

Família do paciente psiquiátrico: o retrato de uma ilustre desconhecida

Rosane Mara Pontes de Oliveira* e Cristina Maria Loyola

*Laboratório de Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica, Direção de Enfermagem, Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. *Autor para correspondência. Av. Venceslau Brás, 71, fundos, Botafogo, 22290-140, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. e-mail: direcaoenf@ipub.ufrj.br ou rosanepontes@zipmail.com.br*

RESUMO. Este estudo aborda a análise do cotidiano domiciliar do paciente psiquiátrico e de seus familiares, por meio de visita domiciliar, constituindo uma forma de cuidado realizado pela enfermeira. Abordamos as dificuldades, as relações e as possibilidades de convivência dos pacientes e de seus familiares no domicílio. O estudo é qualitativo com enfoque na etnometodologia. A produção de dados foi por meio de observação participante e de entrevistas abertas, coletadas durante as visitas aos domicílios dos pacientes. Foi adotado o cotidiano de Michel de Certeau como referencial teórico para nortear a análise do discurso dos sujeitos. Os temas oriundos das discussões constituíram eixo para o processo reflexivo, tendo como base o entendimento dos sujeitos acerca dos tipos de relações familiares. Os dados apontam para o redimensionamento da prática de enfermagem hospitalar e refletem como o cuidado oferecido pela enfermeira na internação hospitalar tem poucas perspectivas de aproximação com os pacientes e com seus familiares.

Palavras-chave: família, enfermagem psiquiátrica, cuidado de enfermagem.

ABSTRACT. *Psychiatric Patient family: a conspicuous unknown portrait.* The study deals with the psychiatric patient and his family's daily analysis in the home, by the nurse's visit to the patient's home as a means of further care. The patient's difficulties as well as the relationships and the living possibilities with his family in the home were approached in this research. Etnomethodology is the focus of this qualitative study. The data was obtained through participating observation and open interviews collected during the visits to patients' homes. Michel de Certeau's "Practice of Every day Life" was adopted as a theoretical support to guide the discourse analysis of the subjects. An axis to the reflexive process was formed by the discussions originating themes, based on the subjects understanding of the surrounding family relationships. Results point to the reshaping of hospital nursing practice, reflecting thus on how nursing care offers few perspectives in approaching patients to their families.

Key words: family, psychiatric nursing, nursing care.

Introdução

A doença mental, segundo pesquisas epidemiológicas, aponta elevada prevalência na população em geral. De acordo com os levantamentos do Banco Mundial, das dez doenças mais incapacitantes quatro são psiquiátricas: depressão, esquizofrenia, distúrbios ansiosos e alcoolismo (Saraceno, 1999, p. 76). É uma doença que acomete crianças, jovens e adultos; homens e mulheres; negros e brancos; pobres e ricos. Não existe, portanto, nenhum grupo humano ou comunidade conhecida pelo seu nível de desenvolvimento que esteja livre de desordem mental.

A doença psiquiátrica exerce um forte efeito negativo na vida de uma pessoa que, além de ter de suportar, durante um certo tempo, os sofrimentos causados pelos próprios sintomas da doença, tem de suportar o distanciamento dos familiares, a perda, por muitas vezes, da sua fonte de recursos, o distanciamento social e, na maioria das vezes, a solidão.

Com o desenvolvimento do conceito de cidadania e da luta pelos direitos humanos, o tratamento psiquiátrico foi sendo deslocado para fora da internação hospitalar, seguindo as premissas básicas da reabilitação psicossocial. (RPS).

Nesse contexto, a enfermagem balizou o movimento de RPS como um guia ético para o cuidado de enfermagem psiquiátrica e está reconstruindo e ampliando a sua área de atuação, criando novos materiais para a assistência psiquiátrica, atendendo aos pressupostos da reforma psiquiátrica.

Diante dessa realidade, é que, nesse momento, pensamos em nos distanciar do espaço físico da internação hospitalar em direção ao pouco discutido e desconhecido lugar onde vivem as pessoas que estiveram, temporariamente, sob os nossos cuidados na internação psiquiátrica e seus familiares. Propomos como objeto de investigação o cuidado domiciliar realizado pela enfermeira psiquiatra, para conhecer a organização das atividades da vida cotidiana dos clientes e de seus familiares em seus domicílios.

Além disso, os familiares são os dispositivos primários de cuidado e merecem uma atenção especial da enfermagem, pois, muitas vezes, não estão preparados para receber o doente em casa. Apesar de seus sentimentos positivos para com o familiar, nem todos conseguem lidar com as emoções que envolvem o cuidado de uma pessoa fragilizada pela incerteza da doença, pelos efeitos colaterais da medicação e pelo próprio curso clínico da doença.

Esse cuidado “*aftercare*”, em que a enfermeira psiquiatra sai do hospital para cuidar do paciente em casa, prevê um trabalho de estabilização, de um equilíbrio menos danoso para o paciente e para a sua família. Treinando a família para uma gestão adequada aos sintomas, busca-se aliviar as pressões sobre o paciente e as ocasiões de superestimulação ambiental, sobretudo as que têm a ver com os níveis de comunicação crítica ou emotivamente hiperenvolventes.

A enfermeira psiquiatra só obtém aproximação com os sujeitos à medida que desenvolve relacionamentos terapêuticos efetivos, com uma participação marcante nos dramas diários do cliente e de seus familiares, não somente na internação hospitalar, mas principalmente fora dela.

