

PERSPECTIVA DA FAMÍLIA NA CONVIVÊNCIA COM O SER PORTADOR DE ESQUIZOFRENIA¹***PERSPECTIVE OF THE FAMILY IN THE DAILY LIFE WITH THE SQUIZO'S PORTER******PERSPECTIVA DE LA FAMILIA EN LA CONVIVENCIA CON EL SER PORTADOR DE ESQUIZOFRENIA***EMANUEL MARTINS DA SILVA²MARIA SALETE BESSA JORGE³MARIA VERACI OLIVEIRA QUEIROZ⁴

A família tem uma função essencial no processo de reabilitação psicossocial do seu membro com diagnóstico de esquizofrenia, pois é parte integrante da saúde e do adoecimento do grupo. Objetivamos compreender a convivência da família com o membro portador de esquizofrenia. Estudo qualitativo com pressupostos do Interacionismo simbólico. Desenvolvido em um hospital-dia destinado ao atendimento em saúde mental do município de Fortaleza-Ceará. Participaram do estudo cinco familiares identificados durante o acompanhamento do seu parente com diagnóstico de esquizofrenia. Utilizamos a observação participante e uma entrevista semi-estruturada. Na análise/interpretação as famílias mostram perceber o transtorno mental como um fenômeno distante e descontextualizado de si mesma. Referem que o conhecimento adquirido nas reuniões com os profissionais, bem como, as trocas de informações com as outras famílias, ajudam na convivência com o seu parente. Considera-se importante a intervenção profissional tanto no portador de diagnóstico de esquizofrenia quanto em sua família.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; Família; Esquizofrenia; Comunicação; reabilitação.

The family has an essential function in the process of psychosocial rehabilitation of his member with squizo's diagnosis, cause he take part of health and sickening of the group. We objective to understand the living of the family with the member of squizo's porter. Qualitative study with assumptions of Symbolic Interactionism. It was developed in an hospital-day headed to the attendance in mental health in municipal of Fortaleza-Ceará. Took part of the study five relatives identified during the assistance of his relative with squizo's diagnosis. We used the participant observation and the interview semi-structured. In the analysis/interpretation the families shown to notice the mental breakdown as a far and not contextualized of itself phenomena. They refer that the knowledge acquired in reunions with professional as well as trades of informations with others families, help in the living with his relative. It is important the professional intervention as in the porter of squizo's diagnosis as his family.

KEY-WORDS: Mental health; Family; Squizopbrenia; Communication; Rehabilitation.

La familia tiene una función esencial en el proceso de rehabilitación psicossocial del su miembro con diagnóstico de esquizofrenia, pues es parte integrante de la salud y de la enfermedad del grupo. Objetivamos comprender el convivir de la familia con el miembro portador de esquizofrenia. Estudio cualitativo con presupuestos de la Interacción simbólica. Desarrollada en un hospital del día con atención en salud mental del municipio de Fortaleza-Ceará. Se han participado del estudio cinco familiares identificados durante el acompañamiento del su pariente con diagnóstico de esquizofrenia. Utilizamos la observación del participante y una entrevista seme-estructura. El análisis / interpretación de las familias señalan la percepción de trastorno mental con fenómeno distante y descontextualizado de sí misma. Refieren que el conocimiento se ha obtenido en las reuniones con los profesionales, aunque los cambios de informaciones con otras familias, ayudan en la convivencia con su pariente. Se considera importante la interacción profesional tanto en el portador de diagnóstico de esquizofrenia mientras en su familia.

PALABRAS CLAVES: Salud mental, Familia, Esquizofrenia, Comunicación; Rehabilitacion.

¹ Trabalho retirado da monografia de graduação do aluno abaixo descrito.

² Aluno do 9^o semestre do curso de Enfermagem. Bolsista PIBIC/CNPq/UECE e membro do grupo de pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde.

³ Profa. do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública/UECE. Líder do grupo de pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde. Mestra e doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto.

⁴ Enfermeira do Hospital Geral de Fortaleza. Mestra e doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Universidade Estadual do Ceará. Membro do grupo de Pesquisa Saúde Mental Família e Práticas de Saúde.

