



ARTIGO DE PESQUISA

A ENFERMAGEM E O RELACIONAMENTO COM OS CUIDADORES DOS PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA

NURSING AND RELATIONSHIPS WITH CAREGIVERS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

ENFERMERÍA Y LAS RELACIONES CON LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

Cinthia Feliciano D' Assunção¹, Ana Laura Dias dos Santos¹, Fabiane Azevedo Lino¹, Edilene Aparecida Araujo Silveira²

RESUMO

Objetivo: identificar as representações sociais que os profissionais de enfermagem possuem a respeito do relacionamento com os cuidadores dos portadores de esquizofrenia. **Métodos:** De natureza descritiva, qualitativa, aborda as representações sociais segundo Mary Jane Spink. Os dados foram coletados no período de fevereiro a junho de 2014, com população de amostra composta por 18 profissionais de enfermagem atuantes no SERSAM, em Divinópolis-MG. Todos os profissionais aceitaram participar da pesquisa e corresponderam aos critérios de inclusão. Foi utilizado questionário semiestruturado e as respostas foram gravadas por aparelho eletrônico. **Resultados:** Os sentimentos de respeito, empatia, amizade e paciência surgem como importantes e positivos durante o contato com o cuidador. A comunicação que ocorre no tempo curto junto com o relacionamento construído no tempo vivido tem consequências na continuidade do tratamento. Há destaque quanto ao aparecimento da família no tratamento após a Reforma Psiquiátrica. **Conclusão:** A partir do que se observou neste estudo, a equipe de saúde pode auxiliar a família e cuidadores a compreender o transtorno e enfrentar as demandas, contribuindo, assim, para o empoderamento. **Descritores:** Esquizofrenia; Enfermagem; Cuidador.

ABSTRACT

Objective: identify the social representations that nursing professionals have about the relationship with caregivers of patients with schizophrenia. **Methods:** The study is descriptive, qualitative and addresses to the social representations according to Mary Jane Spink. Data were collected between february to June 2014, with sample population composed of 18 nursing professionals active on SERSAM in Divinópolis-MG. All professionals agreed to participate and met the inclusion criteria. It used semi-structured questionnaire and the answers were recorded by electronic device. **Results:** The feelings of respect, empathy, friendship and patience emerge as important and positive during contact with the caregiver. The communication that takes place in short time with the relationship built in the time lived has consequences in the continuity of treatment. There is emphasis on the family's appearance on the treatment after the Psychiatric Reform. **Conclusion:** From what was observed in this study, the health team may help family and carers to understand the disorder and cope with the demands, thus contributing to empowerment. **Descriptors:** Schizophrenia; Nursing; Caregiver.

RESUMEN

Objetivo: identificar las representaciones sociales que los profesionales de enfermería acerca de la relación con los cuidadores de los pacientes con esquizofrenia. **Métodos:** Descriptivo y cualitativo, se ocupa de las representaciones sociales de acuerdo con Mary Jane Spink. Los datos fueron recogidos entre de febrero a junio de 2014, con la población de la muestra compuesta por 18 profesionales de enfermería que trabajan en SERSAM en Divinópolis-MG. Todos los profesionales de acuerdo en participar y se reunieron los criterios de inclusión. Se utilizó un cuestionario semiestructurado y las respuestas se registraron por el dispositivo electrónico. **Resultados:** Los sentimientos de respeto, la empatía, la amistad y la paciencia surgen como importante y positivo durante el contacto con el cuidador. La comunicación que se lleva a cabo en el corto tiempo con la relación que se construye en el tiempo vivido tiene consecuencias en la continuidad del tratamiento. Hay un énfasis en la aparición de la familia en el tratamiento después de la Reforma Psiquiátrica. **Conclusión:** Por lo que se observó en este

estudio, el equipo de salud puede ayudar a la familia y cuidadores a entender el trastorno y hacer frente a las demandas, lo que contribuye a la potenciación. **Descriptor:** Esquizofrenia; Enfermería; Cuidador.

¹ Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Federal de São João del Rei. ² Graduada em Enfermagem. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Docente na Universidade Federal de São João del Rei.

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia atinge cerca de 1% da população mundial e habitualmente inicia-se entre o final da adolescência e meados dos 30 anos. O início pode ser gradual ou agudo, embora a maioria das pessoas tenha um desenvolvimento lento e manifeste vários sinais e sintomas, pode ser ou não precedido de um evento estressante, como perdas familiares. O suicídio atinge cerca de 5 a 6% dos indivíduos acometidos. Os sintomas do transtorno persistem perto do ciclo da vida e atingem pessoas de todas as culturas e classes socioeconômicas⁽¹⁾.