Para orientar a elaboração da investigação, estabelecemos alguns objetivos a serem alcançados ao final do estudo:

- levar o cuidado da enfermeira psiquiatra para fora da internação hospitalar;
- verificar, por meio da visita da enfermeira, a influência das relações familiares nas internações dos pacientes.

Considerando a importância da família na vida do sujeito, este estudo buscou, por meio de métodos

educativos e relacionamentos interpessoais efetivos, ajudar a família a compreender os distúrbios psicóticos, favorecendo-a no desenvolvimento de habilidades para auxiliar na resolução de problemas que possam se apresentar.

Algumas considerações sobre família

O século passado foi marcado pela transição dos valores familiares, deixando para trás o modelo que trazemos em mente sempre que falamos de família: uma casa com quintal, pai, mãe e filhos vivendo juntos. Essa visão é correspondente ao ideal da família nuclear burguesa. A sociedade viveu algum tempo tentando alcançar o padrão desse modelo familiar. À medida que as famílias se afastaram dessa proposta, passaram a ser chamadas e avaliadas como “desestruturadas” ou “incompletas”. Ao se aceitar o modelo de família burguesa como norma e não como uma possibilidade de modelo construído historicamente, admitiu-se que deveria impor implicitamente seus valores, suas regras, suas crenças e seus padrões emocionais. Essa forma de perceber a questão da família ainda permanece, sendo reproduzida em nossos dias. Essa concepção se apresenta invasivamente pela mídia, pelo discurso das instituições e dos profissionais, e é apresentada não só como a forma correta de viver em família, mas também como um valor em si.

Apesar de as famílias atuais terem sido pautadas nesse modelo, elas vêm tomando feições próprias. Cada família tem sua própria dinâmica, seu *modus operandi*. Cria-se uma cultura familiar própria, com seus códigos, com uma sintaxe própria para se comunicar e interpretar comunicações, com suas regras, seus ritos e seus jogos emocionais.

Existem muitas concepções de família que tentam explicar essa rede social complexa. Cada conceito é pautado em uma linha de pensamento diferente, e, nem por isso menos importante.

O termo família origina-se do latim *familias*, que significa um grupo composto por um chefe ou senhor, seus servos e dependentes (Prado, 1981, p. 51). Para Ferreira (1999, p. 877), família são as pessoas aparentadas que vivem, em geral, na mesma casa, particularmente o pai, a mãe e os filhos. São pessoas unidas por laços de parentesco, pelo sangue ou por aliança.

Hanson e Boyd (1996, p.6) utilizam uma definição para família, conforme a lei, que enfatiza relacionamentos através de laços sanguíneos, de adoção, de guarda ou de casamento. Uma outra definição é a biológica, que se centraliza na carga genético-biológica comum.

Há também o conceito de família como uma unidade grupal, na qual se desenvolvem três tipos de relações pessoais: a primeira, caracterizada pelo casal (aliança); a segunda pelos pais e filhos (filiação); e a terceira e última pelos irmãos (consangüinidade). Tem como objetivo a preservação da espécie, a nutrição e a proteção de descendência, fornecendo condições para a aquisição de identidades pessoais, desenvolvendo através dos tempos várias funções: estéticas, éticas, religiosas e culturais, entre outras (Osório, 1996, p. 16).

Para Elsen (1994, p. 63), a família pode ser nuclear, composta de pai, mãe e filhos; extensa ou ramificada, quando diferentes gerações estão incluídas. Considera também como família as pessoas com as quais mantêm laços afetivos, que podem apresentar ou não laços de consangüinidade. Um outro tipo de família é aquela composta apenas por amigos íntimos, com os quais não se tem nenhuma consangüinidade. Na visão funcionalista, a família é conceituada como célula básica da sociedade, como um universo fechado, estático e de relações estritamente intrafamiliares. Na visão crítico-dialética, a família é o núcleo básico de produção e de reprodução social, uma unidade dinâmica e produtiva.

Neste estudo, consideramos como determinantes na composição familiar os afetos, os laços fortes emocionais, um senso de pertencer ao grupo e a durabilidade da relação. O grupo com o qual trabalhamos foi constituído por famílias biológicas, nucleares, abrangentes, ramificadas, extensas, casais homossexuais, famílias tendo somente a mãe ou o pai, famílias apenas de irmãos, famílias de amigos, famílias sem filhos e, ainda, famílias sem pais. Dessa forma, a conceituação de família terá de possuir alguma plasticidade estrutural, de modo a compor um conceito que possa ser útil para o estudo. Entendemos que uma boa forma para iniciar a discussão seria deixar a conceituação de família por conta de nossos atores sociais.

Hanson e Boyd (1996, p. 4-7) compactuam dessa definição à medida que afirmam a possibilidade de variação da tradicional família nuclear até a família pós-moderna (família com apenas um dos pais, famílias fundidas ou combinadas e família do mesmo gênero), porque se baseiam na família que acredita na sua própria definição.

Para cuidar da família, a equipe de enfermagem precisa romper com o modelo da psiquiatria ortodoxa, que é individualista, ou seja, valoriza-se os sintomas sem considerar os aspectos da vida coletiva do sujeito. O cuidado da enfermeira psiquiatra no domicílio é se preocupar com a dinâmica familiar e a

sua possibilidade de se organizar para receber a pessoa doente.

O cuidado da enfermeira psiquiatra no domicílio deverá ter como norteador ético as premissas da reforma psiquiátrica brasileira e da reabilitação psicossocial, que leva em conta, antes de traçar qualquer estratégia de intervenção, algumas características básicas do meio no qual o paciente está inserido, as quais influem tanto sobre a evolução da doença quanto sobre as possibilidades de êxito da intervenção. O cuidado só será possível se considerar o meio e os recursos existentes para cuidar do paciente e da família.