INTRODUÇÃO

As doenças mentais podem ter início no espaço familiar, resultando em dificuldades de socialização se a família não estiver preparada para lidar com o sofrimento psíquico do indivíduo. Deste modo, por não compreender as causas do transtorno mental, o grupo familiar considera o isolamento do indivíduo, através do internamento, como a única opção disponível, não se achando capaz de assumir aquela demanda de cuidado. Estes fatos poderão levar a um distanciamento da família, que não beneficia a recuperação e reinserção social do indivíduo na sociedade.

Brito⁽¹⁾ elabora considerações sobre as representações que cada indivíduo constrói sobre a loucura e acerca do adoecimento psíquico, acentuando que esse modo de pensar influencia no comportamento e nas atitudes, além de repercutir de modo positivo ou negativo sobre o tratamento e na sua possibilidade de cura.⁽¹⁾

Atualmente, o tratamento e a recuperação do doente mental seguem os avanços da reforma psiquiátrica, a qual muda nos aspectos da conduta do tratamento, da abordagem e reconhecimento da origem da doença e, principalmente, quanto ao incentivo e apoio da família para participar da recuperação e reabilitação psicossocial.

Sobre a esquizofrenia, ao contrário do que se pensava em relação às causas como decorrentes de elementos sobrenaturais ou doenças do cérebro, observa-se uma multicausalidade. Dessa forma, o modo de ser esquizofrênico faz parte de uma conjuntura social, política e cultural, o que permite pensar existir para a pessoa portadora de diagnóstico de esquizofrenia, não a cura, mas, um caminho de reabilitação psicossocial dependente da família.

A compreensão sobre o adoecimento psíquico no cotidiano das famílias tem um papel essencial na reabilitação, considerando que sua função primordial é a formação e a socialização de seus membros. A família é o espaço indispensável para a garantia da sobrevivência, desenvolvimento e proteção dos filhos e demais membros. Ela propicia os aportes afetivos e sobretudo materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes.⁽²⁾

Numa visão sistêmica da família, o grupo social primário é um complexo de pessoas que partilham de relações interatuantes e interdependentes. Cada membro apresenta determinada interdependência do comportamen-

to dos demais. Nessa perspectiva, o grupo familiar funciona a partir desta totalidade e do caráter de retroalimentação.⁽³⁾

É possível imaginar o contexto que se desenvolve a partir das reações da família ao se deparar com o adoecimento psíquico de um dos seus parentes. Aquele indivíduo em sofrimento, mostra-se como o porta-voz do desequilíbrio familiar, no qual é depositada toda a impotência do grupo diante desta nova situação. "Curá-lo é adjudicar a ele um novo papel, o de agente de mudanças"^(4: 207)

O enfermeiro e sua equipe de trabalho em saúde mental, ao assumirem a responsabilidade pelo cuidado, devem consolidar os atuais princípios da reforma psiquiátrica, um novo modelo que tem como um dos objetivos a reinserção social dos usuários deste serviço. É necessário, pois, entender ser a reabilitação psicossocial uma das vias de construção de outra realidade, a partir das micropolíticas, micropoderes e micro-intimidades, ancorada na ética e na solidariedade. Deste modo, quanto mais global for o problema, mais locais devem ser as soluções. É preciso reinventar práticas e conceitos, diferentes formas de ser e estar no mundo. Reabilitação psicossocial é um caminho possível, um processo infinito, como são infinitos os desejos e sonhos.⁽⁵⁾

Dessa discussão sobre o indivíduo com transtorno mental, e, no caso específico, o portador de esquizofrenia, precisa-se ressaltar a importância da família frente à esquizofrenia. É pertinente apontar a comunicação e a interação dos membros da família com a rede social de apoio como elementos essenciais na vida e equilíbrio do ser doente. A comunicação, antes de tudo, é essencialmente uma interação, como indica Mendes^(6:3)

...é a base da ação recíproca entre o homem e homem, cujo objetivo básico é alterar as relações originais entre o seu próprio organismo e o ambiente em que se encontra, é reduzir a probabilidade de que seja simplesmente um alvo de forças externas e aumentar a probabilidade de que ela mesmo exerça essa força.

