

PERCEPÇÕES QUE A FAMÍLIA E O PACIENTE PSIQUIÁTRICO TÊM SOBRE OS DETERMINANTES DE UM DISTÚRBO MENTAL

Perception by the family and the patients themselves of the determinants of a mental disorder

Margarita Villar Luis¹
 Marcia dos Santos Margiotte²
 Denis da Silva Pereira Santos²

RESUMO

Caracteriza-se uma amostra de população que busca atendimento de emergência psiquiátrica, investigando-se nesses indivíduos, em suas famílias ou em ambos, as percepções que os mesmos, tem acerca dos determinantes causadores do distúrbio mental ocorrido em seu meio e comparam-se essas percepções com aquelas que os enfermeiros psiquiatras tiveram sobre o episódio apresentado.

Unitermos: *Distúrbio mental
 Emergência psiquiátrica*

ABSTRACT

A sample of the population that looks for psychiatric emergency care is characterized in this paper. We investigated the perception these people and/or their families have about the causal factors of the mental disorder occurred in their environment. These perceptions are compared to the ones the psychiatric nurses had about the episode presented.

Key Words: *Mental Disorders
 Psychiatric emergency care*

1 INTRODUÇÃO

As atividades de assistência de enfermagem à população atendida na Unidade de Emergências, propiciaram à oportunidade de vivenciar inúmeras experiências com pacientes e seus familiares, o que levou a refletir sobre o papel importante que esses elementos desempenharam no decorrer dessa assistência. Isso motivou a investigação a respeito de como a família e o paciente ou qualquer dos dois, interpreta o episódio de desequilíbrio apresentado por ocasião do atendimento.

Julgou-se o tema como sendo de interesse em vista da tendência que vem se delineando na psiquiatria, no sentido de se evitar na medida do possível, a internação do enfermo procurando-se incentivar a assistência do mesmo no próprio lar, submetido à cobertura do atendimento ambulatorial e de unidades de emergência.

Tal postura pressupõe o fato de que o indivíduo não é constituído apenas de um aparelho psíquico, que eventualmente necessite de diagnóstico e tratamento, e implica em relacionar a condição psicológica de uma pessoa com a estrutura do grupo de que faz parte, a qual geralmente é a família (RICHTER, 1979).

Habitualmente uma família é um pequeno grupo de pessoas ligadas por um acordo legal, sexo e/ou anos, herança, objetivos e/ou costumes e/ou crenças comuns, com o propósito de autoprotger-se frente a um mundo hostil, gerar e criar filhos, transmitir a cultura do subgrupo e companheirismo. Às vezes estão presentes muito poucos desses elementos e, no entanto, o grupo de pessoas envolvidas se considera como sendo uma família. (MORGAN & MORENO, 1979).

Estudiosos de diversas ciências reconhecem a importância da família como força modeladora do sujeito, pois, cabe a ela a função de socializar os filhos e transmitir os valores, crenças e costumes da sociedade na qual está inserida, reservando-se a prerrogativa de interpretar, de forma específica os padrões ditados pela cultura geral. (ALENCAR,

¹ Professor Assistente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.

² Enfermeiros especialistas na área de Enfermagem Psiquiátrica.

1982) Desta forma, tanto dentro como fora da família, no que diz respeito a seus membros, se desenvolvem certas expectativas com relação à aparência, ao comportamento, à inteligência, à conduta, ao talento e inclusive à força e ao nível de energia, que se constituem em modos de pressionar esses indivíduos a se conformarem a "padrões familiares" predizíveis.

Atualmente, aceita-se a teoria de que todos os membros da família exercem influência uns sobre os outros para conformar-se a normas ou regras coletivas, mesmo quando estas sejam diferentes às do restante da sociedade. As famílias sadias são flexíveis e tolerantes, e estimulam e facilitam o crescimento individual. Ao contrário as famílias doentes são grupos rígidos e imbatíveis como fortalezas, havendo uso excessivo dos sistemas de censura e de recompensa para manter os membros dentro de uma diretriz imposta (GRUNSPUN, H. & GRUNSPUN, F., 1986).