A sociedade e o imaginário coletivo ainda estão impregnados de idealizações sobre a família. Espera-se, então, que a família possa propiciar cuidado, proteção, aprendizado, afetos, construção de identidades e vínculos relacionais de pertencimento capazes de promover uma melhor qualidade de vida. Entretanto a realidade se apresenta diferente, pois não é prescrito que toda família está em condições para cuidar. A enfermeira psiquiatra deve levar em consideração as necessidades de cuidado do paciente e da família e perceber que, em algumas situações, deve-se promover cuidado para os membros que não estão rotulados como doentes, para que eles possam compreender o que significa estar doente e a partir desse ponto, promover o cuidado dentro da família.

No caso da doença psiquiátrica, temos percebido que o impacto da doença na família é mais devastador do que em qualquer outra desordem. Os familiares e o paciente sofrem não só pelo diagnóstico em si, mas pela expectativa de vida que terão a partir da doença. Existe, também, o pré-conceito de ser uma doença crônica e que "não tem cura". A doença aguda com um curso previsível é normalmente mais fácil para a família administrar, visto que as mudanças não são permanentes, e assim, não provocam alterações drásticas no modo familiar próprio de funcionamento. Com a doença considerada crônica, como é o caso da doença psiquiátrica, a família usualmente necessita alterar a sua forma de funcionamento para se adaptar à pessoa doente (Hanson e Boyd, 1996, p. 106).

Diante dessas considerações sobre a família, não se pode negar que ela tem um papel singular na construção e na vida do sujeito. Ela interfere no processo de saúde-doença de seus membros, individual e coletivamente. Ela se organiza, desorganiza e reorganiza continuamente. Ela é capaz de cuidar e de des-cuidar de seus membros, por mais difícil que isso possa parecer. Em alguns momentos, pode ser a causa de todo sofrimento, impondo um condicionamento ideológico

intencional sobre família, como um sistema dogmaticamente organizado para dar “certo”. Para Cooper (1994, p. 8), a unidade familiar tornou-se a forma extrema e mais aperfeiçoada de não-encontro, fazendo com que os sujeitos acreditem na “família” para, em seguida, bloquear o encontro entre as pessoas e exigir de cada membro um sacrifício propiciatório que não aplaca nada em ninguém. Uma das lições preliminares, aprendidas no decorrer do condicionamento ideológico sobre a família imposta ao indivíduo, é que ele não é auto-suficiente para existir no mundo por si só e se vê obrigado a viver aglutinado aos outros, submetendo-se à invasão dos outros que, no começo, são sempre os outros da família (Cooper, 1994, p. 13).

A família precisa ser preservada. Se existe alguém que viola as regras e provoca uma dissolução no grupo familiar, essa pessoa poderá ser considerada enferma. Então, em alguns casos, a ilógica das pessoas consideradas “doentes” pode ter sido provocada pela lógica de outros indivíduos.

Dentro dessa lógica, a família, para preservar seu modo de vida inalterado, elege um membro, que geralmente é o membro acometido pela doença. Se as ciências médicas, sensíveis às necessidades sociais tão amplamente difundidas, classificam, formalizam e tratam a enfermidade, para a família, então, fica claro que a noção de tratamento implica sintomas e esta prepara uma lista. Para ela, sintomas são todos os comportamentos da pessoa doente ou do membro eleito que provocam desconforto e ansiedade familiar (Cooper, 1994, p. 39).

O importante é que nem sempre quem tem o diagnóstico é necessariamente quem precisa de cuidado. O sofrimento também pode ser manifestado por sintomas outros que não da “doença mental”. Eleger um membro doente pode ser a única maneira de se sentir “normal”, então se elege quem está mais perto da família. Esse movimento pode ser o único possível para manter o grupo unido. O trabalho da enfermeira deve considerar essa proteção, ela não pode determinar como a família deve funcionar, mas ajudá-la a funcionar da melhor maneira possível.

Nessa perspectiva, devemos pensar a família como um cliente também, à medida que ela é capaz de interferir na vida do sujeito. No mínimo deve ser pensada como uma grande aliada para a reabilitação. Neste estudo, pretendemos dar ênfase à possibilidade de viverem juntos o sujeito doente e a família e ao aumento da capacidade de ambos lidarem com os acontecimentos da vida cotidiana.

Material e métodos

O presente trabalho tem uma abordagem qualitativa do tipo estudo de caso, conduzido por um enfoque etnometodológico. Foi adotado o cotidiano de Michel de Certeau como referencial teórico para nortear a análise do discurso dos sujeitos da pesquisa.

A metodologia qualitativa incorpora as questões do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo tomadas como construções humanas significativas (Minayo, 1999, p. 10).

A escolha da abordagem qualitativa para nosso objeto de estudo fundamentou-se na possibilidade de um aprofundamento maior, em busca de uma compreensão do cliente e da família, considerando que os grupos parentais podem ser entendidos como portadores de estruturas e de organizações complexas. Essas, às vezes, evidenciaram comportamentos derivados de normas e de regras do próprio grupo, o qual, muitas vezes, não dá acesso a um observador externo. Sendo assim, a pesquisa qualitativa favoreceu a compreensão desse grupo social.