A necessidade de comunicar-se e de inserir-se na vida social constitui uma ação da pessoa de criar sua identidade no coletivo, ao mesmo tempo em que seus atos estão inserindo novos elementos no social pela interação com

os outros. Assim, a comunicação obedece a um sistema de retroalimentação, onde os envolvidos no processo comunicativo afetam e são afetados por seus atos, visto que a comunicação é a interação diária do ser humano com o seu meio. ⁽⁷⁾

Pensar sobre a comunicação de famílias diagnosticadas de esquizofrenia, leva à transcendência do viés da organização familiar determinada pela doença “natural” desse indivíduo, pois isto faz pensar em termos de causalidade linear. Para vislumbrar a dinâmica familiar, é necessária a passagem para uma causalidade circular. ⁽⁸⁾

A família que tem um membro esquizofrênico está diante da dificuldade de estabelecer uma dinâmica saudável, pois a convicção firmemente estabelecida de que só existe uma realidade, “o mundo tal como eu vejo”, e de que “qualquer idéia diferente da minha” é má vontade do outro, produz uma relação pelo não-dito através de falsos acordos. Muitas vezes, o cuidado especial dado àquela pessoa considerada diferente a deixa enfurecida por não compreender esse acontecimento, da mesma forma como a família se irrita por não ser reconhecida pelo máximo que está fazendo. ⁽⁷⁾

Desse modo, devemos entender que a família se estrutura em um contexto político, econômico, cultural e religioso, um sistema complexo a envolver aspecto estrutural e de relações entre pessoas. Também possui modelos particulares de explicar e lidar com o adoecimento, podendo a forma como representa a doença ser favorável ou não a um bom prognóstico.

A família, no desempenho de seus papéis, tem uma função importante na dimensão da saúde por ser um sistema de referência do qual faz parte um modelo explicativo de saúde-doença a envolver um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que conduzem as ações das famílias na promoção da saúde de seus membros, na prevenção e no tratamento da doença. ⁽⁹⁾ Nas interações vivenciadas pelos componentes da família de *per se*, as ações e reflexões deles, resultarão na construção de um significado que lhes permitirá a definição do estado em que se encontram, assim como, a capacidade de desempenhar ações e reflexões na contínua interação.

No dia-a-dia da prática profissional, precisamos perceber como sucede essa relação familiar no contexto da reabilitação social do paciente com diagnóstico de esqui-

zofrenia. Penetrar esse universo é cruzar pontos de vista diferentes, valores e crenças, visto que, quando investigamos a vida familiar, estamos interagindo e instigando novas interpretações sobre ela mesma e sobre a sociedade de que é parte. Acreditamos que esse é um caminho a contribuir na minimização de preconceitos, orientando habilidades de educação em saúde com estes clientes.

A pesquisa teve os seguintes objetivos: compreender a comunicação da família com o membro portador de esquizofrenia, identificando os mecanismos de enfrentamento no processo de reabilitação psicossocial; descrever as situações vivenciadas pelas famílias na interação com membro (os) portadores do diagnóstico de esquizofrenia, destacando, principalmente, aspectos da convivência no ambiente domiciliar.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Natureza do estudo: a pesquisa é de natureza qualitativa com pressupostos do Interacionismo Simbólico. A base dessa abordagem é compatível com a perspectiva fenomenológica, isto é, encontra-se a asserção de que a experiência humana é mediada pela interpretação. Nem os objetos, nem as pessoas, situações ou acontecimentos constituem elementos dotados de significados próprios, mas, em vez disso, o significado é a eles atribuído. O significado que as pessoas facultam às suas experiências, bem como o processo de interpretação, constituem elementos essenciais e constitutivos, não acidentais ou secundários àquilo que é a experiência. Portanto, para compreender os significados, é necessário entender as definições e o processo subjacente à construção destas. ⁽¹⁰⁾ A perspectiva do interacionismo simbólico indica uma abordagem importante para o estudo da vivência e do comportamento humano, considerando que, ao descrever os seres humanos, temos que o fazer com vistas no ato social, que se dá de forma dinâmica, tendo a atividade como base da experiência interna do indivíduo. ^(11,12)

Campo de estudo: a pesquisa foi realizada no período de março a setembro de 2003, num Hospital-Dia localizado em Fortaleza-CE, referência de atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde e da rede particular de assistência em saúde mental. As duas clientela são assistidas no mesmo espaço físico e este serviço permite

o envolvimento da família com o seu parente e com a equipe de saúde. Os usuários convivem coletivamente, participando diariamente de grupos de músicas, oficinas de desenho, de pintura, entre outras atividades. Para isso, os profissionais do hospital-dia recebem treinamento para a assistência dos usuários, por meio de programas de capacitação interna de trabalhadores da área, bem como são treinados para as novas abordagens em saúde mental. **Participantes da pesquisa:** componentes familiares de usuários portadores de diagnóstico clínico de esquizofrenia que mantêm contato no hospital-dia e acompanham seu parente no ambiente doméstico. Desse modo, foi possível escolher os participantes da pesquisa e designados por F1, F2, F3, F4 e F5.

