alguém para dividir...(15)

Esse depoimento enfatiza o valor do doente como indivíduo que desenvolve suas atividades com responsabilidade, mas ainda assim é um fardo que deve ser aceito, não tendo outra expectativa ou “saída”, porém a possibilidade de contar com ajuda de outros familiares e da comunidade facilita a tarefa.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

... Antes dela (caso discutido) procurar parente lá de fora, ela devia tentar se arrumar com os de casa mesmo, revezando a vigia, as dormidas, vocês não acham?...(19)

A fala deste cuidador demonstra a necessidade de inicialmente tentar resolver a situação no núcleo familiar, favorecendo o vínculo e desenvolvendo o sentimento de cumplicidade e de fazer parte do grupo.

... Só dela (caso discutido) conseguir entender que precisa de ajuda já está bom, mas só que as pessoas enxerga que ela precisa de ajuda é outra coisa, ela deve explicar direitinho o que está acontecendo, se não a família acha que está exagerando...(17)

As falas evidenciam a importância do familiar emitir informações o suficientemente claras e realistas para que não haja dúvidas a respeito do que ocorre com o doente facilitando assim a credibilidade dos outros frente às situações que estão ocorrendo.

...Ela deve tentar se encaixar nos horários livres das pessoas sem exigir muito, pois ajuda é ajuda e não é obrigatório, então ter paciência que não vai ser sempre que ela vai ouvir um sim, principalmente se começar exigir demais...(17)

Esse depoimento assinala que uma procura de ajuda deve ocorrer considerando as possibilidades de cada um, não exigindo demais dos outros e nem esperando que a solução do problema venha necessariamente dessas pessoas.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

...é se ela tiver dinheiro vai ser bom, pois não vai depender tanto do favor das pessoas, ela paga e pronto o profissional vai lá cuida...(15)

...Cuidar ou maltratar, porque é uma má vontade danada, quantas vezes eu precisei desse povo, eles fala assim na reunião de família "se vocês precisar é só procurar o serviço, para o que for preciso", aí a gente acredita e então eles falam assim " hoje o médico dele não está , leva ele para casa e não deixa ele sair, tranca o portão"... então porque que vocês não ficam com uma pessoa que está descontrolada, trancada com ela para ver se é bom!...(16)

Esta cuidadora refere o cuidar e o maltratar como sinônimos. Salientando a má vontade dos profissionais dos serviços no atendimento às necessidades dos pacientes e familiares. A sua postura embora desafiadora e irritada, mostra sua insatisfação com os serviços que se apresentam insensíveis às suas dificuldades, não dando soluções para os problemas enfrentados.

Os depoimentos acima estabelecem a possibilidade da divisão de responsabilidade com um profissional, configurando-se tal perspectiva de ação como uma resolução prática que evitaria os pedidos de "favor", mas ao mesmo tempo o familiar fica inseguro em relação à atitudes de intransigência dos serviços, denotando atendimento deficitário.

...Olha filha, eu entendo que você fica... assim... um pouco chateada com o pessoal que trabalha, mas a gente tem que ter paciência, eles ficam cansados, a gente tem que agradecer a Deus por eles estarem lá...(15)

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Para esse familiar torna-se direito do profissional estar esgotado e sem paciência, pois é melhor essa assistência precária do que nenhuma. Essa fala denota sujeição do familiar às normas dos serviços de saúde e dos profissionais.

...A gente tem que ter fé e acreditar que tudo vai dar certo, porque todo mundo tem problemas, e a gente vai empurrando a vida como pode, um pouquinho que eu descanso, às vezes meu irmão vem e fica com o pai, já me alivia a alma...(19)

Nesse depoimento o familiar reafirma a importância de acreditar e fazer trocas com os outros membros da família para amenizar a responsabilidade.

...Procurar a assistência social, para ajudar no caso do marido dela (caso discutido) e depois de cuidar dele, ela tem que procurar médico para ela e para as crianças e orar muito, e entregar tudo nas mãos de Deus...(15)

Ênfase na procura de profissionais especializados nos serviços de saúde oferecidos pela comunidade, e apegar-se à crenças religiosas como possíveis estratégias que podem ser utilizadas para amenizar a situação.

Percebemos através da exposição dos relatos como se revela árdua e difícil a responsabilidade de cuidar de um familiar adoecido mentalmente.

O conteúdo dos discursos proferidos pelos familiares estabelece a existência de ambigüidade, por um lado de preocupação, carinho, paciência e ao mesmo tempo vergonha, medo, raiva e indignação, particularmente pelo desamparo e solidão, inclusive dos serviços de saúde que mostram pouca disponibilidade para ajudar.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

5.1.3 Avaliação dos grupos

Quando questionados sobre o significado do seu envolvimento com a estratégia de solução de problemas e o que a participação nas sessões trouxe para eles e para o convívio familiar, obtivemos como respostas:

... Foi muito bom, mas eu queria entender porque que ela fica assim estranha de vez em quando, parece que está possuída, sei lá, a senhora sabe porque?... (2, grupo 1)

... eu acredito que cooperar com essas pessoas foi uma experiência extraordinária, pois a gente se sente útil, e sempre que a gente pode deve aliviar as dificuldades do outro... (5, grupo 1)

Nessas falas as familiares ratificam a necessidade de terem uma resposta mais concreta frente a uma situação que se apresenta inexplicável e de difícil entendimento. Para nós como profissionais mostra que existem situações que embora tenha havido empenho em promover a reflexão e facilitar o entendimento, existem limitações por parte dos cuidadores, de natureza intelectual (2) ou emocional (5) que dificultam esse propósito. O último depoimento evidencia ainda uma maneira de negar a própria condição vivenciada, colocando o problema como se fosse apenas uma dificuldade de outros.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

...olha, é bom falar das coisas, a gente fica com o coração menos pesado, é uma pena que a gente está sempre ocupado... (1, grupo 1)

Evidenciamos nesse relato que a troca de informações facilita e estabelece uma sensação de conforto e apoio.

...sabe quando essa doença, você sabe, começa a gente parece que vai fica doida junto, mais depois, as coisas acalma e a gente percebe que quem tem que dá conta é a gente mesmo, então a gente percebe que tem mais gente sofrendo e tentando viver e isso é que da força pra gente, não é achar bom que o outro também tem problema e isso é problema dele não, é que a gente não se sente sozinho, né...(3, grupo 1)

O relato apresenta uma certa resignação, não havendo outra expectativa a não ser o enfrentamento da situação problema, mas dividir experiências, possibilitou perceber o sofrimento de outros e a construção de um caminho ou trajetória, trilhada por várias pessoas culminando numa percepção de não se estar sozinho.

...a gente faz o que precisar para ele melhorarem, então se precisa vim aqui a gente vem, é bom porque você entende o que está acontecendo com eles, eu falo disso lá em casa, é bom...(6, grupo 2)

O depoimento apresenta o comprometimento do familiar em dar o melhor cuidado possível e a confiança que têm no profissional/equipe e serviço e que as discussões faciliatam entender as vivências do paciente.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

...parece que essas historinhas foram feitas pra mim, eu ficava pensando na minha vida, e tem muita gente igual eu batalhando levando a vida isso é que importa a gente tem que ser positivo, não é...(7, grupo 2)

Apresentação do caso mostrou ser um meio eficaz de facilitar a expressão dos familiares pois eles se identificavam com os problemas e dificuldades expostas, além disso expressa o sentimento de não estar sozinho no seu problema e a motivação para continuar e pensar positivamente.

...eu tenho que trabalhar se ele respeita mais alguém aí eu fico mais tranqüilo, se ele encostar a mão na mãe eu acho que eu viro o bicho...a gente até entendeu viu esse negócio de ter paciência coisa e tal, mais a coisa é feia, então tem hora que a gente perde até o rumo, fica parecendo ele (risos)...(8, grupo 2)

O depoimento caracteriza insegurança e receio do familiar perante as suas próprias ações, percebendo que outras pessoas no caso ele no convívio familiar podem perder o controle e assemelhar-se ao paciente nesses momentos (perder a razão).

...eu gostei de vim aqui falar com a senhora, como diz né, a gente olha para o próprio umbigo e esquece do que está acontecendo ao arredor...eu vi que tem muita coisa que eu faço e dá certo e tem coisas que outras pessoas fazem e daria certo também...(9, grupo 2)

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

O depoimento que expõe a crença na própria capacidade e na dos familiares para o enfrentamento de situações complexas mostrando que podem ser eficientes dado o repertório de experiências bem sucedidas.

...precisava ter mais grupos, eu achei que você ia acompanhar a gente, vim aqui foi bom, porque as minhas irmãs deram um jeito de ficar lá com a mãe, afinal eu estava na rua por causa do pai... as pessoas aqui são muito boas, eu aprendi que preciso dá um jeito na minha vida...(13, grupo 3)

Nessa fala percebemos a mobilização de sentimentos positivos frente a situação considerada problemática, pois afinal a família conseguiu se organizar para revezar os cuidados, fazendo com que a familiar percebesse a possibilidade de mudanças. Nota-se ainda a expectativa de continuidade do grupo.

...as vezes a gente acha que não é capaz de nada e eu aprendi com todo mundo, as vezes o que o outro faz serve para ajudar a gente ou ao contrário, estou contente por ter vindo...(10, grupo 3)

Esse depoimento demonstra que perceberam a importância da troca de experiências entre os participantes, configurando como uma forma de estabelecer uma credibilidade nas suas próprias ações que muitas vezes são tidas como coerentes e eficazes.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

...Eu entendi que às vezes a gente que colocar a carroça na frente dos bois, e começa tudo de traz para frente, precisa pensar organizar para depois agir, eu sempre pensava que contar até dez era contar até dez, contar até dez é às vezes ter que contar até dez dois ou três dias...(11, grupo 3)

Essa fala nos mostra que houve o entendimento sobre a necessidade de estruturação e organização das atitudes e ações que devem ser elaboradas de modo que evite a utilização de atitudes permeadas por conteúdo emotivo, levando em consideração a razão.