A opção pelo estudo de caso deu-se pelo nosso entendimento de que cada paciente é único e que cada família tem uma dinâmica própria, podendo ter semelhanças com outros casos. Segundo Ludke e Andre (1986, p. 17), o caso pode ser similar aos outros, mas é ao mesmo tempo distinto, pois tem interesses próprios, singulares. Cada casa (família e paciente) constitui-se uma unidade dentro de um sistema mais amplo.

O enfoque etnometodológico foi adotado, por atender ao objeto de estudo – o cuidado da enfermeira psiquiatra – como um meio de conhecer a organização das atividades de vida cotidiana dos clientes e de seus familiares, em seus domicílios.

Assim, segundo Coulon (1995, p. 29): A etnometodologia é a pesquisa empírica dos métodos que os indivíduos utilizam para dar sentido e ao mesmo tempo realizar as suas ações de todos os dias: comunicar-se, tomar decisões, raciocinar.

A etnometodologia analisa as crenças e os comportamentos de senso comum, como os constituintes necessários de “*todo comportamento socialmente organizado*”. (Coulon, 1995, p. 30).

Na etnometodologia, os fatos sociais devem ser considerados como realizações práticas. O fato social não é um objeto estável, mas o produto da contínua atividade dos homens, os quais aplicam seus conhecimentos, seus processos, suas regras de comportamento, em suma, uma metodologia leiga.

Para Garfinkel (1967, p. 8-12), a etnometodologia está pautada em cinco conceitos: prática, realização, indicialidade, reflexividade e *aconuntability* (describibilidade).

Os autores sociais do estudo foram clientes egressos da internação hospitalar do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB) que tiveram duas ou mais internações em um período menor ou igual a 12 meses. Estão, neste trabalho, representados por A, B, C e D, e os seus familiares representados por irmão, irmã, mãe, pai, filha e filho de A, B, C e D, em princípio, como portadores de dois tipos de relações familiares: as percebidas de forma clara e distinta como a família de origem, por seus laços consanguíneos, e a família construída como um limite mais ou menos aberto e difuso, compreendendo-a como um conjunto de pessoas com vínculo afetivo não obrigatoriamente consanguíneo, sem por isso ser menos forte (Elsen, 1994, p. 63).

O cenário para a coleta de dados foi a residência de cada sujeito, entendendo residência como o lugar em que o cliente, supostamente, sente-se mais à vontade, onde o ambiente revele um pouco de sua história de vida, pressupondo-se um ambiente familiar.

Para viabilizar o estudo, utilizamos como estratégia de coleta de dados a entrevista aberta e a observação participante, que foi chamada de diário do cotidiano (D.C).

A observação participante assistemática foi essencial para entender o contexto, à medida que o observador divide com o indivíduo o mesmo cenário no qual ele tem suas experiências diárias. O observador tenta se colocar no lugar do sujeito e entender o significado que o grupo atribui à realidade que os cerca e às suas próprias ações. Pode acontecer de o observador iniciar o trabalho como um mero espectador e chegar, gradualmente, à participação (Ludke e André, 1986, p. 26 - 28). No registro das observações, aproximamo-nos do modelo de diário de campo à luz do referencial teórico, no qual variáveis como relação com o bairro, lazer, os finais de semana e as relações pessoais foram consideradas. Foi importante construir detalhes que, ao final, auxiliaram-nos na análise do objeto estudado. Os registros das informações foram descritivos sobre os comportamentos, as falas e as citações dos participantes e o contexto ambiental, onde as interações familiares aconteceram. Dessa forma, pudemo-nos aproximar mais do universo dos sujeitos, entender alguns contextos impossíveis de captar por meio de outro tipo de instrumento e

obter informações em situações específicas que habitualmente seriam omitidas.

O tipo de entrevista escolhida foi aberta. Para fortalecer esta opção, Minayo (1999, p. 108) diz que, nessa entrevista, o sujeito tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo entrevistador. A autora destaca, ainda, que o entrevistado exterioriza suas atitudes, seus valores e suas opiniões.

Durante as visitas domiciliares, as entrevistas foram gravadas em fitas magnéticas cassete e partir destas, obtivemos informações das estratégias, dos manejos e da forma de auto organização dos doentes e de seus familiares para estruturarem o seu cotidiano fora da instituição hospitalar. As informações foram obtidas por meio das transcrições das entrevistas associadas as anotações feitas nos diários do cotidiano. Após, as entrevistas livres foram classificadas e categorizadas. Dessa forma, pudemos relacionar os temas descritos e analisados aos fatores que determinaram suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem (Minayo, 1999, p. 203).

Fizemos recortes temáticos de conteúdo, visando identificar os temas encontrados em nosso trabalho de campo, identificando, dessa forma, algumas recorrências. Posteriormente, agrupamos e reagrupamos alguns recortes temáticos similares.

Na análise, tentamos encontrar respostas para as nossas questões ao empreendermos o estudo. Para realizar a análise, foi necessário precisar o contexto do qual fazia parte a mensagem.

Procuramos estabelecer articulações entre os dados e o referencial teórico da investigação, com base em nossos objetivos, promovendo relação entre a teoria e a prática (Minayo, 1999, p. 78-79).

Resultados e discussão

O retrato das famílias: captando movimentos cotidianos de viver

A família afetiva caracteriza-se por extrapolar os laços biológicos e legais, em uma coexistência de diversos conteúdos que remetem à sociabilidade, entendida como potência social que tenta se exprimir, residindo em um misto de sentimentos, proporcionando experiências coletivas significativas. Essa concepção de família afetiva construiu-se a partir do cotidiano vivido de algumas famílias.