A família, seja sadia ou doente ou esteja situada no intervalo desses dois polos, possui princípios homeostáticos que regem seu funcionamento, semelhantes aos de qualquer outro organismo vivo, os quais vigiam, mantendo e regulando as reações às mudanças, tendendo a manter uma estabilidade nas suas condições psicológicas e sociais. Essa tendência a conservar um meio estável entre os diversos membros do grupo denomina-se homeostase familiar. (ALENCAR, 1982; MORGAN & MORENO, 1979).

Portanto, a família caso se encontre em situação sugestiva ou iminente de ataque, ela responderá de maneira específica para manter sua homeostase visando preservar sua função, seja ela boa ou má. Outro princípio de homeostase familiar é que a mudança num membro gera mudança nos outros membros (MORGAN & MORENO, 1979; GRUNSPUN, H. & GRUNSPUN, F., 1986). ACKERMAN (1966, p. 203) afirma que, "a origem das relações humanas, sejam elas sadias ou doentes, é a família; por essa razão, ela é o ponto natural para intervir quando se rompe o princípio homeostático".

A família é o palco onde dramaticamente entram em cena as forças emocionais de depressão, medo, teimosia defensiva e protesto. Muitas vezes a pessoa psiquicamente doente, não pode se curar enquanto sua família estiver seriamente perturbada. Uma família, por exemplo, pode usar um de seus membros, como bode expiatório para descarregar a tensão coletiva que, sem isto seria insuportável. O distúrbio psíquico dessa pessoa tem raízes no papel que lhe foi inconscien-

temente imposto pela família. (PICHON-RIVIÈRE, 1986; RICHTER, 1979).

Essa situação caracteriza um grupo familiar doente do qual tal pessoa provém e adquire a qualidade de porta voz da enfermidade grupal. Na medida em que esse indivíduo assume o papel de maneira eficaz, tornando-se o portador dos aspectos patológicos da situação, o grupo consegue manter um certo equilíbrio. No entanto, quando em decorrência da fadiga, do conflito e do estado de stress crônico, ele adoece, surgem os mecanismos de segregação no seio de seu grupo familiar, na tentativa de eliminar a enfermidade grupal, através do afastamento do suposto "foco da doença" e quanto mais intensos forem os mecanismos, mais complicado será o prognóstico do enfermo. (PICHON-RIVIÈRE, 1986).

Notadamente, a família é uma unidade nuclear que ao mesmo tempo que assegura a identidade e sobrevivência do indivíduo enquanto espécie, é um instrumento de dominação e poder, modelando os desejos, pensamentos e conduta de seus componentes.

Assim, a assistência ao paciente mentalmente enfermo não pode esquecer que esse indivíduo pertence a esse grupo com o qual mantém vínculos extremamente fortes e de intensa conotação afetiva cujo rompimento abrupto causado por uma internação hospitalar pode acentuar temores, sentimentos de culpa, rejeição e até fornecer a justificativa que algumas famílias esperam para desligar-se totalmente da parcela de responsabilidade que lhe compete no que diz respeito a manutenção da integridade desse membro.

Por isso, é mais prudente que não se retire o enfermo do seu meio, exceto nos casos extremos, em que sejam detectados benefícios que justifiquem seu afastamento, evitando que os vínculos com seus familiares e suas atividades rotineiras, se rompam abruptamente, deixando o indivíduo sem pontos de referência conhecidos. Por outro lado, o atendimento no próprio meio, além de ser benéfico por esse motivo, também o é para os demais membros da família que terão de ser solicitados a participarem do tratamento, facilitando-lhes o acesso a intervenções terapêuticas.