A gente tem que botar fé e trilhar a vida, hoje dá certo amanhã não dá, hoje eu estou aqui amanhã só Deus sabe, o amanhã a Deus pertence...então muito obrigado é uma pena que acabou mais tem mais gente que precisa de ajuda, a gente não pode ser egoísta...(12, grupo 3)

Embora as reuniões tenham favorecido a compreensão dos familiares, esse depoimento demonstra a incerteza perante as situações que ocorrem no convívio com o doente mental, a presença dos sentimentos de resignação e impotência e o respaldo na crença religiosa, como estratégia de fortalecimento.

... Eu achei uma ótima reunião para ajudar a quem precisa...(17, grupo 4)

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Esse depoimento demonstra uma atitude indicadora de que o familiar não permitiu inserir a si mesmo no grupo como alguém necessitado de ajuda, negando dessa forma a situação problema.

... Eu vi que não é só eu que tenho problemas, e mais, eu aprendi com os colegas que estavam no grupo, porque cada um tem um jeito de resolver seus problemas e a gente acaba aprendendo...(20, grupo 4)

... Gostei juntos... pensando juntos, podemos entender coisas que a gente sozinho não conseguiria...(19, grupo 4)

Os depoimentos desses familiares enfatizam a importância do grupo como espaço de troca que se estabelece quando estão abertos ao convívio e aprendizado, demonstrando crescimento e desenvolvimento com a apresentação e compartilhar de experiências com outros participantes do curso.

... Achei bom, gostaria de participar mais vezes, parece que dá um alívio e a gente acredita que pode mais, sei lá, conseguir ...enfrentar... (14, grupo 4)

... Esse grupo me fez bem, porque aprendi muita coisa, e pude falar dos problemas da vida...(15, grupo 4)

Esses depoimentos dão um retorno positivo, crédito nas possibilidades que surgem quando há troca de experiências entre as pessoas, gerando uma maior

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

motivação para enfrentar os problemas do cotidiano. O grupo consolidou-se para eles como um momento de compartilhar vivências e aprendizado.

... Achei interessante a gente tentar resolver a vida dos outros, porque assim a gente se sente útil, e vê que muita coisa a gente sabe resolver, tem é que parar para pensar... e depois tentar resolver, tem que colocar as idéias no lugar...(18, grupo 4)

Esse relato evidencia a assimilação do familiar frente as estratégias propostas pelo curso. O cuidador percebeu que pode ajudar e o potencial que ele e os demais possuem para resolver problemas, desde que haja reflexão, planejamento e organização antes de tomar as decisões. Esse processo deve ocorrer na criação de estratégias que facilitam a resolução de problemas.

... é tá bom... (16, grupo 4)

Esta fala denota a dificuldade que alguns cuidadores tem para expressar seu sofrimento e dificuldades frente a uma situação que para ele configura-se como sem possibilidades de solução. Evitar portanto, fazer vínculos com os outros, eximindo-se de fazer manifestações verbais.

5.2 Discussão

Para Houts & Bucher (1996), as características do grupo afetam o que acontece nas reuniões. A heterogeneidade dificulta o desenvolvimento do grupo,

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

tornando-se difícil para os indivíduos desenvolverem relações de proximidade, mas, ao mesmo tempo aumenta o potencial de resolução de problemas por atuar como propulsor de habilidades em gerar estratégias criativas.

Porém a despeito das características do primeiro grupo, percebemos haver dificuldade de trocas entre os participantes, quando havia algum que demonstrava déficit cognitivo, isto dificultava o entendimento dos manuscritos havendo necessidade de fazer várias orientações e até mesmo explicações do conteúdo no intuito de facilitar-lhe o entendimento.

Em contra-partida quando participavam pessoas com nível de escolaridade superior estes se julgavam “melhor” que os demais, fazendo declarações de menosprezo, colocando-se na posição de líder do grupo, desvalorizando aqueles com dificuldade de entendimento e até mesmo o restante do grupo:

“... não adianta não, deixa pra lá, não tem capacidade para entender...”

Essa colocação e várias outras, foram trabalhadas junto aos grupos através de observações que valorizavam a expressão de cada um conforme o andamento das atividades, lembrando sempre que cada pessoa é única e reage de uma maneira, algumas com mais facilidades e outras com mais dificuldades, ressaltando que o importante era o esforço realizado por todos.

Julgamos que a presença de extremos de grau de escolaridade dificulta o andamento do trabalho, e que a elaboração de um critério de inclusão considerando um mínimo necessário de escolaridade, facilitaria os resultados a serem obtidos no trabalho com familiares-cuidadores e não exporia demasiadamente indivíduos com

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

baixa escolaridade. Por outro lado, a realidade dos serviços conforme se evidenciou anteriormente, mostra uma população em sua maioria pobre e de baixa renda, o que aumenta a probabilidade de existir entre a clientela pessoas com dificuldades cognitivas e que também tem direito a serem incluídas e receberem informações, mesmo que sua capacidade de entendimento seja pequena.

Pensando no aspecto do doente mental no meio de uma família, o baixo grau de instrução dificulta o entendimento do familiar para o significado de uma doença crônica e um tratamento que demonstrara algum resultado a longo prazo, pois suas ações tendem a ser imediatistas procurando resolver o aqui e agora, ou obter a cura ou remissão imediata dos sintomas.

Por outro lado à baixa renda exige da família a priorização da distribuição do ganho mensal em prol do bem estar da maior parte do grupo, empregando o dinheiro na manutenção das suas necessidades básicas, tais como alimentação, moradia, levando a pensar que a compra de medicamentos é uma prática inviável, estabelecendo assim a utilização do recurso internação como um meio de amenizar custos e possíveis problemas decorrentes do não uso dos medicamentos, quando a rede de serviços não os disponibiliza, fato freqüentemente observado pela investigadora.

Para Houts e Bucher (2003), o ideal para o trabalho em grupos seria alcançar uma “mistura” entre propriedades em comum o suficiente para gerar um elo mais forte, mas diferenças o suficiente para gerar idéias e discussões.

Percebemos no desenvolvimento do segundo grupo uma maior relação entre seus componentes. A utilização do material manuscrito como suporte até mesmo o compartilhar experiências, a troca entre os integrantes discutindo sobre as idéias que foram sendo expostas, ficaram mais evidentes. Estabeleceu-se uma

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

heterogeneidade que permitiu visões diferentes do problema sem criar grandes constrangimentos ao grupo.

Alguns depoimentos suscitaram comentários entre os demais membros do grupo por conterem colocações severas e agressivas. Porém, o movimento do grupo e até mesmo do participante que as proferiu deu lugar a manifestações construtivas emergindo trocas mútuas.

Dessa forma, a adequação ou eficácia de qualquer solução potencial varia de pessoas para pessoa e lugar para lugar, pois a eficácia para solução de problemas depende da maneira como o indivíduo percebe o mundo e suas ligações com o mesmo (D`ZURILLA, 1986; NEZU, 1987; CABALLO, 1996).

Essa afirmação justifica o ocorrido no grupo em termos de diferenças no entendimento dos problemas conforme relatado no parágrafo anterior.

Para Nezu, Nezu e Lombardo (2001), a resposta que o indivíduo emite frente a uma situação problema, depende da habilidade de cada pessoa para enfrentar os eventos estressores. Por isso, alguns familiares apresentaram percepções diferentes em relação a como se conduzirem com seus parentes, demonstrando no grupo sua adequação ou inabilidade no manejo dos problemas.

A obtenção de uma resposta considerada adequada requer o domínio ou controle das variáveis envolvidas no contexto. Solicita da pessoa a capacidade para enfrentar situações interpretadas como dano, ameaça, ou até mesmo desafio, exigindo que ela perceba os sentimentos associados, os limites e suas potencialidades, para conseguir interpretar os fatos e elaborar uma resposta adequada.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Para D`zurilla & Nezu (1999), a solução do problema consiste num processo cognitivo de comportamento, no qual a solução é descoberta através da tentativa individual e pela vivência do dia a dia junto ao problema.

No terceiro grupo, os participantes eram bastante comunicativos, muitas vezes se desviando do tema ou pormenorizavam demais os fatos, dificultando a assimilação das idéias essenciais que surgiam na exposição.

Percebemos durante as reuniões, a necessidade dos familiares se sentirem ouvidos, trazendo muitos assuntos de dificuldade não só de lidar com o doente mental, como também no manejo da própria vida.

Um dos participantes diversas vezes colocou-se no papel de monopolizador, solicitando a atenção a todo o momento, não permitindo o desenvolvimento da atividade. Como tentativa de solução da situação foi oferecida ao participante a oportunidade de ser ouvido após o término da reunião, tendo o cuidado de não transformar o encontro em atendimento terapêutico individual.

Apesar disso, nesse grupo houve maior homogeneidade entre os membros, assim como estabeleceu-se maior relação de proximidade entre eles demonstrado através do interesse e atitudes de iniciativa para escutar e discutir os problemas uns dos outros.

No grupo quatro os familiares mostraram-se coesos, respeitando o posicionamento de cada um, e até mesmo “driblando” os depoimentos de um dos familiares que se mostrava irritado e hostil frente a alguns assuntos discutidos.

Percebemos nesse grupo, uma coerência entre a utilização do material e suas interpretações, bem como nas argumentações a respeito do mesmo, fazendo inclusive questionamentos pertinentes. Estabelecendo a todo momento o vínculo do caso discutido com a realidade vivenciada

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Optamos por respeitar o posicionamento do familiar que se mostrava irritado para permitir um clima de tranqüilidade, ressaltando a cada sessão a importância de acreditar nas possibilidades e no potencial de cada um e do grupo para encontrar soluções para os problemas.