Os sinais e sintomas indicativos de esquizofrenia devem ter a duração mínima de seis meses, com vivência de pelo menos um mês de sintomas da fase ativa e incluir dois ou mais destes: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico, presença de sintomas negativos. Ocorrem várias disfunções emocionais e cognitivas caracterizadas por alterações nas percepções de linguagem, controle comportamental, produtividade de discursos, atenção e comunicação. Estes sinais e sintomas estão

associados a um prejuízo funcional nas relações interpessoais e no autocuidado do paciente⁽¹⁾.

Os sinais e sintomas vivenciados alteram a vida do paciente e se refletem na convivência com o portador de esquizofrenia, em sua vida familiar, afetiva, social, econômica. Há destruição de sonhos e da rede social. Ocorre disfunção em uma ou mais áreas de funcionamento, como relações interpessoais, trabalho e educação ou higiene⁽²⁾.

A trajetória do portador de esquizofrenia é marcada pelo sofrimento diante das mudanças significativas causadas pela doença na vida. As mudanças e a vivência de sintomas causam impacto na qualidade de vida. A equipe de saúde tem papel ativo na tomada de decisões que irão contribuir com a melhora da qualidade de vida de pacientes e familiares⁽²⁾.

A família se revela importante ferramenta durante o difícil enfrentamento do transtorno, reabilitação e reinserção social do cliente, mas ela também passa pelo sofrimento imposto pelo convívio com a esquizofrenia. As alterações comportamentais modificam a rotina da família, causando sobrecarga

emocional. A vivência com sinais e sintomas da esquizofrenia e seu tratamento mobiliza sentimentos, como desesperança, pesar e preconceito, que nem sempre são compreendidos por quem vivencia. Essa convivência pode ser angustiante e permeada pela incerteza quanto ao futuro⁽²⁻⁴⁾.

Há afastamento das pessoas da rede social e isolamento do paciente e cuidador provocados pelo transtorno e por atitudes de estigma. A família e a sociedade não conseguem compreender os comportamentos do paciente, principalmente quando estes são expressos de forma bizarra. A dificuldade dos familiares em entender e aceitar as mudanças na rotina ocasionadas pela esquizofrenia, falta de habilidade em lidar com a situação, bem como o processo de adoecimento e tratamento da pessoa acometida, pode fazer com que o ambiente familiar se torne caótico e desorganizado^(2,4).

No entanto, há outras famílias que demonstram estruturação das relações familiares e união. O relacionamento afetivo e emocional favorece a compreensão, aceitação e solução das demandas que surgem por causa da esquizofrenia⁽⁴⁾.

A equipe de saúde pode auxiliar a família e cuidadores a compreender melhor o transtorno e enfrentar as

demandas de forma a contribuir no seu empoderamento. As dificuldades que permeiam o cotidiano do cuidador podem ser amenizadas com a presença constante dos profissionais de saúde. A assistência direcionada aos familiares e cuidadores deve ser ajustada com as experiências e as necessidades das famílias. Esse cuidado se justifica ao considerar a família como coparticipante do cuidar. Neste sentido, elas devem ser auxiliadas no cuidar e na promoção da saúde de seus membros⁽³⁾.

A compreensão das necessidades experienciadas pela família permite planejar uma assistência que tenha como foco o cuidado ao doente e aos familiares. Assim, os familiares e cuidadores não se sentirão sozinhos no enfrentamento dos problemas, o que beneficia a saúde^(3,5).

Os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) possuem equipes de saúde que permitem aos usuários permanecerem junto às suas famílias e à sociedade como finalidade de promover a retomada da autonomia e a reinserção social. Nesses serviços, a equipe multiprofissional oferece novas formas de cuidar, como atendimentos em grupos e individuais, oficinas, atividades físicas e lúdicas. Os profissionais auxiliam no processo de tratamento biopsicossocial e na reinserção social, promovem a

aproximação do paciente e sua família do serviço e da comunidade, contribuem para o sucesso e adesão ao tratamento⁽⁶⁾.

Dentro dessas equipes, o enfermeiro tem como competência o auxílio às demandas apresentadas pela família e o cuidado à pessoa com transtorno mental. Ele deve avaliara sobrecarga que o familiar possa estar sendo submetido e estabelecer estratégias conjuntas com ele para minimizá-las ou até mesmo eliminá-las. Ele pode promover o empoderamento da família nos momentos de crise e incentivar a convivência familiar harmônica⁽⁷⁻⁸⁾.

Compete ao enfermeiro fornecer informações sobre a esquizofrenia e seu tratamento, como também estimular a perseverança e adesão ao tratamento. A enfermagem deve apoiar os familiares por meio da escuta, auxílio nos momentos de crise e incentivo à família durante o processo de reabilitação. As orientações do enfermeiro ajudam pacientes e familiares a identificar e manejar as demandas relacionadas à esquizofrenia⁽⁶⁻⁸⁾.