Esse tipo de relação por laços afetivos, não é apenas funcional, pois tem um significado. O próprio sentimento que une essas pessoas é fruto de uma relação de ajuda verdadeira, nascida da experiência comum de necessidades minimamente

supridas. Não é propriamente sentimental, entretanto dura como a vida que a família leva.

Então, esse laço afetivo, nessa relação, é o sustentáculo da união familiar. As pessoas ficam unidas pelos sentimentos estabelecidos pela convivência. Sobre a importância disso, os sujeitos relatam:

Às vezes, a gente tem apego pelas pessoas. A D. não é minha filha. Ela é filha de outra mãe. Mas, pra mim é como se fosse minha. Tudo que eu faço pra uma, eu faço pra outra e sei que ela me olha como a mãe que ela não teve também (mãe de D.)

O laço afetivo diz respeito aos sentimentos que unem pessoas diferentes estabelecendo um cenário de harmonia. O propósito dessa relação é desenvolver elos que criam o terreno fértil para cada membro da família amadurecer de forma independente. Os depoimentos levam a considerar a capacidade apresentada pelas pessoas, apesar de não estarem ligadas por laços consangüíneos, de fazerem bem umas para com as outras, agindo como arquitetos eficazes das relações familiares.

O que marca essa relação é o fato de as pessoas estarem unidas por opção. Permanecem juntas por serem felizes dessa forma, já que desenvolvem relações de afinidade e a convivência passa a ser mais prazerosa. O relato da filha sobre o sentimento da sua mãe por outra pessoa destaca:

Ela é minha mãe de verdade. Mas, se relaciona melhor com D. do que comigo. Isso nada tem a ver com parentesco. A D. parece mais com ela do que eu (irmã de D.)

É muito importante, nesse tipo de relação, a capacidade de aceitar as diferenças que geralmente separam as pessoas. Os membros aceitam-se mutuamente com pouca idealização, fornecendo um ambiente amoroso, sustentador e desafiador para o desenvolvimento total de cada um deles. Assim, quando qualquer membro da família tem problemas, toda ela se interessa em ajudar aquele indivíduo. Os problemas são discutidos e resolvidos em conjunto (Humphreys, 1996, p. 111). Esse comportamento também foi manifestado pelos familiares

Família não é a que a gente sonha, não é mesmo? Todo dia tem um dia bom e um ruim. Mas isso não quer dizer que eu não goste dela. Eu sinto falta dela e me preocupo com ela. Tanto é que hoje eu não vim trabalhar para conversar com você e saber no que eu posso ajudar. Isso não é dar importância? (irmã de D.)

Esse depoimento encontra respaldo na substituíbilidade de Certeau (2000, p. 122), que diz uma coisa ser sempre substituível por outra, por possuírem afinidade.

É importante percebermos que, as manifestações de carinho, de amor e de solidariedade não são explícitas. Elas estão, todavia, contidas nas atividades cotidianas das pessoas, quando elas se comprometem umas com as outras, quando buscam o filho de uma na escola para a outra poder trabalhar com maior tranquilidade, quando uma faz a comida preferida da outra, quando se preocupam com o horário do remédio do paciente, entre demais atividades. Nas relações do dia-a-dia com o paciente psiquiátrico, o carinho está contido em pequenas ações, em uma linguagem silenciosa.

A enfermeira precisa estar atenta a esse tipo de linguagem, para perceber "pequenas grandes" demonstrações de carinho. Essa afetividade foi demonstrada nos depoimentos, além de percebidas nas atividades cotidianas dos sujeitos. Existe um compromisso entre os membros, que passam a contar uns com os outros:

Considero a D. como uma irmã. Não tenho problemas com ela. Sem contar que conheço melhor a D. do que a minha irmã. Conto mais com ela do que com a minha irmã (irmã de D.)

Certeau (1998, p. 21) afirma que os relacionamentos mais significativos na vida das pessoas são aqueles que mantemos na convivência cotidiana. Quanto mais significativo for esse relacionamento, mais importante ele será para preservar a saúde familiar.

A enfermeira deve aproveitar essa relação afetiva para ajudar o grupo familiar. Quando o sujeito co-habita em um ambiente no qual ele se sente amado, ele fica mais acessível a qualquer intervenção. O indivíduo passa a ter uma escuta mais qualificada. Os membros se unem em prol do bem estar de todos. A enfermeira tem, então, a possibilidade de discutir o cuidado com todos os membros da família, dividindo as responsabilidades.

O retrato das famílias de laços biológicos

O convívio familiar determinado por laços biológicos refere-se à saúde ou à ausência de doença dos integrantes dessa unidade. Diante de uma enfermidade ou de hábitos de vida que alterem ou ameacem a manutenção da saúde, as relações ficam ameaçadas.

No amor condicional, o valor da pessoa é atribuído de acordo com seu comportamento. Contra essa posição, Humphreys (1996, p. 92) diz que os membros da família não podem ser avaliados pelo seu comportamento. Nesse tipo de relação familiar, é de importância vital separar a pessoa do seu comportamento. O recorte abaixo explica a intolerância característica desse tipo familiar:

Família é isso, casa pequena. Quando um resolver aporrinhar o saco da gente, todo mundo fica nervoso (irmã de A)

As desavenças, as brigas e os conflitos foram evidenciados nos dados como uma rotina na vida dos membros da família com pouca habilidade para lidar com o membro doente. A relação familiar mostra-se fragilizada pelas desavenças diárias, pelas mágoas e raivas contidas, como foi manifestada pelo depoente:

Eu joguei pedra na cruz para ter recebido aquilo como mãe. (irmão de B)

Percebe-se, assim, que as relações perderam o calor. Não existe mais um vínculo afetivo. O que mantém as pessoas juntas é a necessidade de dividir a mesma casa, além de uma dificuldade em romper a relação.