5.2.1 As situações e problemas que emergiram nas sessões

Uma vez apresentadas as características dos participantes, faremos uma síntese com as situações comuns ao grupo em cada reunião, norteando-nos pelas temáticas abordadas no estudo de caso (categorias) as quais serviram de guia para sua discussão.

Alteração do comportamento

Emergiram vários assuntos tendo como focos predominantes os sentimentos que a situação alteração do comportamento do doente mental mobiliza e a importância da adesão ao tratamento (baseada na medicação), a experiência do grupo como momento de gratificação pelo que ele propiciou (conhecimento, ajuda, solidariedade) principalmente porque mostrou-lhes a própria capacidade de resolver problemas. Por isso alguns manifestaram sua expectativa de que esse contato voltasse a ocorrer. (Quadro 2).

Miles (1982), refere que o comportamento que se altera constantemente, causa debilidade no convívio social originando sensações de dúvidas e insegurança para o meio próximo.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Para os familiares que têm suas vidas divididas com esses doentes, o cotidiano mostra-se imprevisível, o acordar a cada manhã torna-se incerto não sabendo o que pode ocorrer a cada instante, cada momento parece ser permeado de “tudo ou nada” em termos de comportamento do seu parente, transformando a jornada de ultrapassar mais um dia, angustiante e estressante.

Schneider, Durman e Dias (2001) referem que essa sensação apresentada pelo familiar faz com que se sinta impotente frente a alteração comportamental do doente, sendo que muitos ao encaminharem o paciente para internação chegam ao hospital angustiados, com vários questionamentos, tentando entender o que está ocorrendo.

Para Miles (1982), o medo que acomete os familiares da possibilidade de vivenciarem situações inesperadas são reforçadas pela lembrança de momentos desagradáveis e angustiantes vivenciados em ocasiões passadas.

Julgamos que para esses familiares-cuidadores a memória armazenada de fatos constrangedores e embaraçosos podem dificultar a manutenção da tranqüilidade e harmonia, pois os familiares sempre estão na expectativa de que algo possa vir a acontecer.

Quando pensamos na importância da motivação e empenho que devem ser desenvolvidas para enfrentar situações que fogem do cotidiano, percebemos familiares-cuidadores que trazem consigo marcas de tristeza, descrença, revolta, injustiça; sentimentos esses que dificultam o acreditar em uma possibilidade, pois os fatos reais não compõem um quadro harmonioso de se ver e gravar.

Pensamos que superar essas situações sofridas requer um investimento que denote disponibilidade, afeto e paciência, resgatando a confiança e o acreditar nas possibilidades de melhora do doente e da própria família.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Atualmente a família tem sido vista como uma aliada e participante ativa do tratamento do doente mental, porém ressalvas devem ser feitas sobre o atendimento desse familiar que de excluído do tratamento passa a ser peça chave para um tratamento efetivo, conseqüentemente os profissionais de saúde começaram a se preocupar em dar apoio e a valorizar o familiar.

Para Macedo (1997), a implantação da política de ressocialização e de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica possibilitou a transformação dos familiares-cuidadores de excluídos para participantes ativos, sendo a sua participação no tratamento considerada a base para o desenvolvimento dos programas de saúde mental comunitária.

Nos depoimentos dados pelos participantes percebemos a ênfase dada ao tratamento farmacológico, configurando-se como uma maneira de “estabelecer a normalidade”, porém a continuidade e até adesão da família e do doente mostrou-se complexa, pois, muitas vezes o familiar não conseguia convencer o doente ou impor-se frente à sua resistência em aceitar a medicação ou ao contrário, por falta de orientação adequada, muitas vezes os familiares interrompiam a utilização da medicação devido ao aparecimento de efeitos colaterais (sonolência, sialorréia, enrijecimento) que alteravam a aparência e comportamento do doente. Tal fato, mostrou-se um aspecto de relevância para refletir sobre a assistência prestada a família no momento de orientação quanto aos efeitos do medicamento, às situações em que deve procurar o serviço e à manutenção do tratamento farmacológico.

Pensando na assistência voltada para orientação em específico ao familiar que cuida, ao depararmos com a realidade dos depoimentos dos familiares nos grupos nos questionamos sobre a clareza e objetividade dessa intervenção. Parece que simplesmente, temos “derramado” várias informações para a família não

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

permitindo mesmo, a expressão de questionamentos que podem surgir após a exposição da orientação. Às vezes o familiar responde que entendeu a orientação, no entanto pode estar saindo com várias dúvidas, ou então quando solicitamos que explique o que entendeu, o mesmo não sabe o que responder. Essa falta de entendimento pode levar a uma dificuldade para aceitar e manter o tratamento.

Para Kantorski, Pinho e Machado (2001) a descontinuidade do tratamento no pós-alta é comum, os autores citam como um dos problemas que dificultam a continuidade do tratamento, a ausência de referência ou contra-referência entre os serviços de saúde, ficando a família a deriva, não sabendo para onde ir.

Observamos através da nossa prática assistencial que essas dificuldades existentes, fizeram com que o familiar mesmo estando com a carta de referência ou contra-referência voltasse ao serviço de primeiro atendimento, não conseguindo estabelecer vínculo com o serviço para onde foi encaminhado. Devido a isso o familiar considera que o profissional responsável pelo cuidado do paciente é aquele que fez o primeiro atendimento.

Essa percepção distorcida da responsabilidade profissional pelo enfermo muitas vezes poderia ser desmistificada no ato de orientação para alta, que deve ser iniciada tão logo o paciente chega ao primeiro atendimento, preparando ambos família e doente para as etapas subseqüentes do tratamento e além disso, deveria ser facilitado o contato entre eles e o serviço que manterá seguimento, promovendo a formação de vínculos e confiança mútua, os quais favoreceriam a continuidade do cuidado.

Vale ressaltarmos, que o vínculo a ser estabelecido com o familiar é dificultado pela ausência do mesmo durante o tempo de hospitalização do doente, porém toda ação em prol do apoio à família deve ser defendida, não podemos

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

assumir uma postura de discriminação e julgamento das suas atitudes sem conhecer o contexto no qual ambos estão inseridos. Pois, a família por si só, já está enfrentando uma instabilidade na sua estrutura e funcionamento comum, e essas alterações podem prejudicar o entendimento e adequação de suas respostas.

Pestana, Maurim, Nicolussi e Luis (1999) ao estudarem o conhecimento dos familiares sobre os medicamentos prescritos aos parentes mentalmente enfermos, observaram que dos 31 acompanhantes que buscaram atendimento num setor de urgência psiquiátrica de um hospital universitário de Ribeirão Preto (SP), 12 não tinha conhecimentos sobre as medicações utilizadas pelos seus doentes; 6 sabiam o nome mas não a função; 5 sabiam o nome e algo sobre a função e 4 sabiam apenas algo sobre a função, 4 referiram a falta de adesão ao tratamento pelo doente.

Tal dado é um testemunho da desinformação do paciente e do descuido dos profissionais que os assistiram, pois caberia a eles investigar o conhecimento do familiar e paciente sobre a medicação que toma e dar as orientações pertinentes.

Macedo (1997), enfatiza que o uso de técnicas psicoeducacionais favorecem tanto a família quanto ao doente mental. Nesse ambiente de programas educacionais as famílias recebem apoio, informações sobre a doença e uso de medicamentos, tendo resultados favoráveis quanto a redução da taxa de reagudização do quadro e diminuição das doses das medicações.

Os autores citados concluíram que a família carece de uma assistência voltada para orientação desses aspectos quanto à ação terapêutica e seus efeitos no intuito de torna-los participantes ativos do processo de tratamento e recuperação do doente mental.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Esses dados corroboram com os achados desse estudo, uma vez que a certeza que eles tem está voltada para a necessidade de manter os remédios para evitar maiores problemas, porém pouco ou nada sabem sobre sua ação e efeitos colaterais sendo relevante o esclarecimento de dúvidas a esse respeito, pois a partir do momento que se aprofunda os esclarecimentos sobre algum assunto, no caso o tratamento farmacológico, a família tem maiores recursos para organizar e planejar suas ações.

Esgotamento de quem cuida e Procurando ajuda

Ao considerarmos os dados obtidos sobre essas temáticas, percebemos uma relação entre o desgaste de quem cuida e a tentativa de conseguir ajuda, estabelecendo-se uma continuidade entre uma sessão e outra. Na verdade não poderia ser de outra forma já que o guia no qual os familiares se basearam foi o estudo de caso e nesses tais temas estavam interligados. Por isso a sua apresentação será concomitante.

Foram evidenciadas como temas comuns aos 4 grupos: o deixar de cuidar-se paracuidar do outro, a importância do autocuidado através do compartilhamento das responsabilidades com familiares ou serviços de saúde; internação como solução dos problemas; crítica aos serviços de saúde mental (Quadro 2).

Levando em consideração as temáticas evidenciadas percebemos que a presença de um doente mental na família, implica em repercussões tanto nas interações emocionais, como nas atividades domésticas e na situação econômica. O cuidar de um doente mental demanda a necessidade de informações acerca de sua

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

enfermidade e tratamento, assim como indicações para relacionar-se adequadamente. E algumas vezes quando esses doentes mostram-se com um nível aceitável de autonomia, eles permanecem necessitando de apoio e proteção ocasionando no familiar-cuidador um desgaste e sobrecarga.

Dessa forma o compartilhar as responsabilidades com outros membros da família ou até mesmo com profissionais configura-se como uma alternativa para minimizar o desgaste do familiar-cuidador.