Para os profissionais tal enfoque na assistência psiquiátrica, requer que se tenha maiores informações a respeito do meio onde o cliente se relaciona, incluindo dados sobre a natureza da problemática emocional, cultural e até sócio-econômica da família, a fim de que se possa atuar melhor frente às necessidades que se delineiam no enfermo e no seu ambiente próximo.

O setor de urgências psiquiátricas se constitui num local privilegiado, do ponto de vista assistencial, pois, possibilita o contato com os familiares do paciente, uma vez que na maior parte das vezes são eles que o trazem para o atendimento, permitindo que se tenha uma visão da qualidade das interações entre família e paciente. Além disso, oferece a oportunidade de se intervir precocemente, dando orientações e esclarecimentos, ou sugerindo e até mesmo encaminhando para o tratamento especializado, àquelas famílias, que venham com parentes que estejam manifestando pela primeira vez, um distúrbio psíquico.

Com o intuito de transmitir o conhecimento obtido pelos autores, ao lidar com a família e paciente, serão expostas, neste trabalho, as impressões que familiares (acompanhantes), e/ou pacientes tiveram a respeito dos fatores determinantes do episódio de distúrbio mental e o quanto essas impressões se assemelham às dos enfermeiros especialistas.

2 PROCEDIMENTO

2.1 Localização física do serviço

O setor de urgências psiquiátricas, localiza-se no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, situado na área central da cidade.

Do ponto de vista administrativo, esse serviço está inserido dentro da Unidade de Emergência, a qual ocupa dois andares do referido Hospital.

A área destinada à psiquiatria, situa-se no 1º andar, próximo à área de Clínica Médica, constituindo-se de uma sala de aproximadamente 16 metros quadrados, separada em duas partes por uma divisória fixa de madeira. O local conta com dois divãs e uma mesa e duas cadeiras. Além disso, conta-se para o atendimento a pacientes, com uma sala mais reservada destinada à entrevistas localizada no 2º andar.

2.2 Dinâmica do funcionamento

O paciente é encaminhado à psiquiatria pela triagem médica, ou após ter sido feita uma avaliação clínica. Após esses procedimentos quando se verifica que o paciente apresenta quadro sugestivo de uma patologia psiquiátrica ou de um stress emocional, ele vem para o atendimento psiquiátrico.

Para requisitar essa assistência, o médico psiquiatra (R-2) é solicitado pela enfermeira che-

fe, através do BIP ou PBX.

Na passagem diária de plantão é designado pela enfermeira do setor, um atendente ou auxiliar de enfermagem responsável pela sala de atendimento de urgências psiquiátricas. Às terças e quartas-feiras o pessoal de enfermagem é acrescido de 1 ou 2 estágios do Curso de Especialização em Enfermagem Psiquiátrica, e uma docente de enfermagem psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, que assumem o serviço desse setor.

2.3 Período de atendimento do enfermeiro especialista

Os autores deste trabalho iniciaram suas atividades no setor de Urgências Psiquiátricas na segunda quinzena de julho e permaneceram até a segunda quinzena de dezembro de 1986. As atividades eram desenvolvidas nas terças e quartas-feiras, das 13:30 -as 17:30 horas aproximadamente, perfazendo uma média total de cerca de 4 horas diárias.

2.4 População atendida

Os pacientes encaminhados a esse setor eram originários da cidade de Ribeirão Preto e região e de outras localidades (um era de São Paulo). Estes encaminhamentos provinham de Pronto Socorros, ambulatórios, hospitais, clínicas particulares e da triagem médica ou da clínica médica do próprio Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. O material deste estudo se constitui em 31 pacientes do total atendido (50), os quais foram selecionados levando-se em conta o requisito de possuímos os dados necessários para a caracterização do paciente. Aqueles que não o preencheram foram excluídos.