Viver junto parece tarefa fácil quando há vínculos afetivos, o prazer de estar junto. Caso contrário, a vida pode ser insustentável. Essas famílias padecem de uma desorganização familiar acentuada. Segundo esse raciocínio, a família é responsável pelo que aparece como o fracasso moral dos seus membros. O discurso das pessoas reflete a insatisfação com determinado membro da família, levando-os a momentos de tristeza e de lamentação:

Eu tenho um irmão. Mas, não nos damos bem. Então, é melhor viver longe. Por conta disso, não vejo ninguém. Mas, eu tenho sobrinhas e primos. (pai de C)

Da mesma forma que a doença traz desestabilidade à família, pode também precipitar o aparecimento da crise, agindo de forma negativa para a saúde dos seus membros:

Olha... isso aqui é um inferno! As duas são malucas e não sei como eu ainda não fiquei. Quando elas resolvem cantar, como agora, eu não consigo dormir. E isso é todo dia! E é por isso que eu não consigo conviver com elas. Elas me deixam muito nervoso. Se eu não der um jeito na minha vida, também vou enlouquecer. (irmão de B)

Nesses grupos familiares, observa-se o peso do fator hereditário (mais de um membro da família com doença mental diagnosticada) e problemas preexistentes (dependência química), os quais contribuem para romper com o bem estar do grupo familiar. Esses fatores foram destacados pelos depoentes como de difícil resolução por parte dos familiares:

Só quem tem uma pessoa doente na família é que sabe o que é problema! Imagina eu, que tenho uma mãe, um irmão, uma irmã e um irmão desaparecido! Só falta eu ficar doente. (irmã de A)

A verdade é que todo mundo aqui em casa é maluco. (irmão de B)

Os fatores sociais e familiares são considerados de muito valor para a enfermeira, porque, por meio deles, ela é capaz de entender as situações de crise vivenciadas pelo sujeito e de traçar uma estratégia de intervenção que leve em consideração a realidade do sujeito e da família. Porém não podemos esquecer de investigar se existe um problema de natureza clínica. A estratégia de intervenção da enfermeira deve considerar os fatores sociais, culturais e biológicos que envolvem o sujeito e sua família.

Durante as visitas, pudemos constatar que em todas as casas de relacionamento familiar de laços consanguíneos existiam outros membros doentes, como relatam os entrevistados:

Eu também tenho doença psiquiátrica... Só não me trato. Não tá vendo que eu não preciso? (mãe de B).

da última vez eu esqueci de te dizer que o meu irmão S. também tinha problemas de cabeça igual ao de A e do meu pai. (irmã de A)

Essa não será uma tarefa fácil para a enfermeira psiquiátrica que, durante muitos anos, vem desenvolvendo suas atividades dentro da instituição psiquiátrica. Sair dela poder causar-lhe uma sensação de despreparo e de solidão, fazendo que ela, em um primeiro momento, fique imobilizada para intervir. Os problemas são de várias esferas, não somente da esfera do corpo, que pode ser banhado e tocado. Ela encontra a doença da alma e, nessa, só pode tocar com a autorização do outro, objeto do seu cuidado. Prevenir a internação psiquiátrica, nesse caso, significa reflexão, mudança de hábitos, de comportamento e de estilo de vida.

As famílias relatam comportamentos e hábitos que contribuíram para a manifestação da doença individual e, conseqüentemente, da desarmonia familiar. Nesse caso, fica caracterizado o sofrimento de todos os membros do grupo:

Ele estava metido com drogas. Um belo dia ele acordou, saiu de casa e nunca mais voltou. Nós já fomos para a polícia, IML, hospital, pra todo lugar e nada. Até hoje ele não apareceu, eu acho que ele está morto, senão já tinha aparecido. (irmã de A)

Para prevenir essa doença, é necessário estar em contato direto com o sujeito no lugar onde ele vive e desenvolve suas atividades cotidianas. Além da história da doença na família, as relações sociais que o sujeito estabelece, sua cultura, o meio onde ele vive e trabalha, suas atividades de lazer e sua situação socioeconômica devem ser consideradas, para que se possa traçar um plano de cuidados.

A enfermeira deve ouvir a história do sujeito e observar como essa se reflete no movimento familiar. A partir de então, torna-se possível refletir, discutir e negociar com o sujeito e com a família as possíveis estratégias de intervenção. A enfermeira deve reconhecer que a família, por todas as suas características de proximidade e de convivência, tem maiores condições de reconhecer os processos de saúde e de doença de seus membros.

O retrato das famílias de laços sociopolíticos

O terceiro laço de união de família é o laço sóciopolítico, o qual tem a ver com o ambiente, a comunicação e a dinâmica das famílias nas relações cotidianas. Quando se vive em grupo, deve-se considerar as características individuais de cada membro e como essas características refletem no grupo.