Lopes e Manzolli (1996), referem que o doente mental necessita de atenção especial nas atividades consideradas simples de autocuidado tais como: acompanhamento na higiene corporal e durante a alimentação e ingesta de medicações, atividades que devem ser estimuladas e orientadas para que o paciente torne-se participante efetivo no seu tratamento.

Essa conduta, porém, não implica apenas na disponibilidade da família, mas demanda um preparo desse familiar-cuidador em estar assistindo o doente, bem como tempo e ambiente confortável, tranqüilo, além de arcar com as despesas financeiras que o parente enfermo impõe.

Por outro lado à limitação de recursos pessoais para cuidar do paciente tanto de natureza emocional como de nível de escolaridade ou intelectual (que permita o entendimento da situação), e a carência de informação e orientação adequada, tornam difícil essa relação, pois são necessárias grandes doses de compreensão e paciência, dado que o comportamento oscilante do paciente pode conturbar o ambiente, exigindo que a família permaneça em constante estado de alerta ocasionando um desgaste físico e mental, naqueles que não dispõem de auxílio para fortalecer-se no decorrer do processo de reabilitação do seu parente.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Marcon, Andrade e Silva (1998), ressaltam a importância dos cuidadores serem devidamente orientados e preparados, por profissionais da área da saúde, no sentido de ajudá-los a estabelecer um repertório de situações para o manejo e enfrentamento das necessidades advindas da doença com mais naturalidade e de alternativas que possam ser utilizadas com certeza e segurança.

Esse processo de orientação e aprendizado do familiar-cuidador, possibilita o esclarecimento de dúvidas e anseios, facilitando o entendimento e a aproximação com a doença mental desvendando o estigma e o preconceito em lidar com essas pessoas.

Catena e Galera (2002) realizaram um estudo com o objetivo de apresentar a percepção de 20 familiares sobre como é cuidar do doente mental no ambiente familiar. Utilizando a análise de conteúdo, as autoras identificaram cinco temas relacionados ao cuidado com o doente mental. Entre os temas apresentados, destacaremos o tema cuidado do doente como uma sobrecarga, evidenciando-se nos depoimentos a dificuldade em aceitarem a doença, o sentimento de revolta por se encontrarem nessa condição e o peso que se instala sobre o familiar-cuidador.

Consideramos que essa sobrecarga vivenciada pelos familiares se instala devido à falta de possibilidades de dividir o cuidado com outros membros da família, pois uma vez assumida a responsabilidade de cuidar do doente, o familiar-cuidador se vê preso a uma situação de difícil reversão, isso causa-lhe sofrimento e desperta sentimentos de raiva e solidão.

A presença de um familiar doente obriga o cuidador a refazer seus planos de vida e à medida que o tempo passa, as preocupações com o destino do doente são demonstradas através da angústia e incerteza do amanhã, pois não conseguem perceber ou indicar alguém para dividir ou direcionar tal tarefa.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Marcon, Andrade e Silva (1998), salientam que o comportamento do doente pode dificultar a divisão das tarefas, pois nem sempre o doente tem bom relacionamento com outras pessoas que poderiam ajudar o cuidador principal ou então não consegue estabelecer vínculo com o possível futuro familiar-cuidador e sente-se incomodado com a troca . Outro fator a ser considerado é o cansaço e fadiga que se instala por acúmulo de papéis, pois a função de familiar-cuidador não isenta a pessoa de outras atividades já assumidas, fato identificado entre os participantes desta investigação.

O cuidar do doente apenas acrescenta mais uma tarefa dentre as demais já desenvolvidas; as esposas não podem deixar de ser mães, donas de casa para vivenciar somente a função de cuidadora. E nesse desenrolar de várias atividades, o cuidador se vê deixando o seu próprio cuidar para cuidar do outro, sendo essa solução como a única alternativa encontrada.

Conseqüentemente o familiar-cuidador acaba por assumir sua função sozinho, debilitando-se física e mentalmente (ANDRADE, 1996). Por outro lado, ele pode ver a internação do parente como uma possibilidade de aliviar a sua carga.

No que tange a utilização da internação como solução do problema, a implementação da política de ressocialização e de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica tem sido uma tendência cada vez maior (MACEDO, 1997).

A esse respeito Castro (2000) refere que, embora lentamente, a assistência no país vem se restruturando e tem utilizado de estratégias e ações que tornem praticáveis a desconstrução do aparato manicomial e criação de serviços alternativos.

Pensando sob esse aspecto a opção de internar o doente como forma de solução do problema ou alívio da sobrecarga demonstra uma visão já enraizada nas

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

pessoas e de caráter cultural, pois a assistência ao doente mental até poucas décadas configurava-se como excludente do meio social. O familiar via-se frente à alternativa de hospitalização como uma única forma de tratamento. Atualmente a hospitalização tem como objetivo assistir o doente que está em crise e devolvê-lo o mais rápido possível para a comunidade.

Essa forma de atenção ao doente deixa a família “solta”, transitando nesse meio de transformações, alienada do saber que ocasionou a mudança na estruturação da assistência psiquiátrica sem conhecimento e na maioria das vezes sem haver participado do processo, sente-se desprotegida e abandonada, pois até então havia a possibilidade de utilizar os hospitais mas atualmente, nem a hospitalização aparece como recurso disponível.

Sadigurski (1997) em fins da década de noventa apontava para a condição econômica da família salientando que o doente mental acarreta gastos seja na questão da garantia de fornecimento de medicamentos ou nas idas e vindas aos serviços de saúde e também ressaltava a internação como meio utilizado pela família para garantir o tratamento do doente e consequentemente o alívio da sobrecarga emocional do cuidador.

Para Macedo (1997), o contato com o serviço de saúde também estabelece uma sobrecarga para a família, pois as experiências vivenciadas muitas vezes são frustrantes e humilhantes, denotando sujeição e dependência do serviço de saúde. No caso dos familiares participantes, estes serviços não estão dando a retaguarda que esperavam.

Para muitos familiares a idéia de internação é aterrorizante e ocasiona sofrimento, mas, quando recorrem a ela é porque não conseguem perceber outra solução para o momento, por isso essa situação é geradora de ambivalência; pois

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

percebem algumas inadequações do serviço hospitalar, porém não tendo outra alternativa lançam mão daquilo que lhe é possível realizar.

Quadro 2 – Apresentação das temáticas apresentadas nos grupos e principais itens identificados.

Categorias	Itens
Alteração do comportamento	• Sentimentos provocados pela situação: incerteza, angustia, impotência, algo pode acontecer; tristeza, descrença, revolta, injustiça; incapacidade em si mesmo. • Valorização do medicamento como meio de estabelecer a normalidade; dificuldade em convencer o paciente a tomar; dar escondido; ser informado sobre os efeitos. • Incentivo à participação do paciente em atividades (tarefas rotineiras, automedicação). • Controle e vigilância do comportamento (estar atento a mudanças)
Esgotamento de quem cuida e procurando ajuda	• Deixa de cuidar-se para cuidar do outro. • Importância do auto cuidado (compartilhar com outros:familiares, gente contratada) observando sua qualidade;buscar ajuda especializada no serviços. • Internação do paciente no hospital a principal estratégia de solução dos problemas (o cuidador é o principal responsável pelo paciente e tem outros sob seus cuidados). Tempo para descansar e reorganizar a casa. • Serviços de saúde mental não disponíveis para atender suas necessidades.

5.2.2 Avaliação do curso

Ao término da terceira reunião os participantes foram indagados sobre a participação no curso.

Para os familiares-cuidadores a participação no treinamento foi considerada útil e uma experiência gratificante por possibilitar a troca de a aquisição

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

de conhecimentos, a identificação do próprio potencial de solução de problemas com alternativas possíveis de serem utilizadas no seu cotidiano. Analisando os depoimentos também percebemos em dois participantes a negação do problema como doença mental e uma resignação de “não ter o que fazer o jeito é aceitar o fato”. (Quadro 3).

Para Houts & Bucher (1996), a troca de idéias, possibilita a elaboração de um repertório maior de respostas a um mesmo problema, estabelecendo uma amplidão para possíveis tentativas.

O compartilhar de situações pares favorecem o crescimento e aprendizado mútuo levando as pessoas a reflexão das suas atitudes e da atitude do outro.

Nezu, Nezu e Lombardo (2001), referem que as meta da técnica de solução de problemas consiste em proporcionar aos clientes vários recursos para enfrentar e administrar a tensão diminuindo os sentimentos de angústia e stress.

Para os autores, o alcance dessas metas possibilita a elaboração de senso de controle e conseqüentemente uma melhora da qualidade de vida, por facilitar a compreensão que as situações problemas existem e devem ser trabalhadas de modo que interfira o menos possível no equilíbrio do indivíduo.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Quadro 3 – Apresentação dos itens identificados na avaliação do curso com a técnica de solução de problemas e freqüência de manifestação.

Itens	**Nº**
Experiência gratificante (propiciou conforto, alívio, sensação de não ser o único	20
Foi de ajuda (dividiu experiências, permitiu expressar-se, forneceu conhecimentos).	18
Mostrou a própria capacidade de resolver situações (expuseram suas soluções, propuseram soluções, aplicaram mudanças no meio). Promoveu a reflexão antes da ação	18
Sentiram necessidade de continuação do grupo	2
Não conseguiram entender suas dificuldades (por limitação intelectual e/ou emocional)	2
Confirmam o respaldo religioso como estratégia de manejo de situações	2

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

6. CONSIDERAÇÃOES FINAIS

O presente trabalho mostrou que o uso do treinamento em solução de problemas foi uma estratégia útil e facilitadora da aquisição de conhecimentos, motivadora do familiar como prestador de cuidado ao enfermo; valorizadora dos recursos implementados pelos familiares no dia a dia com seu parente; estimuladora da troca de experiências entre cuidadores; promotora da tolerância para com os comportamentos diferentes; orientadora nas formas de condução do enfermo.