Portanto, a enfermagem pode reduzir o impacto da doença através do contato constante com familiares e pacientes. Esses profissionais atuam na efetividade da assistência e usam como uma de suas ferramentas a

relação de ajuda. Esta técnica torna possível a observação de aspectos biopsicossociais do paciente e sua família, além de permitir que as intervenções realizadas auxiliem na reinserção social e na convivência de pacientes e familiares com a sociedade^(4,9).

Diante disso, torna-se importante conhecer como se dá o relacionamento da equipe de enfermagem com os familiares segundo a percepção dos componentes da equipe. Essa identificação é de fundamental importância para que sejam estabelecidas estratégias para ajudá-los na melhoria da assistência de enfermagem na rotina do Serviço de Referência de Saúde Mental.

O presente estudo tem como objetivo geral identificar as representações sociais que os profissionais de enfermagem possuem a respeito do relacionamento com os cuidadores de portadores de esquizofrenia.

MÉTODOS

Coleta de dados

O presente estudo é de natureza descritiva, qualitativa, com abordagem das representações sociais segundo Mary Jane Spink como referencial teórico e metodológico.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro e junho de

2014, após aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de São João del Rei. Inicialmente, ocorreu a identificação do número de pessoas que compunham a equipe de enfermagem do Serviço de Referência em Saúde Mental (SERSAM) e do turno em que eles trabalhavam.

Os profissionais de enfermagem foram convidados a participar da pesquisa. Eles eram direcionados a uma sala privativa, onde recebiam as explicações referentes aos objetivos do estudo e eram novamente questionados quanto à anuência da participação. Diante da resposta afirmativa, era lido e assinado pelo participante e pesquisadores o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A seguir, o participante respondia à entrevista semiestruturada composta pelas perguntas norteadoras: 1) O que representa para você o relacionamento com o cuidador do paciente com esquizofrenia?; 2) Como se dá o seu relacionamento com o cuidador?; 3) Qual é a influência que o seu relacionamento com o cuidador tem sobre o comportamento do paciente?

Essas perguntas norteadoras foram cuidadosamente elaboradas com base nos pressupostos do referencial teórico que norteia o estudo. A entrevista foi gravada com gravador digital e posteriormente transcrita. A

transcrição é a escrita da gravação oral.

A entrevista deve ser editada após a transcrição com o objetivo de tornar o texto mais claro, agradável, aumentar o envolvimento do leitor e valorizar a narrativa como um elemento comunicativo⁽¹⁰⁾. Assim, foi realizada transcrição e, a seguir, as palavras em peso semântico e os erros gramaticais foram retirados ou melhorados.

O sujeito social tem uma história social e pessoal, situada em uma determinada situação social e cultural que o influencia. Assim, o sujeito utiliza experiências do seu contexto social e cultural de acordo com conhecimentos produzidos no tempo histórico e tempo vivido. Esses conhecimentos juntamente com os acontecimentos atuais são utilizados para posicionamento em uma rede de relações e pertença no tempo presente⁽¹¹⁾.

O tempo presente ou curto como sendo aquele que ocorre no nível pessoa a pessoa, no qual o contexto é marcado pela interação e sua retórica. As experiências sociais vividas pela pessoa durante sua vida pertencem ao tempo vivido. O tempo longo ou histórico corresponde aos conteúdos culturais acumulados da sociedade⁽¹¹⁾.

Quando realizamos a entrevista, o sujeito se posiciona diante do assunto, tendo com base os três tempos e a relação com os outros sujeitos. Ele representa sua experiência contextualizada, subjetiva e socialmente construída por meio da linguagem falada e/ou escrita. Este discurso pode estender-se do passado infinito ao futuro infinito, utilizando, inclusive, falas de pessoas que não estão presentes.

Participantes e amostragem

A equipe de enfermagem do serviço era composta por 18 pessoas, sendo duas enfermeiras e 16 auxiliares e técnicos de enfermagem. Todos aceitaram participar da pesquisa e atenderam aos critérios de inclusão. Assim, a amostra do estudo foi constituída por todos os profissionais da equipe de enfermagem do SERSAM - Divinópolis.

O estudo foi realizado nesta cidade por ser este um importante polo da região do centro-oeste mineiro e referência em saúde mental para municípios de seu entorno e serviços da própria cidade. A rede de serviços de saúde mental está em processo de organização e é importante que a percepção do profissional de enfermagem quanto ao relacionamento interpessoal com familiares e pacientes seja considerada.

Essa consideração poderá basear cursos de educação continuada com o intuito de promover melhorias na assistência de saúde mental.

É preciso lembrar que a assistência da equipe de saúde, o tratamento medicamentoso e o apoio familiar são importantes na redução das internações e na reinserção social. As estratégias reabilitadoras e de reinserção social aumentam as chances terapêuticas⁽⁶⁾. Dessa forma, justifica-se o estudo nesta cidade cuja gestão em saúde tem iniciado suas discussões no sentido de construir uma rede de saúde mental que seja consistente.