Estratégias de obtenção dos dados: a fonte de informação inicial foi a **observação participante**.¹ Segundo Moreira⁽¹³⁾ a observação participante pode ser vista como uma estratégia de campo que combina uma série de ações como participação ativa com o sujeito, a observação intensiva no ambiente natural. O acesso às vivências, interações no ambiente familiar entre o portador de diagnóstico de esquizofrenia e a família, foi complementado com a **entrevista**. Nesse momento, os familiares relatavam sobre seus sofrimentos, dúvidas junto à equipe, demonstrando as perspectivas sobre o seu familiar doente, a partir das questões norteadoras: como é a convivência com seu parente acompanhado nessa instituição? O que pensa sobre a hora de levá-lo para casa e o que acontece em casa? Sempre havia necessidades de reelaboração das frases para facilitar as respostas e complementar o pensamento dos entrevistados.

Foi utilizado **diário de campo** para registrar acontecimentos significativos apreendidos na observação participante. Nas entrevistas, utilizamos um gravador de fita K7, por permitir apreender o máximo de informações.

Questões éticas: o projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará no ano de 2001, quando então iniciamos a realização do estudo. O projeto foi entregue na instituição *lócus* do estudo, o qual foi apreciado pela equipe técnica e, logo após a aprovação, foi iniciada a pesquisa.

¹ Optamos pela observação participante em vez da observação livre, em virtude da participação do pesquisador ser essencial no processo de interação que se deu de forma positiva desde o começo da pesquisa. Mesmo porque os sujeitos necessitam que o pesquisador seja ativo, ou então, fica tudo por não dito.

Análise das informações: após leitura e codificação, organizamos as categorias temáticas. Utilizamos certos termos ou frases, desenvolvidas na interação com os familiares. A isso chamamos de **unidades interativas**. No texto estão ilustradas com a própria fala dos participantes e estão destacadas em negrito. Ao buscar o significado do conteúdo, optamos pela hermenêutica baseada em alguns autores^(10,11) para compreender o significado contido na expressão simbólica de cada participante.

DESCRIÇÃO E INTERPRETAÇÃO DAS UNIDADES INTERATIVAS

Percepção da família sobre o portador de diagnóstico de esquizofrenia

A família é entendida como um grupo de pessoas ligadas por laços consangüíneos, afetivos e emotivos, de modo que, quaisquer mudanças que ocorram em um de seus membros podem afetar todo o grupo. Percebendo-a na perspectiva sociocultural, admite-se que cada família constrói sua história, tem seus costumes e crenças, mas, está o tempo todo se refazendo, pois compartilha das transformações ocorrentes no meio social. O modo como as famílias se integram aos paradigmas culturais varia, diferenciando-se, por exemplo, diante do transtorno mental. Cada uma se posiciona conforme suas experiências e aprendizagem no convívio social. Porém, é comum entre as famílias perceber o transtorno mental como um fenômeno distante e delas descontextualizado, uma visão que mostra sua incapacidade de lidar com seu parente em sofrimento psíquico. Pensa em isolá-lo, livrar-se de tamanha incompreensão. É o que mostram os depoimentos de dois familiares de pacientes do hospital-dia:

Eu queria mesmo, se fosse possível, internar ele. Ele bate em mim, eu digo uma coisa, ele não responde faz é outra. Tem vez que eu nem pergunto se ele quer uma coisa, só deixo fácil... (F5)

Quando eu vou dormir eu tranco a porta, e só ouço é ele mexendo nas coisas. Não sei o que ele tem, não dorme, eu falo ele não atende e antes era tão bom (F4)

Os exemplos revelam os conflitos internos da família, uma quebra na vida social e a dificuldade de trabalhar o **diferente**, conciliar a nova maneira de viver. O sentido de um familiar “louco” vem carregado de significações que têm como importante reação o isolamento. Ao mesmo tempo, os familiares, também, indicam ter medo de adoecer em virtude do sofrimento causado pelo transtorno mental, desconhecimento da evolução da doença, como mostram os recortes dos discursos:

Eu tenho medo de adoecer, não durmo direito. Me acordo, deixo as portas trancadas à noite, ele tá sempre fazendo alguma coisa para me perturbar... (F4)