Quanto a sua utilização como forma de assistência ao familiar-cuidador, mostrou-se simples, de fácil aplicação por configurar-se como uma assistência a curto prazo, levando em consideração a disponibilidade da clientela, sendo flexível na sua execução adaptando-se às necessidades dos participantes.

Para os familiares-cuidadores a participação no curso foi considerada por 18 deles uma experiência proveitosa e gratificante por possibilitar a troca de vivências e aquisição de conhecimentos, a identificação do próprio potencial de solução de problemas com a proposta de alternativas possíveis de serem utilizadas no seu cotidiano.

Observamos que os familiares que têm suas vidas compartilhadas com esses doentes, o cotidiano mostra-se imprevisível, o acordar a cada manhã torna-se incerto não sabendo o que pode ocorrer a cada instante, cada momento parece ser permeado de “tudo ou nada” em termos de comportamento do seu parente, transformando a jornada de ultrapassar mais um dia, uma experiência angustiante e estressante permeada de sensações de dúvidas e insegurança.

Levando em consideração as temáticas evidenciadas, percebemos que a presença de um doente mental na família implica em repercussões tanto nas

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

interações emocionais, como nas atividades domésticas e na situação econômica. O cuidar de um doente mental demanda a necessidade de informações acerca de sua enfermidade e tratamento, assim como indicações para relacionar-se adequadamente. E até quando esses doentes mostram-se com um nível aceitável de autonomia, muitos ainda permanecem necessitando de apoio e proteção do familiar-cuidador que de algum modo acaba enfrentando o desgaste decorrente de ter em seu convívio um doente mental.

Não era propósito deste trabalho tornar exímios solucionadores de seus problemas, mas mostrar o seu potencial para desenvolver alternativas possíveis de aplicar no seu convívio.

Nos grupos perceberam que não eram os únicos com a experiência de partilhar sua vida com um indivíduo com sofrimento mental, puderam refletir sobre seus problemas, expô-los a outros com vivências semelhantes e uns com a colaboração dos outros, formularam propostas, deram-se incentivo e esperanças e adquiriram um novo alento para continuar sua trajetória de vida, mas com algumas possibilidades novas, fruto da convivência e reflexão no grupo.

Quanto ao treinamento mostrou-se uma estratégia útil para o enfermeiro, na medida em que pode ser utilizada em período curto e por isso não onerosa para os familiares, pode ser planejada no pós-alta imediato do doente e com isso, manter a motivação de ambos familiar e doente a que mantenham a continuidade do tratamento em outros serviços. Através do treinamento, ouvindo os outros aprendem a valorizar essa convivência como um espaço que possibilita a criação de possibilidades e a reflexão de que o amadurecimento e as soluções podem ocorrer na experiência compartilhada.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

REFERÊNCIAS

ANDRADE, G. **Cuidado do idoso com seqüela de acidente vascular cerebral**: representações do cuidado familiar. Ribeirão Preto, 1996.180 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

ALTHOFF, C.R.; ELSEN, T.; LAURINDO, A . C**. Família**: o foco de cuidado na enfermagem. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 7, p. 320 – 327, mai/ ago. 1998.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. R.J.: SDE /ENSP, 1995.

ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE SAÚDE DO BRASIL – 2001. http:// portal.saúde.gov.br/saúde/aplicações/anuário2001/morb/introd. htm. Acessado em 20/09/2003.

ATIKINSON, R.L.; ATKINSON, R.C.; SMITH, E.E.; BEM, D.J.; NOLEN-HOEKSEMA, S. **Introdução à Psicologia de Higard**. 13ª ed. Porto Alegre, Artemed, 2002.

AZEVEDO, M.A .S.B; FANTIN, C.A.; GUIMARÃES, M.C.; MATHIAZZI, R.C. **O comportamento da família diante da internação do paciente psiquiátrico**: observação, descrição e algumas considerações. Psicologia da Saúde, São Carlos: Rima, 2003.

BANDURA, A . **Social Foundations of throught and action.** Englewood Cliffs, N.J: Prenticew – Hall, 1986.

BAPTISTA, M.N.; DAHER, A .S. **Investigação comportamental – cognitiva de um caso clínico**. 1998.Disponível na internet no endereço: http:// www.priory.com/psych/mak.htm, capturado em 2003.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Bezerra Filho, A.R. **O processo da hospitalização psiquiátrica:** estudo da atitude de familiares de pacientes internados e de outros agentes na cidade de Ribeirão Preto, S.P. Uma abordagem psicossocial. Ribeirão Preto, 1981. 101p. Dissertação (mestrado) F.M.R.P.- USP.

BOCCHI, S.C.M. **Movendo-se entre a liberdade e a reclusão:** vivendo uma experiência de poucos prazeres ao vir-a-ser um familiar cuidador de uma pessoa com AVC – Tese Doutorado. Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo, 2001.

BOWLING, A **. Measuring health**: A review of quality of life measurement scales. Buchinham: University Press, 1997.

CABALLO, V.E. **Manual de técnicas de Terapia e modificação do comportamento**. Ed. Santos, 1996.

CARMO, D.R. **Contribuição ao estudo da integração na família de pacientes egressos de hospitais psiquiátricos**. Ribeirão Preto, 1981. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

CARVALHO, M. C.B. **A priorização da família na agenda da política social.** Família brasileira, a base de tudo. 3ª ed, São Pulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 1998.

CATENA, R.M.; GALERA, S.A .F. **Doente mental e família**: Estes desconhecidos. Acta Paulista Enfermagem, São Paulo. V.15, n.1, p.53 – 58, 2002.

COLVERO, L.A. **Desafios da família na convivência com o doente mental**: cotidiano conturbado. 2002. 111 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

DALL´AGNOL, C.M.; TRENCH, M.H. Grupos focais como 4estrategia metodológica e, pesquisas na enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, v.20, n.1, p.5-25, 1999.

DAVISON, G.C.; STUART, R.B. **Behavior therapy and civil liberties**, American Psychologyst, 30, 1975, p. 755 – 763.

DINIZ, S. A . **A medida de satisfação dos usuários com um serviço público municipal de saúde mental**. 1999. 167 p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

DOLL, W**. Family coping with the montally ill. Na unantecipaded problem of desinstitutionalization**. Hosp. Community Psylhiatry, Washington, 27(3);183.5, março 1976.

D´ZURILLA, T.J.; GOLDFRIED, M.R. **Problem solving and behavior modification**. Journal of ab normal psychology, 78, 107 – 126, 1971.

D´ZURILLA, T.J; NEZU, A . M. **PROBLEM SOLVING THERAPY**. A social competence approach to clinical intervention (2ª ed.) New York: Springer.1989

D´ZURILLA, T.J; NEZU, A . M. **The Heppner and krauskopf approach**:A model of personal problem or social skills? The Counseling Psychologist, 15, 1987, p. 463 – 470.

ELLIS YARD, M.L; PÉREZ CUDELLO, Y; CEPESO ABREU, M. **Comportamiento de variables clínico epidemiologicas en pacientes de intervencion en crisis de hospital psiquiátrico de Diego de Avila**. Mediliego, 3(1): 10-5 ene – jun, 1997.

ELSEN, T. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: Bub, L.I.R. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis:UFSC, 1994. P. 61 – 78.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

ERTHAL, T.C. **Manual de Psicometria**. Rio de Janeiro, Zahar, 1987. p. 102 – 116.

ERWIN, E. **Behavior therapy**: Scientific, philosophical and moral foundations, Cambridge, England, Cambridge University Press, 1978.

ESCOBAR MIGUEL, E.; POZO, E. **Tratamiento en has unidade de cuidado psiquiatrico permanentes del servicio de urgencia.** Revista Psiquiatrica (Santiago do Chile); 18(2): 56-59, abr. jun, 2001.

EYSENCK, H.J.; MARTÍN, I. **Theorical foundations of behavior therapy**, New York, Plenum Press, 1987.

FISCHER, S.H. **The recovered patient returns to the community**, New York, 42(4): 463 – 73, oct. 1958.

FRANKS, C. M. **Behavior therapy**: On conceptual and technical integrity in Psychoanalysis and Behavior therapy: Two fundamentally incompatible systems, en H. Arkowitz y S.B. Messer. New York, Plenum Press, 1984.

FRIEDMANN, CTH; LESSER, I.M.; AMERBACH, E. **Psychiatric urgency as assessed by patients and their therapists atan adult outpatient clinic**.Hospital Community Psychiatry, 33(8): 663-664,1982.

FUKUDA, I.M.K. **O convívio com o paciente esquizofrênico**. 1989. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto,1989.

GALERA, S. A . F. **Avaliação construtivista de uma intervenção de enfermagem junto a famílias que têm um portador de esquizofrenia entre seus membros**. 2002. 164 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

GONÇALVES, A.M.; SENA, R.R. **A reforma psiquiátrica no Brasil**: Contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.9, n.2, p.48 – 55, 2001.

GONÇALVES, A.M. **A mulher que cuida do doente mental em família**. Belo Horizonte (M.G), 1999. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1999.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross – **cultural adaptation of health – related quality of life measures**: literature review and proposed guidelines. J. Clin. Epidemiol, 1993; 46 (12) : 1417 – 32.

HAWTON, K.; SALKOVSKIS, P.M.; KIRK, J.; CLATK, D. M. **Cognitive behavior therapy for psychiatric problems**: a pratical guide. Oxford: Oxford University Press, 1989.

HILLARD, JR. **The past and the future of psychiatric emergency, 1994**. Hospital com Psychiatry, 1994; 45(6): 541-543.

HILLNER, K.P. **Conditioning in contemporary perspective**, Nueva York, Springer, 1979.