Como critérios de inclusão, foi considerado o vínculo de trabalho na equipe de enfermagem do SERSAM da cidade de Divinópolis (MG), ter idade igual ou maior que 18 anos, ter contato com familiares de pessoas que vivenciavam a esquizofrenia. Em contrapartida, os critérios de exclusão têm como base a recusa em participar da entrevista, ter vínculo empregatício no serviço menor de um mês e nunca ter tido contato com familiares/cuidadores de pessoas com esquizofrenia.

Cenário

O presente estudo desenvolveu-se no SERSAM, com profissionais de enfermagem que trabalhavam na modalidade CAPS. O SERSAM é uma

unidade de referência ambulatorial de saúde mental, que, em outubro de 1996, iniciou suas atividades como “Casa de Saúde Mental” e, em julho de 1997, houve a inauguração do SERSAM, bem como representou o esforço local na descentralização, desospitalização e compromisso do município com a reforma psiquiátrica brasileira da cidade de Divinópolis. O objetivo era funcionar como serviço substitutivo às internações psiquiátricas, promovendo assistência especializada aos portadores de sofrimento mental, voltada para inclusão social, e reduzir o número de internações em hospital psiquiátrico. Suas prioridades de atendimento eram pacientes com transtornos psicóticos, transtornos neuróticos acentuados graves e egressos de hospitais psiquiátricos.

Atualmente, o SERSAM oferece três modalidades de assistência, sendo elas: urgência/emergência que prestam atendimento aos pacientes em crises, encaminhados pela rede de saúde ou espontânea; ambulatório, sendo este mediante as consultas agendadas e egressas de hospitais psiquiátricos ou serviços de saúde mental; e CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), conforme legislação Portaria GM nº 336-19/02 / 2002, tendo como prioridade de atendimento os portadores de

sofrimento mental severo e recorrente, substituindo a internação hospitalar.

O tratamento desenvolvido no SERSAM tem como finalidade a busca pela estabilização do quadro clínico, a reconstrução da vida pessoal, o suporte necessário aos familiares, o convívio e a reinserção social. O atendimento é constituído pela presença constante de equipe multiprofissional, oficinas e atividades de cultura e reinserção social.

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) do Campus Centro-Oeste Dona Lindu - UFSJ, no dia 21 de janeiro de 2014, número 512.715.

Atendendo à Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, foram cumpridos os princípios éticos de não maleficência, beneficência, justiça e autonomia dos participantes¹². Os dados coletados serão mantidos em sigilo e arquivados, juntamente com TCLE, em um período de cinco anos.

Análise de Dados

A interpretação dos dados segue os seguintes passos⁽¹¹⁾:

1. Transcrição da entrevista - Ouvir a gravação e transcrever. Em seguida, conferir o texto transcrito com a gravação a fim de conferir cada frase,

mudanças de entonação, silêncios e outros detalhes.

2. Leitura flutuante do material - A leitura do material transcrito será intercalada com a escuta.

3. Construção de mapas que transcrevem a entrevista, respeitando a ordem do discurso -respeitando a ordem da fala original, o conteúdo transcrito será alocado às colunas relativas às diferentes dimensões da representação: o conteúdo cognitivo, as práticas relatadas e o afeto emergente.

4. Retorno aos objetivos da pesquisa e definição clara do objeto da representação.

5. Transposição das associações para quadros.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As categorias foram distribuídas de acordo com os diferentes tempos descritos por SPINK, como o tempo histórico, o vivido e o tempo curto⁽¹¹⁾.

O tempo curto ou presente é o momento no qual as interações entre o profissional e o cuidador ocorrem. Segundo os participantes, esse momento é permeado por diversos sentimentos, como

empatia, agressividade e paciência. Eles foram considerados importantes para que o relacionamento com os cuidadores fosse positivo. Abaixo apresentamos alguns relatos que exemplificam essa questão.

“Às vezes a família conversa, tenta desabafar o problema. Em alguns casos, quando a gente não pode resolver, encaminha para o psicólogo ou encaminha para reunião de família que existe aqui.” (E13)

“Pois é...a gente tem que cuidar também, antes de tudo, temos que cuidar do familiar do paciente, porque eles estão sofrendo. A gente tem que ter muita paciência, muita calma, porque eles estão sofrendo e muitas vezes, chegam a ser tão agressivos quanto o paciente. Eu acho que é o momento da gente parar, refletir e se por no lugar deles. Porque não é fácil ter uma pessoa com sofrimento mental em casa, principalmente com esquizofrenia. Então, você tem que ter carinho de como tratá-lo também. Na realidade você tem que tratar o paciente e o familiar. E a gente tem que pensar nisso, de

como seria se tivesse uma pessoa com esquizofrenia na sua casa. Será que você estaria na paz, calmo? A gente tem que sentar conversar e tentar entender.” (E17)

Os sentimentos presentes no tempo curto são interpretados e contextualizados conforme experiências decorrentes do tempo vivido e de acordo com o tempo histórico. Diante dessa significação dos sentimentos expressos pelo familiar, os participantes reagem com paciência, amizade e, principalmente, empatia com a finalidade de compreender melhor o cuidador e fazer com que esse momento seja positivo para ambos. As estratégias como a empatia, o diálogo, a reunião de família e o encaminhamento para outros profissionais surgem como possibilidades de atender às necessidades expressas por meio de sentimentos.