Esses pacientes eram entrevistados pelo psiquiatra, junto com o enfermeiro especialista, exceto nos casos em que esse procedimento era rejeitado pelo paciente ou julgado prejudicial ao bom andamento da entrevista. Após a avaliação do estado mental do paciente pelo médico, o enfermeiro psiquiátrico continuava o contato com o paciente utilizando formulário próprio, a fim de obter informações referentes aos seus hábitos, costumes, estado geral; efetuava os procedimentos necessários (sinais vitais, medicação, restrição) bem como informava-se a respeito do relacionamento familiar, através da observação e das comunicações verbais efetuadas durante o atendimento.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Da população atendida, alguns dados gerais puderam ser observados em relação ao sexo, idade, origem e seu destino.

Em relação aos dois primeiros, verificou-se que houve praticamente o mesmo número de atendidos de ambos os sexos (14 mulheres e 15 homens). Quanto à idade, constatou-se que a população atingida, situou-se entre 10 e 40 anos, portanto elementos que se encontram na plenitude de suas potencialidades físicas.

No que diz respeito ao estado civil dos pacientes, houve predominância visível dos pacientes solteiros (20). Seguido dos casados (6) com um índice bem inferior em relação aos primeiros.

Em relação ao número de internações anteriores, constatou-se uma incidência maior de indivíduos que nunca haviam sido internados (11) e daqueles que haviam sido submetidos a apenas uma internação (9). Seguem a estes, os pacientes que tiveram três internações (5). Portanto, a Unidade de Emergência foi freqüentada por indivíduos que em sua maioria, nunca foram atendidos e por aqueles que haviam sido internados uma única vez em hospitais psiquiátricos.

Quanto ao destino dado à população atendida na UE — Setor de Psiquiatria, a maioria dos atendimentos culminou em alta da assistência psiquiátrica (17). Além disso, houve encaminhamentos para o Ambulatório de Saúde Mental (5) e para o Ambulatório do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto — USP, setores de psiquiatria e neurologia (4). Verificou-se também, o encaminhamento para internação na clínica de psiquiatria (3) do hospital referido anteriormente e o envio de pacientes para avaliação na clínica médica na própria Unidade de Emergência(1).

Na seqüência são apresentados em 3 quadros os 31 atendimentos feitos e a interpretação dada ao episódio pelos pacientes e/ou familiares e pelos enfermeiros especialistas. Primeiramente colocaram-se as iniciais dos pacientes e uma descrição das razões pelas quais foram encaminhados ao serviço (motivo da internação); a seguir as opiniões do acompanhante e ou paciente a respeito do fato ocorrido (impressões do acompanhante e/ou paciente a respeito do fato ocorrido (impressões do acompanhante e/ou paciente acerca dos determinantes das reações apresentadas), o informante em si e as inferências dos enfermeiros psiquiátricos, sobre o que pode ter determinado o acontecimento (impressões do enfermeiro).

O material disposto nesses quadros foi coletado pelos autores por ocasião da assistência ao pa-

ciente, a qual é registrada na folha de informações sobre o paciente, como parte da rotina do estágio. Esses dados colhidos foram distribuídos, comparando-se as impressões do acompanhante e/ou paciente acerca dos determinantes das reações apresentadas com as dos enfermeiros especialistas, tendo sido agrupadas pelos seguintes critérios:

— **de semelhança:** quando o acompanhante, o paciente, ou apenas um deles mostraram uma percepção semelhante à dos enfermeiros a respeito do que poderia ter causado esse desequilíbrio que resultou na intervenção.

— **de alguma semelhança:** quando o acompanhante, o paciente, ou apenas um deles, mostraram ter uma percepção apenas parcial, ou superficial a respeito dos determinantes do desequilíbrio, quando comparado à dos enfermeiros.

— **de nenhuma semelhança:** quando o acompanhante, o paciente, ou apenas um deles mostraram ter percepção diferente acerca dos determinantes do desequilíbrio em comparação com a dos enfermeiros.

Da análise desses quadros chega-se ao Quadro Síntese, que fornece a porcentagem, conforme a variação desses critérios entre a população do estudo (pacientes e parentes) e os enfermeiros especialistas.