HOUTS, PS., NEZU, AM, MAGUTH NEZU, C., AND BUCHER, JA "**The Prepared Family Caregive**r: A Problem-solving Approach to Family Caregiver Education" Patient Education and Counseling, 27: 63-73 (1996).

HOUTS, P. (EDITOR), NEZU, A, NEZU C., BUCHER, J., AND LIPTON, A. (Associate Editors) **The American College of Physicians Home Care Guide for Cancer**, Philadelphia: American College of Physicians, 1994.

HULL, C. L. **Principles of behavior**, New York: Appleton Century – Crofts, 1943.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/trabalhoerendimento/pnad98.../sb03sht. Acessado em 17/09/2003.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

IRVING,S. **Enfermeria psiquiatrica**. México. Ed. Interamericana, p.1 – 5, 1975.

JACOBSON, G.F. **Crisis: Oriented therapy**. Psychiatr. Clin. North Am. Philadelphia, v.2, n.1. p. 35 – 53. Apr. 1979.

KALOUSTIAN, S.M. **Família brasileira a base de tudo.** 3ª ed., S.P.;Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 1998.

KANTORSKY, L.P.; PINHO, L.B; MACHADO, A .T. **Do medo da loucura à falta de continuidade no tratamento em saúde mental**. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.10, n. 1, p. 50 – 59, jan/abr. 2001.

KOGA, M. **Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar**. Ribeirão Preto, 1997. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo.

KRUEGER, R.A.; CASEY, M. A. **Focus Group**: a practical guide for applied research. 3ª ed. , London, Sage Publications, 2000.

LAZARUS, A. A. **The practice of multimodal therapy**, Nueva York. Mc Graw – Hill, 1981.

MACEDO, Z. **O que é ser família de doente mental**. Informação Psiquiátrica, R.J, 16(3): 117 – 119, 1997.

MARCON, S.S.; ANDRADE, O .G; SILVA, D.M.P. **Percepção de cuidadores familiares sobre o cuidado no domicílio**. Texto & Contexto Enfermagem. Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 289 – 307, mai./ago. 1998.

MARCONI, M.A .; LAKATOS, E.M. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

MENEZES, A.C. **A percepção de pacientes psiquiátrico sobre suas famílias: um espelho de dois lados**. 2001. Dissertação (Mestrado) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

MERENESS, D. & KARNASH, L.J. **Rehabilitacion del paciente psiquiátrico**. In_____Elementos de enfermeira psiquiátrica. México, Prensa Médica Mexicana, 1964.

MERCADO MARTINEZ, FRANCISCO, S.J; SILVA, L.R.; H.E, J.M.R.; LEAL, N.M; HERNANDE\, E.A. **La perspectiva de los sujeitos enfermos. Reflexiones sobre passado, presente y futuro de la experiência del padecimento crônico**. Cadernos de saúde Pública, vol.15, nº 1, jan/ março 1999 p. 179

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000. 269 p.

MIOTO, R.C.T. **Famílias hoje**: começo da conversa. Texto & Contexto Enfermagem, Florinópolis, v.8, n.2, p.211 – 219, maio/ago. 1999.

MIRON, V.L.; HIDEBRANDT, L.M; GENTILE, C. **A assistência à saúde mental em um sistema local na ótica de familiares**. In: VII ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL VI ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA, 2002, Ribeirão Preto, SP. p.195 – 210.

MOREIRA, M.S.S.; ZUARDI,A .W. **Expectativa e desempenho social do paciente psiquiátrico, antes e após internação integral**: auto-avaliação e avaliação familiar. Medicina (Ribeirão Preto), v.26, nº 2, p.128 – 134, 1993.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

MORENO, V. **Vivência do familiar da pessoa em sofrimento psiquiátrico**. 2000. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

MOTTA, J.M . **O complexo e delicado desafio de cuidar do indivíduo em sofrimento psíquico:** redefinido abordagens. In: VII ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL VI ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA, 2002, Ribeirão Preto, SP. p. 61 - 65

NEVES, E. P. **Validade e confiabilidade de instrumentos de coleta de dados**. Florianópolis, UFSC, 1980. 12 P. (mimeografado).

NEZU, A . M.; NEZU, C.M.; LOMBARDO, E.R. **Managing stress through problem solving**. Stress News, Jul, 2001, v.13, n.3

NEZU, A . M.; NEZU, C.M. **Clinical decisión making in behavior therapy**: a problem-solving perpective, Champaing, III., Research Press, 1989.

NEZU, A . M.; RONAN,G.F. **Social problem solving and depression**: deficits in enerating alternativesand decision making. Southem Psychologist, 3, 1987, p. 29 – 34.

OLIVEIRA, E.A.; TORRANO-MASETTI, L.M.; SANTOS, M. A . **Grupo de apoio aos acompanhantes do transplantado de medula óssea (TMO):** estratégia de intervenção. In: 7º Ciclo de Estudos em Saúde Mental, 1999, Ribeirão Preto, S.P. p.258.

ORNELLAS, C. P. **O paciente excluido**: história e crítica das práticas médicas de confinamento. Rio de Janeiro: Revan, 1997. 254 p.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

PAIVA, S.M.A. **Orientação de familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia.** S.P., 1998. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

PASQUALI, L. (Org.) **Psicometria**: Teoria e aplicações. Brasília, UnB, 1997. p. 95 – 203.

PEREIRA, M.A .O; CAIS, D.P. A percepção de familiares de pacientes psiquiátricos a respeito do serviço de saúde oferecido. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, n.2, v.22, p.90-101, julho, 2001.

POLIT, D.F.; HUNGLER,B.P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Medicas, 1995.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. **Conceitos, processo e prática. 4ª ed. Ed. Guanabara Koogan, 1999.**

QUEIRÓS, L. O DE S. **Modificação de comportamento numa ala de pacientes crônicos utilizando o sistema de economia de fichas**. 1973. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, S.P, 1973.

RANGÉ, B. (org.) **Psicoterapia comportamental e cognitiva**: Pesquisa, prática, aplicações e Problemas. Vol I. Campinas: ed Livro Pleno, 2001.

REEBER, B.J. Evaluating the effects of a family education intervention. **Reabilitation Nursing**, v. 17, n.6, p. 336 – 40, 1992.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

RIBEIRO, M.S. **A questão da família na atualidade**. 1999. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

SADIGURSKY, D. **Desinstitucionalização do doente mental: Expectativas da família**.1997. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

SCHNEIDER, J.F. **Ser família de do esquizofrênico** – hermenêutica de discursos fundamentados em Martim Heidegger. Ribeirão Preto, 1999. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

SCHNEIDER, J.F.; DURMAN, S.; DIAS, T. A . **A interdisciplinaridade e a família do indivíduo em sofrimento psíquico.** O mundo da saúde – São Paulo, ano 25, v. 25, n. 3, jul/set. 2001 p. 310 – 315.

SIEGEL, J.M.; SPIVACK, G. **Problem – solving therapy**: The desription of a new program for chronic psychiatric patients, Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 13, 1976, p. 368 – 373.

SILVA, M.R.S.; NETO, C.B. **A convivência do velho e do novo num contexto que preconiza desinstitucionalização da doença mental**. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.8, n.2, p. 377 – 380, 1999.

SPENCE, K.W. **Behavior theory and conditioning**. New Haven, Conn, Yale University Press, 1956.

SIQUEIRA JR, A.C. **Evolução do paciente esquizofrênico após alta de unidade de curta permanência, através do estudo comparativo entre dois grupos de**

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

familiares com e sem atendimento.1996. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

TRIVINOS, A . N.S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais**. São Paulo:Atlas, 1987.

STERNBERG, R.J. **Psicologia Cognitiva**. Trad. Maria Regina Borges Osório. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 2000.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Ed. Sagra Luzzatto, 1999.

WILLIS, M.J. **The impact of schizopherenia on families one mothers point of view.** Schizophr. Bull., Rockville, 8(4): 617 – 9, 1982.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.com

Apêndice I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando um estudo com familiares que tenham alguma pessoa que sofra de doença mental, com objetivo de realizar um curso de treinamento visando uma melhor compreensão da doença e das possibilidades de lidar com a mesma.

Para tal solicitamos a sua colaboração através da sua participação voluntária em um curso de treinamento, sendo que a sua contribuição no estudo será apenas de freqüentar o curso. O conteúdo do curso será gravado em fita k7 que serão guardadas em segurança e estarão disponíveis para os participantes durante e após o curso.

O senhor(a) não é obrigado a participar do estudo e poderá interromper a sua participação a qualquer momento se desejar. Será mantido sigilo e anonimato dos participantes. A sua participação não envolverá despesas e nem remuneração.

Eu_____,
RG nº_____, concordo em participar voluntariamente do estudo intitulado: Atendimento ao cuidador-familiar em convívio com o doente mental, através da técnica de resolução de problemas, que será desenvolvido pela aluna Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves pós-graduanda em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, sob orientação da Professora Doutora Margarita Antonia Villar Luis.

Assinatura do participante

_____

Pesquisador responsável

_____

Jurema R.L. Gonçalves
Fone: (016) 3333-5940

Manual do Familiar-Cuidador do Doente Mental

Iurema Ribeiro Luiz Gonçalves
Margarita Antonia Villar Luís

Anotações

Manual do Familiar-Cuidador do Doente Mental

Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves
Margarida Antonia Villar Luis

Bibliografia

ABRAHM, J. et al. Câncer: cuidando do paciente em casa. Um guia para os doentes e seus familiares. São Paulo: FOSP, 1994.

NUNES FILHO, Psiquiatria e Saúde Mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais. São Paulo: Atheneu, 1996.

TEIXEIRA, M.B.; MELLO, I.M.; GRANDO, L.H.; PERWIN, D. Manual de Enfermagem Psiquiátrica. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

TOWNSEND, M.C. Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados. 3 ed. Rio de janeiro: Koogan, 2002.