O tempo presente é visto como momento para fornecer e obter informações, especialmente a respeito do tratamento, como podemos observar nos relatos abaixo.

“É importante porque a gente passa pra eles também mais

segurança de que... quando algum deles precisar, nós estamos aqui pra ajudá-los e também ... tem familiares que tem muitas dúvidas sobre como se portar com o paciente em casa. Então a gente tira as dúvidas e ajuda naquilo que pode.”(E9)

“Bom, a gente orienta né. A gente não sabe se eles seguem as orientações em casa. A gente orienta... que a equipe toda orienta pois é importante a participação da família no tratamento (...) que é importante (...) os remédios na hora certa (...) não deixar de tomar (...) fazer o acompanhamento no posto com psicólogo, acompanhamento ambulatorial no serviço. Isso tudo a gente orienta.”(E3)

As informações e a busca de compreensão acerca dos comportamentos exibidos pelo paciente que permeiam o tempo curto são consideradas como importantes pelo participante, embora esteja presente a desconfiança de que o familiar não as segue integralmente.

Entretanto, as informações fornecidas têm um propósito cujo fim é melhorar a convivência com o

paciente, ou seja, elas irão influenciar o tempo vivido, como percebemos no relato abaixo.

“Às vezes é muito importante o relacionamento com esse cuidador. Podemos passar às vezes, dicas sobre como lidar com ele e também explicar a doença. E nós vemos que isso influencia na maneira como o cuidador olha para o esquizofrênico.”(E18)

Portanto, a interação que ocorre no tempo curto influencia o tempo vivido.

Tempo Vivido

O tempo vivido abrange todas as relações sociais que a pessoa vivenciou durante sua vida, seja com pessoas com ou sem transtornos psiquiátricos⁽¹¹⁾. O relacionamento com o cuidador é construído ao longo do tempo. Essa trajetória é permeada por muitos acontecimentos e interações, de forma que o profissional passa a perceber que a comunicação que ocorreu no tempo curto e no tempo vivido tem consequências na continuidade do tratamento, conforme podemos evidenciar nos relatos abaixo.

“Representa pra mim o seguinte: a segurança no

tratamento. Porque a informação que o cuidador dá, ajuda no diagnóstico... muito importante. Tem paciente que às vezes não tem o apoio devido do cuidador, outros têm. É a questão assim... até medicação. Se o cuidador não tiver bom relacionamento, nem da medicação ele cuida.” (E1)

“É... eu acho que esse relacionamento é importante... a interação do profissional com o cuidador facilita o tratamento do paciente.”(E7)

“Porque é o seguinte: ... a gente orienta de acordo com o que a gente percebe que está precisando de orientação... mais cuidado... e se a pessoa escuta, tem uma experiência boa... positiva. Mas se não for, é negativa. A influência depende da assimilação do cuidador daquilo que a gente coloca... porque se não assimilar, não vai resolver nada. Então é importante isso. Na medida em que você vai orientando e a assimilação dele é boa, é positiva pros dois lados: tanto pra gente quanto pro paciente também.”(E1)

A principal influência no comportamento do paciente, advinda do relacionamento com o

cuidador, é o impacto exercido pelas informações transmitidas sob a forma de orientações. As orientações ou informações a serem fornecidas são escolhidas pelo profissional e terão impacto positivo ou negativo conforme a aceitação do familiar. Elas são valorizadas e indicadas como responsáveis pelo sucesso do tratamento. Desta forma, o familiar deve acatá-las integralmente.

A excessiva importância das informações reduz a percepção de outros aspectos que seriam importantes no relacionamento com o familiar. As informações estão prontas e são fornecidas do profissional para o familiar. As reflexões do familiar são consideradas. Esse fato tem raízes no tempo histórico e sua compreensão faz parte da busca de novos comportamentos a serem adotados no tempo vivido e curto.

Tempo Histórico

Os conteúdos culturais acumulados pela sociedade pertencem ao tempo histórico. Apesar de não termos elaborado nenhuma questão envolvendo o tempo histórico, esses conteúdos aparecem durante a entrevista. A

percepção de que a família não está preparada para cuidar remonta ao tempo asilar e se expressa nos relatos a seguir.