Às vezes eu penso entender o que passa na mente dela, mas nem faço porque vou é complicar a minha. Só a gente faz uma pergunta, ela nunca responde. (F1)

A demonstração dessa realidade e todo o sofrimento da família expressada em outros relatos, nos remetem à idéia de que é preciso a intervenção profissional não somente com o portador de esquizofrenia, mas, trabalhar com a família, propiciando um modo adequado de lidar com seu parente, ajudando na recuperação e na busca de sua autonomia. Esse é um dos objetivos do hospital-dia – melhorar as interações sociais e familiares, facilitando a reabilitação do doente e habilitando a família para o convívio com os portadores de transtornos mentais.

Interação com o componente familiar na crise e fora da crise

Os familiares relatam suas experiências, sua maneira de interagir na crise, respeitando o isolamento do seu parente. É uma dinâmica que por si não garante o equilíbrio do grupo, mas torna estáveis os acordos de convivência em família. No contexto dos encontros entre pesquisadores e familiares, era percebida a necessidade destes últi-

mos expressarem suas dificuldades no convívio com o portador de diagnóstico de esquizofrenia.

Nesse aspecto, percebemos a importância dos serviços de saúde mental que promovem a integração das famílias de portadores de transtorno mental, prestando-lhes esclarecimentos sobre as implicações do diagnóstico, pois a família é capaz de compreender o comportamento do paciente, conforme expressam: **É preciso respeitar o momento dela.**

Convivemos com ela conforme a época em que ela está. Quando ela está em crise, fazemos tudo para conviver como ela está (F2).

Tem que ter muita calma, assim, não deixar ela usar, não deixar... Ter paciência que faz a gente aceitar, entre aspas, o paciente. Ter calma e orientar, mas quando ela está naqueles momentos difíceis, eles estão desorientados (F1).

As famílias apresentam dificuldades em assistirem os membros portadores de transtorno mental grave, os quais são submergidos por seus problemas em sofrimento psíquico, tirando-lhes seu horizonte intersubjetivo então estreitado, como também, a possibilidade do auto-reconhecimento como pessoas sociais⁽¹⁴⁾ São situações a serem compreendidas pela equipe de saúde ao cuidar de pessoas portadoras de diagnóstico de esquizofrenia. Nesse contexto, deve haver um elo construído entre o doente, a família e o serviço de saúde. O hospital-dia parece ser uma alternativa para evitar os longos períodos de internação hospitalar, estimulando a participação da família na reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental. Os familiares são envolvidos no processo terapêutico, através das reuniões realizadas semanalmente no hospital-dia e visitas domiciliares por profissionais do serviço.

Mesmo com suas dificuldades, a família demonstra a necessidade de entender os encargos da doença, aceitar o fato de **que ele não ama quem o ama**, ao mesmo tempo em que deve estar alerta para aconselhar **quando ele estiver melhor**. Expressam a confiança de que o seu parente fora da crise possa ser conduzido, através de passeios e orientações, para uma melhoria do seu estado. É o momento de se recompor, para, então, ter paciência e suportar as situações de crise.

Paciente com a doença dela é daquelas de agredir as pessoas, principalmente, aquelas que mais gostam dela como o pai, a mãe... (F2)

Quando ela vai melhorando a gente começa a declarar aquelas coisas que são boas para ela: vamos andar, vamos sair (F2).

Essa condição de compreender o familiar permite um certo grau de equilíbrio entre os outros membros. Porém, essa dinâmica nem sempre é conseguida, ou chega a decisões diferenciadas entre os parentes, ou ainda, a situações desgastantes e às vezes é preciso agir sozinho, não tendo o apoio de outros membros da família. O sentido das exigências da pessoa com diagnóstico de esquizofrenia pode ter significados diferentes para cada membro do grupo. Pai e mãe às vezes têm atitudes divergentes – **Uma maneira de comunicar-se diferente.**

Eu imponho limite, com calma. O pai dela não, compra tudo que ela quiser. Eu digo que é melhor eu lidar só com ela, porque ele complica mais porque quer fazer os gostos dela, aí ela faz mais para sinalizar. Quando tá eu, ela e o pai dela, ela exige mais (F2).