- Explique que a doença mental não é contagiosa;
- Responda ao questionamento dos amigos e familiares com delicadeza, pois podem estar preocupados ou assustados com a situação;
- Procure grupo de apoio, para facilitar e ter respaldo profissional (existem grupos de familiares de psicóticos anônimos, por ex.).

Evite:

- Ignorar a necessidade que amigos e familiares têm de conversar com você e desabafar;
- Ignorar sua própria necessidade de conversar com alguém;
- Parecer alegre quando não se sente assim. Não finja ser alguém que você não é.

Quando procurar ajuda:

- Caso se sinta sobrecarregado;
- Caso queira uma indicação para um grupo de apoio ou um suporte psicológico.

"Na vida nada acontece por acaso, nem eu, nem você, nem ninguém é culpado de coisa alguma. O que importa é que possamos acreditar e tentar"
(GONÇALVES, 2005).

Como conversar com os parentes e amigos 11

O diagnóstico de doença mental é um problema não apenas para o paciente, mas também para seus amigos e familiares. Muitas pessoas não sabem o que dizer, podem se sentir assustadas ou tristes e ter medo de magoá-los, sem saber como agir. Às vezes é mais fácil a pessoa se afastar. Não existe certo ou errado nas relações entre pessoas, porque cada um tem seu próprio jeito de lidar a sua maneira com a situação problema.

O que fazer:

- Explique para os amigos e familiares o que está acontecendo. Mais cedo ou mais tarde eles vão descobrir que você ou seu familiar está com doença mental e pode se sentir magoado ou se sentir excluído;
- Deixe que os familiares e amigos o ajudem;
- Explique claramente o tipo de doença que ele tem, que tratamento será ou foi realizado.

10 Cansaço do familiar-cuidador

O cansaço manifesta-se como a falta de energia para realizar as atividades habituais ou desejados. São muitas as causas: desgaste mental, passar noites sem dormir, irritabilidade, nervosismo, impaciência.

O que fazer:

- Reservar alguns momentos para repouso, assim economizará energia para fazer coisas mais importantes;
- Programar as atividades necessárias ao longo do dia ao invés de concentrá-las num só período;
- Procurar descansar no momento em que o paciente está descansando também.

Evite:

- Esforçar-se além da sua capacidade.

Quando procurar ajuda:

- Quando não conseguir descansar ou dormir;
- Caso o cansaço não passe mesmo após o descanso.

Índice

Introdução 7

1 Alteração do Comportamento 9

2 Acredita que estão tramando contra ele (Delírios de Perseguição) 11

3 Acredita ter poderes sobrenaturais ou ser famoso e importante (Delírios de Grandeza) 13

4 Paciente Refere ouvir vozes (Alucinações Auditivas) 16

5 Paciente fala que está vendo vultos ou luzes (Alucinações Visuais) 18

6 Paciente refere sensação de ser tocado, ou sensação de calor (Alucinações Táteis) 20

7 Problemas para dormir 22

8 Ansiedade e Medo 24

9 Confusão Mental 26

10 Cansaço do familiar-cuidador 28

11 Como conversar com os parentes e amigos 29

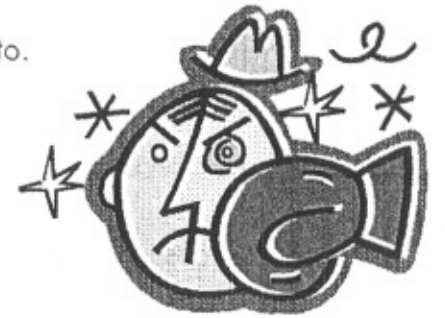
Bibliografia 31

Evite:

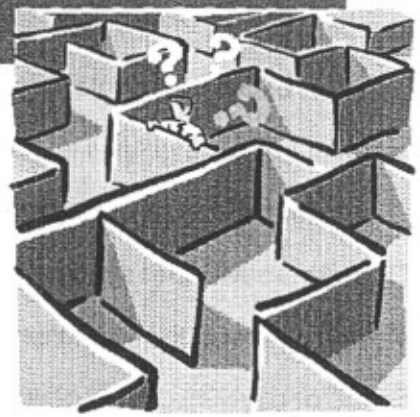
- Falar muito depressa;
- Ficar sem explicar o que está fazendo ao paciente, explicar quantas vezes for necessário ou ele perguntar;
- Deixar o paciente sozinho por muito tempo;
- Deixar remédios ao alcance do paciente;
- Deixá-lo em locais que pode se machucar.

Quando procurar ajuda:

- Se o paciente ficar confuso de repente ou se a confusão mental aumentar;
- Se o paciente tornar-se violento.



9 Confusão Mental



Quando o paciente apresenta dificuldade para organizar os pensamentos e agir adequadamente. A confusão pode surgir ou piorar, quando um paciente mudar de ambiente.

O que fazer:

- Falar lentamente e usar frases curtas;
- Orientar o paciente quanto ao dia, hora e pessoa;
- Auxiliar o paciente nas atividades diárias que ele possa ter dificuldades (ex. tomar banho, escovar os dentes);
- Ficar perto do paciente durante a conversa e sempre se identifique ao chegar perto do mesmo;
- Ficar alerta aos efeitos dos medicamentos (inclusive os efeitos colaterais) particularmente quando se tratar de pessoa idosa.

Introdução

O curso visa oferecer aos participantes esclarecimento, direcionamento e estímulos para se tornarem solucionadores ativos de problemas e não seguidores de ordens.

O curso parte do princípio que os familiares-cuidadores são solucionadores eficientes de problema, pois são capazes de enfrentar situações estressantes e são comprometidos em dar o melhor cuidado possível ao seu familiar adoecido.

Dessa forma, o que se pretende é estabelecer um processo ordenado de resoluções de problema, garantindo ao cuidador um senso de controle que permita amenizar o sentimento de estar pressionado e sem saber o que fazer em determinados momentos.

Para isso, o curso baseia-se em cinco tipos de informações:

1. Uma compreensão do problema, incluindo o que é, porque acontece, quem está mais propenso a desenvolvê-lo, e o que se pode, razoavelmente, esperar ao lidar com tal problema;
2. Ter uma orientação otimista com relação à solução de problemas no cuidar do paciente;
3. O que o cuidador pode fazer para lidar com o problema quando ele ocorre, assim como o que fazer para evitar que o problema ocorra;
4. Os obstáculos que podem impedir ou interferir na execução do plano e como enfrentá-los;
5. Como realizar o plano, incluindo o que fazer se o plano não parecer funcionar.

Essas informações podem ser resumidas no acrônimo COPE:

C RIATIVIDADE

O TIMISMO

P LANEJAMENTO

E SCLARECIMENTO TÉCNICO

O que fazer:

- Prestar atenção aos sentimentos do outro;
- Apoiar, animar e mostrar confiança;
- Estimular as pessoas a falar, mas não force;
- Procurar apoio de grupos leigos ou religiosos;
- Conversar com um profissional sobre o uso de tranqüilizantes;
- Organizar atividades simples e realizá-las uma de cada vez;
- Mostrar-se disponível e interessado em ouvir a pessoa;
- Estimular a realização de atividades físicas diárias (caminhar por exemplo);
- Estimular a participação em grupos que façam relaxamento;
- Colocar músicas que promovam o relaxamento;
- Oferecer infusões vegetais (camomila, melissa, cidreira) ou sucos com propriedades relaxantes.

Evite:

- Esconder os sentimentos;
- Forçar a pessoa falar, se ela não se sentir à vontade ou com vontade de falar;
- Sermão ou conselhos.

Quando procurar ajuda:

- Quando o paciente se sentir muito agitado a ponto de não conseguir realizar suas atividades;
- Quando as medicações em uso não estiverem resolvendo à situação.

8 Ansiedade e Medo

É comum que a doença mental desenvolva ansiedade e medo no próprio paciente, entre os familiares e, até mesmo, nos profissionais de saúde.

Esses sentimentos podem surgir quando ocorre uma perda no controle da própria vida, quando ocorrem mudanças no ritmo de vida, stress gerado pelo excesso de responsabilidade no trato com o paciente.

Atenção para:

- Ansiedade no modo de falar;
- Não aceitar que está ansioso ou tenso;
- Dificuldade de resolver problemas;
- Excitação excessiva;
- Tensão muscular;
- Tremores;
- Dor de cabeça;
- Facilidade em ficar com raiva;
- Sentimento de culpa;
- Mau humor constante.

Alteração do Comportamento 1

A alteração do comportamento é comum nos doentes mentais, ela pode estar relacionada à correria do dia-a-dia, fazendo a pessoa passar por aflição, nervoso e tensão; pode ser devido à maneira como a pessoa enfrenta os problemas e o valor que os mesmos têm em sua vida; ao convívio tumultuado com a família, facilitando a alteração comportamental e também a falta de utilização de medicação.

Atenção para:

- Modificações no comportamento habitual, que a princípio é sutil e vai progredindo (ex. paciente tem o costume de ir ao portão duas vezes ao dia, agora a todo instante vai até o portão sem motivo aparente);
- Apresenta respostas com entonação de irritabilidade e mau humor;
- Falta de paciência;
- Desinteresse pela aparência;
- Inquietação (não consegue ficar parado);
- Permanece a maior parte do tempo quieto, isolado;
- Não consegue dormir.

O que fazer:

- Verificar uso da medicação;
- Perguntar se algo está incomodando, de forma gentil e educada;
- Observar os hábitos e necessidades básicas (higiene, alimentação, sono, eliminações 'fezes e urina');
- Manter observação constante, porém discreta, sem constranger o doente.