“É importante porque a gente tem... Nosso serviço tenta não deixar que ele fuja da sociedade. Só que muita das vezes, a família não está preparada para atendê-los... A demanda daquilo que é pedido pra eles. Aí o que acontece: a família pressionada, não consegue lidar com eles e não procura recursos. Então, um dos trabalhos que eu observo que tem que ser feito, não só aqui no Sersam mas pela rede pública, é trabalhar familiares desses cuidadores. Por que?! Eles, não sabem como lidar... como eles são rejeitados...na sociedade, a família fica perdida e não sabe como deixa-los na sociedade (...).”(E2)

“O único contato que eu tenho com o cuidador dele, que são os parentes em casa, é quando vem visita-lo no sábado ou domingo, que trazem roupas e à tarde quando eles os buscam para ir embora. Porque às vezes eles nem vem aqui no SERSAM na visita, eles deixam o paciente aqui e a gente liga, liga, chama, vai em casa, pede pra

visitar e a família não aparece.”(E11)

A percepção de que a família não sabe cuidar está presente no ideário da sociedade. Ela justifica a importância do fornecimento de informações prontas no tempo presente, bem como sua valorização no tempo vivido. O compartilhamento de vivências, com vistas ao estímulo de reflexões sobre o cotidiano não ocorre. Historicamente, a família esteve relegada a segundo plano, chegando a ser considerada um obstáculo para o tratamento.

No relacionamento da enfermagem com o familiar, estabelece-se uma relação de confiança e cumplicidade. Institui-se um espaço para que sejam expostas opiniões, pensamentos, trocas e enfrentamento de problemas. Por meio da comunicação é possível ao familiar expor suas dúvidas e buscar informações a respeito do paciente. A comunicação que ocorre no tempo curto direciona o relacionamento no tempo vivido⁽¹¹⁾.

Os participantes perceberam o respeito, a amizade e a empatia como fatores que ajudam a apoiar e compreender os sentimentos expressos pelos familiares. A convivência com uma pessoa esquizofrênica desperta

muitos sentimentos, que podem ser ambíguos e que nem sempre são compreendidos pela pessoa que os vivencia⁽³⁾. A falta de ter uma pessoa para compartilhar os sentimentos despertados limita a qualidade de vida do cuidador.

Os familiares devem ser acompanhados no processo de cuidar e viver com a pessoa esquizofrênica, permitindo que metas sejam estabelecidas, experiências sejam trocadas com a equipe e seja estabelecida uma forma de conviver no lar com a pessoa esquizofrênica menos dolorosa. O cuidado deve ser executado de acordo com as necessidades apresentadas pelo familiar, e não conforme a determinação da equipe⁽¹³⁾.

A enfermagem utiliza os aspectos da comunicação e os conhecimentos produzidos no tempo vivido para dar sentido às interações no tempo curto. A comunicação, ou seja, o uso da linguagem e de sinais tipo linguístico constitui as práticas discursivas que estão na base da produção de sentido. As pessoas utilizam o discurso para produzirem realidades psicológicas e sociais de forma ativa através da interação social⁽¹¹⁾.

A experiência com as práticas discursivas levam os participantes a conhecer e valorizar as informações obtidas e fornecidas no tempo curto. O

discurso é utilizado para produzir e modificar realidades com o objetivo de potencializar o tratamento, manter o paciente estável e auxiliar a família no cuidado. A esquizofrenia é uma doença grave que altera a vida da pessoa e exerce impacto negativo na realização das atividades diárias e no convívio social. A assistência de enfermagem, o tratamento medicamentoso e o apoio familiar são importantes na redução das internações e na reinserção social^(7-8,11).

As práticas discursivas apresentadas pelos participantes trazem a interface com os conhecimentos do senso comum que circulam na sociedade e que foram produzidos para dar sentido ao mundo. Neles, a família não sabe cuidar do paciente. A família (cuidador) de portador de esquizofrenia é vista pelo profissional como não estando apta para cuidar desse paciente devido a várias questões, como não saber lidar com sinais e sintomas, a falta de conhecimento e informações sobre a doença, mudanças provocadas pelo transtorno no ambiente familiar.

Essa visão recebe a influência do ideário social sobre a participação da família no cuidado ao doente mental. É possível perceber que a família esteve relegada a segundo plano, sendo considerada um fator

inconveniente no tratamento antes da Reforma Psiquiátrica.

No final da década de 70, por meio do movimento de Reforma Psiquiátrica, a desinstitucionalização traz como consequências para a família o convívio e o cuidado da pessoa com transtorno mental. O objetivo desse movimento era reintegrar o portador de sofrimento mental à família e à sociedade, pois, até então, este era confinado e excluído por meio da hospitalização⁽⁷⁾.