Atualmente, há uma mudança nos papéis típicos dessas famílias, nas quais um membro do grupo assume papéis de outros membros do grupo. Diante da doença psiquiátrica, que deixa a pessoa temporariamente desabilitada para tomar algumas decisões, outro membro do grupo acaba por assumir esse papel. Essa responsabilidade por vários papéis ou atividades que um membro desenvolve pelo outro pode colocar a harmonia do grupo em risco a partir do momento em que essas necessidades não são atendidas. Para Humphreys (1996, p. 214), as famílias estão em risco quando tais funções necessárias não são adequadamente satisfeitas ou quando um membro se sente sobrecarregado. Essa sensação de cansaço e de sobrecarga de atividade por parte de um membro do grupo foi observada durante as visitas domiciliares:

Vou acabar ficando maluca. Porque, eu tenho que resolver tudo sozinha, não tem ninguém nessa casa para me ajudar. (irmã de A)

Cada membro da família assume responsabilidades para garantir que a segurança, a ordem e a harmonia sejam estabelecidas ou mantidas no grupo familiar. O fracasso em relação ao cumprimento delas, por qualquer membro da família, acaba por gerar conflitos entre eles, provocando um certo distanciamento.

A fica totalmente isolada dos outros membros da família. (irmã de A)

A permanência do sujeito egresso da internação psiquiátrica em casa está diretamente relacionada ao tipo de acolhimento proporcionado pela família. O que se questiona agora é se esse ambiente familiar pode ajudar o sujeito. Se o ambiente é acolhedor, se

ele possibilita às pessoas expressarem seus sentimentos, dando-lhes oportunidade para vivenciarem outras experiências, ele terá um efeito positivo. Caso contrário, o ambiente reforça o comportamento doente. O que podemos perceber, durante o tempo em que passamos com os sujeitos em suas residências, é que esse ambiente pode fortalecer uma atitude adoecida em vez de estimular a recuperação da pessoa:

A psicóloga senta-se ao meu lado e diz: 'não tem jeito de ninguém ficar sem surtar num ambiente desse. (B)

Estando em casa, supõe-se que o paciente divida o quarto com poucas pessoas, tenha horários para refeição, tenha roupa de cama limpa e passada, tenha acesso ao telefone e à televisão, coma diariamente, entre outros aspectos que caracterizam a casa como um suposto lugar de cuidado. A enfermeira, contudo, quando sai do hospital, começa a perceber que esse mundo não é uma realidade. Na casa daquele sujeito, acompanhado por ela na internação, não há cama, não há água, não há televisão, não há dinheiro, não há afeto. O habitat mostra, sem disfarce, o nível de renda e as ambições sociais de seus ocupantes. Tudo nele fala, sempre e muito. E, portanto, o cotidiano indicador fiel e tagarela com o qual sonham todos os inquisidores (Certeau, 1998, p. 204). Não se trata de indicar a condição socioeconômica como fator determinante para o sujeito adoecer, mas observar como as condições adversas do ambiente podem influenciar no adoecimento.

Assim, se estabelece um paradoxo. O ambiente da instituição psiquiátrica torna-se mais acolhedor do que a casa do paciente. O sentimento do sujeito em relação ao ambiente expressa tal situação:

Ficar em casa é ruim. Prefiro o hospital. (A)

Os familiares também preferem que o membro doente permaneça internado:

Ela passa mais tempo internada do que em casa... Eu achava melhor, se não tivesse jeito. Se lá no Público [hospital] não tivesse uma vaga, um outro hospital pra colocar ela definitivamente. Porque em casa, não dá pra ficar. Quem vai tomar conta dela? (irmão de A)

A relação familiar também é marcada por desentendimentos diários. Existe uma falta de compatibilidade de opiniões, que fica registrada pelas inúmeras ofensas. Desentender-se, hoje, não é mais considerado um pecado, aceita-se por fazer parte do contexto de um ambiente dinâmico. Dessa forma, tornou-se um componente de qualquer relação:

D acha que eu brigo com ela porque não gosto dela, eu gosto dela. Brigar é normal, todo mundo briga (irmã de D)

O espaço público também é interditado ao sujeito egresso da internação. Os familiares nutrem sentimentos de medo e de vergonha do doente. Eles optam, então, pelo confinamento de "proteção", não dando qualquer condição para possibilitar a vida cotidiana no espaço urbano, que molda de maneira decisiva a noção do social. O bairro aparece, assim, como o lugar onde se manifesta um engajamento social. Em outros termos, trata-se de uma arte de conviver com parceiros (vizinhos, comerciantes) que estão ligados ao sujeito pelo fato concreto, essencial pela proximidade e pela repetição (Certeau, 1998, p. 39).

Nas famílias pesquisadas, os sujeitos que apresentam um problema de saúde mental acabam ficando excluídos do meio social, impossibilitados de contribuir para a vida coletiva. Há, ainda, os sujeitos que não querem se tornar parceiros desse contrato social, desrespeitando as regras mínimas de conduta, impedindo a vida cotidiana no espaço coletivo. Segundo o relato:

Ela interna, porque arruma confusão com os vizinhos. Sempre ela arruma uma confusão. Inclusive já fizeram um abaixo assinado para tirar a gente do prédio (pai de C)

Pelo seu caráter habitual, o bairro pode ser considerado a privatização progressiva do espaço público. Trata-se de um dispositivo prático, que tem por função garantir uma solução contínua entre aquilo que é mais íntimo (o espaço privado da residência) e o que é mais desconhecido (o conjunto da cidade ou, mesmo por extensão, o resto do mundo). Existe uma relação entre a apreensão da residência (o interno) e a apreensão do espaço urbano ao qual se liga (o externo). O bairro constitui-se o mediador de uma dialética existencial entre o interno e o externo. (Certeau, 1998, p. 42).