Evite:

- Sermão ou julgamento;
- Vigilância exagerada, fazendo com o que o paciente se sinta como um prisioneiro;
- Discutir ou confrontar o paciente.

Quando procurar ajuda:

- Quando o comportamento alterado ocorrer subitamente de tranqüilo para agitado, hostil e possivelmente agressivo;
- Quando o comportamento for alterando progressivamente, ocorrendo o aparecimento de sintomas (medo ou desconfiança excessiva, tristeza, isolamento, recusa de alimentos, inquietação, insônia, etc).

- Orientar para que fique deitado e pense em coisas boas;
- Oferecer atividades que ele goste de fazer (trabalho e lazer).

Evite:

- Tomar bebidas que estimulam, antes de dormir, como café, chá ou coca-cola;
- Tomar qualquer outra medicação para dormir que não seja a receitada pelo médico;
- Deixar o paciente dormir durante o dia;
- Negar o que está acontecendo.

Quando procurar ajuda:

- Paciente permanece insone mesmo seguindo as orientações anteriores.

7 Problemas para dormir

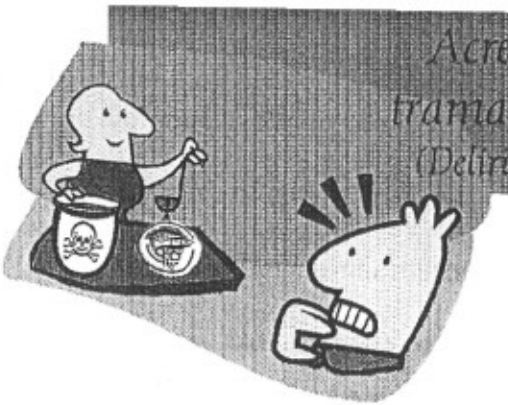
Esse problema pode ser definido como uma mudança no hábito de dormir. As pessoas que estão em tratamento psiquiátrico podem ficar agitadas, ansiosas, preocupadas. É importante prestar atenção a qualquer mudança.

O que fazer:

- Observar as medicações que estão sendo utilizadas;
- Observar se o paciente tem dormido muito tempo durante o dia;

- Orientar banho morno antes de deitar para relaxar;
- Observar se o paciente realmente não está conseguindo dormir;
- Observar se o paciente não consegue ficar deitado, mostrando-se agitado, levantando a todo o momento.

2 Acredita que estão tramando contra ele (Delírios de Perseguição)



Essa crença de que algo ou alguém está tramando contra ele faz parte dos sintomas da patologia. O que às vezes é impossível para nós, para o paciente é verdadeiro. A princípio o paciente apresenta algumas alterações de comportamento, como: Acreditar que estão envenenando sua comida; achar que os vizinhos querem lhe fazer mal ou que o aparelho de televisão quer controlá-lo.

Atenção para:

- Olhar desconfiado;
- Medo de ingerir alimentos;
- Recusa de alimentos;
- Sempre acha que estão falando dele;
- Aumento da atividade (agitação);
- Conversa em que fale em se matar ou crença que vai ou deve morrer.

O que fazer:

- Observar ingestão alimentar (está comendo? Quanto?);
- Manter o ambiente livre de barulho (ambiente calmo);
- Impor limites com firmeza, porém sem ser rude;
- Não criticar ou menosprezar suas idéias, o que parece impossível para nós, para o paciente é real;
- Manter observação constante, porém discreta, sem constranger o paciente;

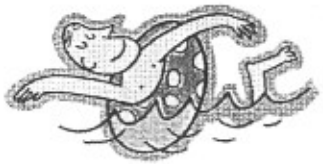
Evite:

- Gritar e dar sermão;
- Ignorar a importância dos fatos;
- Ambiente barulhento;

Quando procurar ajuda:

- Caso o paciente não aceite alimentação vários dias;
- Caso desenvolva comportamento auto-agressivo;
- Tentativa de suicídio.

- Verificar o uso da medicação;
- Observar se alguma atividade faz diminuir essas sensações.



Evite:

- Negar o que está acontecendo;
- Discutir ou confrontar o paciente;
- Ambiente conturbado, barulhento.

Quando procurar ajuda:

- Quando o paciente não aceitar as medicações;
- Quando a sensação de toque o incomoda a ponto de não conseguir dormir, ficando irritado e hostil.

6 Paciente refere sensação de ser tocado, ou sensação de calor
(Alucinações Táteis)

Paciente fala que sente mãos percorrendo o seu corpo, ou calor local, impedindo sua concentração ou até mesmo repouso.

Atenção para:

- Olhar desconfiado;
- Expressão facial de susto;
- Medo de ficar sozinho.

O que fazer:

- Tentar acalmar o paciente;
- Mostrar-se disponível;
- Evitar deixá-lo sozinho;
- Demonstrar interesse e respeito pelo o acontecido.

Acredita ter poderes sobrenaturais ou ser famoso e importante 3
(Delírios de Grandeza)

Acredita ser uma pessoa muito importante, filha(o) de pessoas famosas, ou ter recebido um dom para curar, falar com Deus e prever o futuro. Por ex. relata ser filho de Roberto Carlos, ou que é Jesus e está aqui para curar e converter as pessoas.

Atenção para:

- Alteração na aparência (forma de vestir, emagrecimento, palidez, etc);
- Comportamento voltado para ajudar as pessoas;
- Dispõe dos seus objetos pessoais para ajudar o próximo;
- Mostra-se superior aos outros, exigindo que façam o que ele quer, por acreditar ser muito importante;
- Demonstra desprezo e chega a ofender as pessoas que consideram inferior por se sentir superior;
- Permanece várias horas ajoelhado rezando;
- Mostra-se irritado (pavio curto);
- Uso da medicação

O que fazer:

- Observar tendência para discurso com conteúdo religioso exagerado;
- Observar tendência do paciente abençoar ou benzer as pessoas;
- Observar alimentação, pois acredita que não tem necessidade;

- Verificar uso da medicação;
- Não criticar ou menosprezar suas idéias, o que parece impossível para nós, para o paciente é real;
- Tratá-lo com respeito;
- Impor limites com firmezo, porém sem ser rude;
- Manter observação constante, porém discreta, sem constranger o paciente;
- Manter o ambiente tranqüilo, livre de agitação e barulho.

O que fazer:

- Tentar acalmar o paciente;
- Mostrar-se disponível;
- Evitar deixá-lo sozinho;
- Deixar luzes acesas em lugares escuros caso ele manifeste medo;
- Demonstrar interesse e respeito pelo o acontecido;
- Verificar o uso da medicação.

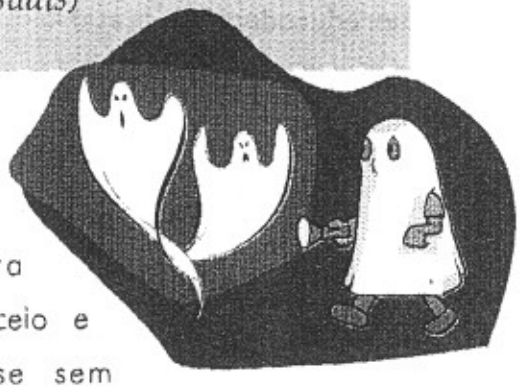
Evite:

- Negar o que está acontecendo;
- Discutir ou confrontar o paciente;
- Ambiente conturbado, barulhento.

Quando procurar ajuda:

- Quando o paciente não aceitar as medicações;
- Quando os vultos e luzes o incomodam a ponto de não conseguir dormir, ficando irritado e hostil.

5 *Paciente fala que está vendo vultos ou luzes*
(Alucinações Visuais)



Paciente apresenta comportamento de receio e prontidão, assusta-se sem motivos aparentes. Por exemplo, paciente olha assustado para um determinado local como se algo estivesse ali incomodando-o.

Atenção para:

- Olhar desconfiado;
- Expressão facial de susto;
- Medo de ficar sozinho.

Evite:

- Gritar e dar sermão;
- Ignorar a importância dos fatos;
- Ambiente barulhento;
- Confirmar a grandiosidade do paciente.

Quando procurar ajuda:

- Quando o paciente não aceita orientações, colocando a sua vida e a vida dos outros em risco;
- Quando seus poderes ultrapassam as necessidades básicas para sobrevivência (alimentação, higiene, sono);
- Quando não aceita as medicações.

4 Paciente Refere ouvir vozes (Alucinações Auditivas)

Paciente ouve vozes que pedem para ele fazer algo. Por ex. pedindo para que ele saia de casa; dizendo que as pessoas estão falando dele, criando intrigas deixando-o desconfiado. Essas vozes fazem com que o paciente se sinta incomodado impedindo até mesmo o seu descanso.

Atenção para:

- Paciente começar apresentar comportamento de falar sozinho;
- Observar discussões onde o paciente fala agitando os braços como se houvesse alguém com ele;
- Às vezes leva as mãos até a cabeça como se algo o incomodasse;
- Rir sem motivos;
- Olhar repentinamente em determinada direção, na ausência de estímulos;
- O que o paciente responde ao conversar sozinho.

O que fazer:

- Verificar o uso da medicação;
- Perguntar educadamente se está falando com alguém;
- Manter observação constante, porém discreta, sem constranger o paciente;
- Observar o comportamento do paciente: mantém-se calmo e tranqüilo ou se mostra agitado e irritado;
- Observar aumento da alteração do comportamento;
- Estimular o desenvolvimento de alguma atividade, para evitar a ociosidade.

Evite:

- Negar o que está acontecendo;
- Discutir ou confrontar o paciente;
- Ambiente conturbado, barulhento;
- Televisão e outros aparelhos ligados com volume alto.

Quando procurar ajuda:

- Quando o paciente não aceitar as medicações;
- Quando as vozes o incomodam a ponto de não conseguir dormir, ficando irritado e hostil.