Nesse âmbito, a participação da família tem sido essencial para o processo do cuidar⁽⁶⁻⁷⁾. Entretanto, essa função tem imposto importante sobrecarga. Igualmente a outras patologias como a doença de Alzheimer, a esquizofrenia desencadeia muitas modificações no contexto familiar, sentimentos e atitudes. As diversas questões despertadas fazem com que o cuidado permaneça sob responsabilidade de um único cuidador, o que resulta em sobrecarga física/emocional e alterações no curso do tempo vivido⁽¹⁴⁾.

A convivência e a dificuldade de compreensão da doença podem fazer com que os familiares tenham comportamentos extremos ou abandonem o paciente. Informações detalhadas sobre os diferentes aspectos da esquizofrenia, como

tratamento, patologia e medicação, podem ser decisivas no cuidado com o paciente⁽⁷⁾. O plano de cuidados específico e individualizado direcionado aos familiares, o envolvimento de outros membros familiares, além do cuidador principal no cuidado, o emprego de estratégias que visem ao apoio contínuo e educativo podem minimizar o impacto do adoecimento no contexto familiar^(5, 14).

No contexto da Pós-Reforma Psiquiátrica, alguns estudos têm comprovado que a união estabelecida entre profissionais de saúde e familiares diminui a sobrecarga da família, uma vez que passamos a ter um apoio real do serviço de saúde e, assim, as recaídas durante o tratamento são menos propensas⁽¹⁵⁾. Os profissionais de saúde podem ajudar os familiares a se sentirem seguros no cuidado e convivência com o portador de esquizofrenia no ambiente familiar. O relacionamento deve proporcionar a oportunidade de o familiar expor seus problemas e receber ajuda no enfrentamento das situações advindas dessa convivência⁽¹⁶⁾.

Portanto, a visão da família no cuidado com o portador de esquizofrenia tem mudado na história recente da psiquiatria, motivando mudanças no relacionamento interpessoal no tempo vivido e no

tempo curto. A implantação de grupos psicoeducativos, visitas domiciliares, auxílio no enfrentamento da sobrecarga familiar, estímulo à manutenção de outras atividades, além do cuidado com o paciente, estão entre as estratégias que podem ajudar a família a enfrentar as mudanças impostas na história e na convivência cotidiana com um membro acometido. Essas estratégias poderão propiciar momentos agradáveis no relacionamento com o paciente, proteger a saúde mental do cuidador e a família passará a se sentir cuidada⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A entrevista se apresentou como um momento para que o participante pensasse a respeito dessa relação e tivesse oportunidade para ressignificar o momento da interação e os conhecimentos adquiridos durante o tempo vivido. Isso favorece o emergir de um novo olhar em direção à qualidade do cuidado prestado no âmbito do tempo curto.

O relacionamento interpessoal entre o profissional e o cuidador é compartilhado por meio de sentimentos e emoções decorrentes da vivência com o portador de esquizofrenia. A busca por informações é o meio que a família utiliza para entender os acontecimentos e

ressignificar seus sentimentos. Ao fornecer informações no tempo curto, a enfermagem pode estabelecer um relacionamento que exerce influência positiva nos tempos curto e vivido da família e poderá ter como uma das consequências melhorias na assistência ao portador.

Em alguns momentos fica evidente que os profissionais manifestam as vantagens de se relacionar com os familiares e cuidadores no tratamento do portador de esquizofrenia, no sentido de promover melhoria no cotidiano de cuidados. Entretanto, é preciso que os profissionais sejam agentes de mudança em relação a conhecimentos do imaginário social que continuam a prejudicar a inserção do portador de esquizofrenia na sociedade.

A família, além do cuidador principal, deve ser envolvida no cuidado e seus conhecimentos devem ser ampliados para que sua convivência com o membro acometido seja permeada por fatores positivos, como a superação do medo e de outras dificuldades. Por meio dos profissionais de enfermagem, foi possível refletir sobre as inserções, ações e interações estabelecidas entre os mesmo e os cuidadores.

No presente estudo, não foi possível apresentar a visão dos cuidadores e familiares. Diante do fato

de essa patologia causar muitas alterações no contexto familiar, que podem ter alvo das intervenções da enfermagem, recomenda-se que outros estudos abordem a visão do familiar, considerando o tempo vivido, histórico e curto.

Recomendamos que as ações de enfermagem devem atingir a família e as relações sociais do portador de esquizofrenia, com vistas a garantir sua permanência no seio familiar e social, bem como aumentar as possibilidades de interação social. Afinal, o relacionamento social favorável é um tratamento importante no combate a essa patologia.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association (APA). DSM-V - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
2. Oliveira RMI, Facina PCBR, Júnior ACS. A realidade do viver com esquizofrenia. Rev. Bras.Enferm., Brasília. 2012 mar-abr[citado em 30 jun. 2015]; 65(2): 309-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300006&lng=en&nrm=iso.
3. Schülhi PAP, Wadman MAP, Sales CA. O cotidiano familiar da pessoa com esquizofrenia: cuidando no domicílio.

- Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 jan/mar [citado em 14 set. 2015]; 14(1):16-24. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a02.htm>.
4. Lima ICS, Silva MEDC, Valle ARMC, Moura MEB, Brito JNPO, Rocha ESB. Relação do cuidador e da sociedade com a pessoa com esquizofrenia. J. res.: fundam. care. Online. 2011dez; [citado em 30 nov. 2015]; 3 (Ed.Supl.): 84-91. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1944/pdf/528>
5. Giacon BCC, Galera SAF. Ajustamento familiar após o surgimento da esquizofrenia. Rev. Bras. Enferm. 2013 mai-jun; [citado em 21 mar. 2016]; 66(3): 321-6. Disponível em: <http://crawl.prod.proquest.com.s3.amazonaws.com/fpcache/97bae7f11ec1541c1988b107c28aff52.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJF7V7KNV2KKY2NUQ&Expires=1458597983&Signature=54sqNgNECerVTV10%2B75BHi%2FuD9c%3D>.
6. Almeida MM, Schall VT, Martins AM, Modena CM. Representações dos cuidados sobre a atenção na esquizofrenia. Psico, Porto Alegre. 2010 jan-mar [citado em 21 mar. 2016]; 41 (1): 110-117. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewArticle/5417>
7. Behenck A, Silva AD, Humerez DC, Mancia JR, Padilha MICS. A família frente ao processo de tratamento e reinternação do portador de esquizofrenia. Enferm. Foco. 2011 [citado em 10 mar 2015]; 2(4):210-214. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/185>
8. Hansen NF, Verdana KGG, Miaso AI, Donato ECSG, Zanetti ACG. A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia: uma revisão integrativa da literatura Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2014 jan/mar [citado em 14 jul. 2015]; 16(1):220-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20965>.
9. Lima DU, Garcia APRF, Toledo VP. Compreendendo a equipe de enfermagem na assistência ao paciente esquizofrênico. Rev Rene. 2013 [citado em 22 mar 2016]; 14(3):503-11. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/831>.
10. Meihy JCSB. Manual de história oral. São Paulo: Edições Loyola, 1996.
11. Spink, M.J.P. Práticas discursivas e produção de sentido. Saúde soc. 1994 [citado em 22 mar 2016]; 3 (2): 149-171. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104->

[12901994000200008&script=sci_arttext&tlng=pt.](#)

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. 2012 [citado em 10 mar 2015]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>.

13. Sales CA, Schulhi PAP, Santos EM, Tironi NM, D'Artibale EF, Salci MA Sentimentos de familiares sobre o futuro de um ser esquizofrênico: perspectivas para o cuidado de enfermagem. Rev. Bras. Enferm. 2011 mai-jun [citado em 22 mar 2016]; 64(3): 551-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300020.

14. Ilha S., Zamberlan C., Nicola GDO, Araujo AS, Backes DS. Refletindo acerca da doença de Alzheimer no contexto familiar do idoso: implicações para a enfermagem. R. Enferm. Cent. O. Min. 2014 jan/abr [citado em 22 mar 2016]; 4 (1): 1057-1065. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/378>

15. Verdana KGG, Miasso AI. A interação entre pessoas com esquizofrenia e familiares interfere na

adesão medicamentosa? Acta Paul.enferm. 2012 [citado em 22 mar 2016]; 25 (6): 830-836. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/v25n6a02>.

16. Gomes MS, Mello R. Sobrecarga gerada pelo convívio com o portador de esquizofrenia: a enfermagem construindo o cuidado à família. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.). 2012 jan.-abr. [citado em 22 mar 2016]; 8(1):2-8. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762012000100002

17. Macêdo TEPM, Fernandes CA, Costa IS. Rede de apoio social de pacientes com esquizofrenia. Estud. Psicol. 2013 out.-dez. [citado em 22 mar 2016]; 18(4): 629-637. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n6/v34n6a03>

18. Caqueo-Urizar A, Miranda-Castillo C, Giráldez SL, Maturana SL, Pérez MR, Tapia FM. An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. Psicothema (Oviedo). 2014 [citado em 02 out. 2015]; 26 (2):235-243. Disponível em:

<http://www.psicothema.com/pdf/4184.pdf>.

Nota: Este artigo é parte do Trabalho de Conclusão de Curso “Relacionamento Interpessoal entre a equipe de enfermagem e cuidador do portador de esquizofrenia: Enfoque das representações sociais”.

Recebido em: 15/08/2014

Versão final reapresentada em:
11/03/2016

Aprovado em: 15/04/2016

Endereço de correspondência

Edilene Aparecida Araújo da Silveira
Rua Afrânio Peixoto, nº2211 ap 203
bloco C.
CEP 35501-284 - Cidade/Estado.
Divinópolis/ Minas Gerais, Brasil.
E-mail: edileneap@ufsj.edu.br