Outro aspecto considerado importante pelos membros da família capaz de tirar a harmonia do grupo, é a questão financeira. Esta está diretamente relacionada à capacidade de consumir, de obter conforto e bem estar:

Ele [irmão de M.] é um imprestável. Dinheiro que é bom, não bota dentro de casa. Não contribui com nada. Só fica nas minhas costas. Agora dinheiro pra cair no mundo tem. (mãe de B)

Essas discordâncias, na maioria das vezes, sugerem dificuldades de certos membros da família de lidarem com o que apresenta a doença. Os pacientes manifestam o desejo de voltarem para a internação psiquiátrica.

A intervenção no domicílio não é para propiciar uma outra família, mas para tentar encontrar meios que tornem a vida atraente, favorecendo as relações

familiares. A enfermeira, ao entrar no mundo do sujeito, deve considerar todas as estratégias usadas pelo grupo para resolver seus problemas internos. Ela deve discutir com a família essas estratégias e, juntamente com ela escolher qual delas é a melhor. A enfermeira nunca deve apresentar uma coleção de métodos para resolver os problemas dos outros.

Conclusão

Este estudo não pretende elaborar verdades generalizadas a respeito de cuidar do paciente em casa, bem como de sua família, mas, antes, construir questionamentos instigantes sobre o que nos tem sido apresentado como verdade e estimular-nos a pensar outras possibilidades a partir dos caminhos aqui percorridos. É útil pensar esta investigação como um instrumento auxiliar para revermos alguns conceitos estabelecidos.

Nesse contexto, a visita domiciliar re-aparece como um cuidado a mais para a enfermeira psiquiátrica, em que acolher e conhecer serão os pressupostos de um bom começo.

O cuidado da enfermeira no domicílio possibilitou trabalhar com o baú de lembranças guardadas por cada um dos pacientes e seus familiares, pequenas verdades e tecidas mentiras, mantidas com algum sucesso. Muitas histórias mal esquecidas, feridas sem cicatrizar, arranhaduras, mortes em vida, experiências e vivências que ainda fazem doer. A internação psiquiátrica não pode dar jeito nessa situação sem saber que existem tais problemas. Os neuroléticos e os antidepressivos de última geração calam as lembranças, abandonando os sujeitos em suas emoções mudas.

É uma possibilidade ímpar de acolhimento e de troca. A casa e a família fornecem pistas e dados para que haja algum nexo entre a doença e o social. A visita da enfermeira é um bom parâmetro para a profissional poder prestar um cuidado humano, criativo, sensível e longe da internação hospitalar.

Os retratos das famílias, captando movimentos cotidianos, mostraram a importância de ter a família como um cliente específico do cuidado da enfermeira e não como um coadjuvante ao tratamento. A família, dessa forma, tem que ser tratada como um cliente que necessita de cuidado, porque apresenta problemas específicos. Nos três tipos de laços familiares, o biológico, o afetivo e o social, o que traz união é a constatação de que, diante da doença mental, todos entram em colapso. A doença causa conflitos, subtrai a ordem do meio social e faz a convivência tornar-se difícil. Mesmo assim, a casa é o lugar possível de troca, onde a enfermeira consegue negociar com a família e com o

doente mudanças possíveis e reais. A família tem condições para ajudar a pessoa doente, mesmo que, sob nossa avaliação, seja “desorganizada” ou “desestruturada”. O que ela apresenta, na verdade, é uma “organização possível”, a qual pode melhorar com a ajuda da enfermeira.

No universo familiar, não há uma conduta pré-estabelecida e tudo pode ser negociado. Constatamos essa afirmação pelos acordos que conseguimos tratar com os familiares dos pacientes. O estudo evidencia a importância da família como um lugar de permanência dos afetos possíveis, onde se pode investir para uma continuidade de vida na complexidade do mundo atual, conforme já apontado por Oliveira e Loyola (2001, p. 10).

Referências

- CERTEAU, M. *A invenção do cotidiano 1 – Artes de Fazer*. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.
- CERTEAU, M. *A invenção do cotidiano 2 – Morar e cozinhar*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.
- COOPER, D. *A morte da família*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- COULON, A. *Etnometodologia*. Petrópolis: Vozes, 1995.
- ELSEN, I. et al. Desafios na enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, L. I. R. et al. *Marcos para a prática de enfermagem com famílias*. Florianópolis: Edufsc, 1994, p 61-77.
- FERREIRA, A. B. de H. *Novo Aurélio – O dicionário da Língua Portuguesa séc. XXI*. 3. ed. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1999.
- GARFINKEL, H. *Studies in Ethnomethodology*. New Jersey: Englewood Cliffs-Prentice Hall, 1967.
- HANSON, S. M. H.; BOYD, S. T. *Family health care nursing - theory, practice, and research*. Filadélfia: F. A. Davis Company, 1996.
- HUMPHREYS, T. *A família: ame-a e deixe-a*. São Paulo: Ed. Ground, 1996.
- LÚDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.
- MINAYO, M. C. de S. *O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
- OLIVEIRA, R. M. P.; LOYOLA, C. M. *Devagar que temos pressa: a enfermagem e o campo da saúde mental*. In: CAVALCANTE, M. T.; VENÂNCIO, A. T. A. *Saúde Mental: campos, saberes e discursos*. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001.
- OSÓRIO, L. C. *Família hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- PRADO, D. *O que é família*. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- SARACENO, B. *Libertando identidades*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1999.

Received on June 26, 2003.

Accepted on November 10, 2003.