É na manipulação do sentido das coisas, mesmo que inconscientemente, que se estabelecem os processos comunicativos. A pessoa com diagnóstico de esquizofrenia apresenta para a família um problema na fala: **não gosta de falar ou fala baixinho ou fala embolado.**

Ela tá falando, mas quando, mas quando começa, ela falava embolado. Só quando ela não toma a medicação ela fica assim... O relacionamento fora com os amigos, todo mundo gosta dela, assim... As vezes ela tem a mania de autoridade. Ele fala pouco, mas o que ele diz eu concordo se é para concordar, se não eu... Dá bom dia, boa tarde, mas num é muito, num é muito de conversa não. (F3)

É assim que ele se sente para se comunicar no meio das pessoas, **como se estivessem apertando ele contra o canto da parede**, parece que é um mundo diferente

para ele, acha melhor ficar no mundo dele, sozinho, sem que venham fazer perguntas ou se importar com ele.

Ele diz que fica imprensado quando está no meio de grupo de gente. Ele quer ficar normal, mas, a doença não ajuda. (F3)

Quando o familiar avalia essa situação de seu parente em sofrimento psíquico, percebe que isso não é culpa dele; **até que ele se esforça, mas, a doença não ajuda.** Aqui retomamos a necessidade de a família respeitar o momento do seu parente com diagnóstico de esquizofrenia e, ainda, nesse momento, amá-lo mesmo não sendo compreendida por ele.

O familiar utiliza astúcias na comunicação para compreender o seu parente

O familiar, ao referir-se à linguagem do membro com diagnóstico de esquizofrenia demonstra haver necessidade de repetir as próprias expressões que ele utiliza, justamente nas ocasiões em que a comunicação eficaz não é possível. Assim, fazemos de conta que **a mensagem foi dada**; não se pode fazer muito para ser entendido.

A família entende que seu parente com diagnóstico de esquizofrenia se mostra desinteressado pela comunicação, não expressa o que realmente faz sentido para o outro. O modo de entender e ser entendido apresenta diferenças para cada comunicador no ambiente familiar. Desse modo, parece haver uma aceitação, de ambos os lados, da incapacidade de romper o bloqueio do embotamento afetivo característico no portador de diagnóstico de esquizofrenia. No embotamento afetivo caracterizado pela forte redução na manifestação do sentimento “o paciente se mostra alheio ao que o cerca, inexpressivo e sem resposta emocional”.^(15:101) De um lado, os parentes acham que o membro com diagnóstico de esquizofrenia entende o que eles falam e não dá o retorno; do outro lado, quando ele fala, parece não achar importante aquilo para os outros, como se os outros não estivessem percebendo isto como uma forma de comunicação. **Às vezes, chega-se até a imitá-lo.**

Ela entende sim, mas, tem hora que não entende, aí volta e diz “o que a senhora disse?”

Ela faz de conta que não ouviu o que eu falei e pergunta o "que foi?" (F1)

Entende? (paciente) Eu creio que ela entende. Muitas vezes, ela fala uma coisa e eu não entendo, aí eu pergunto "o que?" E ela diz "nada não"... (F2)

O familiar percebe a comunicação não verbal, quando afirma ser a pessoa doente calada e observadora; é um modo de perceber o comportamento e buscar um meio de entender para ser entendido. Assim, percebemos o interesse por muitos aspectos que envolvem a comunicação entre eles, abrindo espaço para o aprendizado.

Nesse sentido, demonstram que a comunicação do seu parente com diagnóstico de esquizofrenia é diferente. **Ele fala para ele mesmo**, como se fizesse pouco caso da intenção do outro de entender o que ele está comunicando. Outro aspecto percebido pelos familiares é o confinamento no seu mundo. É como se a pessoa estivesse comprimida dentro do seu mundo em contato com o mundo dos outros. O fato de estar junto traz a possibilidade de conhecer as particularidades da convivência, estar atento para os desvios de linguagem, do comportamento, que de vez em quando para os familiares, essa fase é normal.

Desse modo, a comunicação do portador de diagnóstico de esquizofrenia, ante a família, está sempre se elaborando a partir de novos elementos adquiridos no contato de seu mundo com o meio social. Nessa pesquisa, o que se pode compreender, é que os mecanismos desenvolvidos em virtude da dificuldade de uma comunicação eficaz são elaborados e reajustados pelas experiências que os familiares adquirem no hospital-dia com os profissionais, na troca de experiência com outros familiares, nos meios de comunicação em massa, tudo mesclado por características pessoais de cada um e particularidades de cada família.

REFLEXÕES DO ESTUDO

Na interação diuturna da família com a pessoa portadora de esquizofrenia, os sujeitos manifestam suas impressões sobre a vivência diária, ao mesmo tempo, a comunicação com a pessoa doente e, implicitamente, os significados sobre a postura desenvolvida em relação ao integrante da família portador de esquizofrenia. Esse foi o

objetivo principal apreendido nessa construção complexa, que transita pela percepção dos pesquisadores.

A família, ao conviver com o portador de diagnóstico de esquizofrenia, experimenta uma relação que se diferencia pela variedade de elementos desenvolvidos a partir de uma situação diferente de um dos seus membros. No espaço de interação, na comunicação verbal e não verbal, as famílias expressaram as atitudes diante de um familiar com esquizofrenia permitindo compreendermos parte dessa realidade pelos significados atribuídos aos acontecimentos. Dessas informações, emergiram interpretações circundantes do sentido que vem se reconstruindo nas relações dessas famílias com as pessoas portadoras de diagnóstico de esquizofrenia. Nessa perspectiva, não se tem um ponto a atingir, assim como os fatos sociais não poderiam vir a ser estabilizados. Existe uma dinâmica nas ações humanas, um *moto-contínuo* de reelaboração das ações e papéis sociais que têm um significado para cada pessoa em seu mundo.

Nessa visão, o modo de lidar com o portador de esquizofrenia faz a família se isolar ou isolar o seu membro, ator da condição vigente, ao se sentir incapaz de resolver os conflitos. Percebemos, ainda, que os familiares têm medo de adoecer, sentem-se ameaçados a estar no lugar do outro que ora sofre. A expressão: "Se desse internava ele", mostra a incapacidade de responder à demanda de cuidado do parente em sofrimento. Entretanto, não podemos acusar a família de negligente com seu parente em sofrimento, visto que, simplesmente, ela não tem suporte para o reajuste da dinâmica que outrora existia.

Os familiares referem que o conhecimento adquirido nas reuniões com os profissionais, bem como, as trocas de informações com as outras famílias, ajudam a conduzir melhor a relação do grupo. Na compreensão dessa realidade, percebemos alguns comportamentos da família ao lidar com a pessoa com diagnóstico de esquizofrenia, que podem orientar o modo de intervenção junto àqueles que cuidam do paciente com esquizofrenia, pois essa parceira entre família e serviço de saúde contribui para amenizar o sofrimento, facilitando a reabilitação psicossocial. Desse modo, é preciso reelaborar programas de ações terapêuticas e educativas que ajudem às famílias a entender e colaborar com a reabilitação psicossocial da pessoa com diagnóstico de esquizofrenia, como forma de contribuir na construção de sua cidadania.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brito HB. Dizem que sou louco: representação e subjetividade do adoecer psíquico [monografia]. Fortaleza (CE): UECE; 1999.
2. Kaloustian SM. Família brasileira, a base de tudo. 5.ed. São Paulo: Cortez; 2002.
3. Cerveny CMO. Família como modelo: desconstruindo a patologia. São Paulo: PSY; 1985.
4. Pichon-Revière E. O Processo grupal. 6.ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
5. Oliveira FB. Reabilitação psicossocial no contexto da institucionalização. São Paulo, 1999.
6. Mendes IAC. Enfoque humanístico à comunicação. São Paulo: Sarvier; 1994.
7. Watzlawick P, Beavin JN, Jackson DD. A Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. São Paulo: Cultrix; 1981.
8. Berenstein I. Família e doença mental. São Paulo: Escuta; 1988.
9. Elsen I. A família: uma unidade de cuidado na saúde e na doença. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem; 2002. p.12-30.
10. Bogdan R, Biklen S. Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Portugal – Porto: Porto; 1994.
11. Blumer H. Symbolic interactionism: perspective and method. California: Prentice Hall; 1969.
12. Haguete TME. Metodologias qualitativas na sociologia. 5.ed. Petrópolis: Vozes; 1997.
13. Moreira DA. O Método fenomenológico na pesquisa. São Paulo: Pioneira – Thomson; 2002.
14. Goldberg JI. Cotidiano e instituição: revendo tratamento de pessoas com transtorno mental em instituições públicas [Tese]. São Paulo (SP): Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, 1998. 367f.
15. Andrade LAA. Noções de psicopatologia para terapeutas: aspectos da intervenção integrativa. Fortaleza: CTS; 2002.