QUADRO 1

Apresentação dos casos assistidos: pacientes cujas impressões próprias e/ou dos familiares apresentaram alguma semelhança com as dos enfermeiros

PCTE	MOTIVO DA INTERVENÇÃO	IMPRESSIONES DO ACOMPANHANTE/PCTE, ACERCA DOS DETERMINANTES DAS REAÇÕES APRESENTADAS	INFORMANTE	IMPRESSIONES DO ENFERMEIRO
A.A.	Sente cefaléia, fraqueza na cabeça, disse estar emagrecendo (apesar de apresentar obesidade aparente). Queria ser medicado e adquirir medicação no hospital. Não queria ir ao ambulatório, local onde deveria se dirigir.	- acha que a medicação psicotrópica e complexo vitamínico adquirido na farmácia não lhe fizeram bem.	paciente	- o paciente parece ter recebido a medicação prescrita no ambulatório onde se tratava, ganhou-a por indiscriminado, precisando comprá-la desconhecendo o grau de concentração do psicotrópico e ao ingeri-lo este lhe fez mal.
A.L.L.	Ingestão de comprimido analgésico por estar sentindo dores, após isso vomitou e passou a sentir o corpo pesado. Muito falante.	- a paciente recebeu alta hospitalar psiquiátrica sem estar ainda recuperada.	vizinha	- alta precoce, ainda apresentava manifestações agudas da doença.
C.S.N.	Não está conseguindo cuidar dos filhos, quer ser internada, para obter a atenção dos parentes.	- o marido não lhe dá atenção, ouve a mãe dele do que a ela.	paciente	- reação ansiosa desencadeada por carência afetiva.
D.A.S.	Apresenta agitação, agressividade - quebrando objetos, porém acalma-se com facilidade. Faz uso de bebida alcoólica há 5 anos.	- ficou em crise devido à bebida alcoólica.	cunhada	- perturbação mental, com alteração de comportamento devido ao uso abusivo do álcool.
E.A.C.L.	Apresenta choro abundante, dificuldade em permanecer em locais fechados e quieta numa posição, queixa-se palpitância, falta de ar, calor, friagem, solidão, rejeição. Diz-se frustrada pelos pais e marido. Não consegue concluir seus relacionamentos profissionais. Já se submeteu a psicoterapia mas abandonou o tratamento.	- a separação dos pais deixou-a insegura a respeito de tudo, e seu quadro se agravou ao separar-se do marido há um mês e meio, vindo a culminar com uma visita a um amigo internado. Pensa que a falta de sexo agravou a situação, acha que tem uma necessidade sexual que não é normal.	paciente	- distúrbio emocional com reação ansiosa, que se acentua com episódios de separação, perdas e quando ela constata a sua impossibilidade em manter uma constância em seus relacionamentos profissionais e pessoais.
E.P.	Vinha se apresentando desgostosa, contrariada com dores no corpo, culminando num comportamento agressivo e tentativa de suicídio.	- perda do único filho há 4 meses, desgosto que se acentuou após visita ao cemitério durante finados, a partir daí teve a crise.	marido	- reações somáticas, desencadeadas por distúrbio emocional, ideias auto destrutivas em decorrência da não elaboração do episódio da perda.
J.O.F.	Mudança de comportamento com agitação, após alta hospitalar depois de cirurgia. Apresentava-se lastimoso, com crises convulsivas e enxaqueca há mais ou menos 3 dias.	- desquite há 15 anos atrás, gosta ainda da esposa e sofre com a separação; após a cirurgia tornou-se mais sensível solicitando atenção constantemente.	irmã	- o stress da cirurgia reviveu episódio traumático do passado desencadeando um comportamento emocional regredido.
J.S.	Veio sonolento, permanencia calado e irritado na presença da família. Desentendeu-se com a mãe e ingeriu comprimidos (não sabe informar quais).	- criou-se da irmã casada porque a mãe comprou um jogo de quarto para ela. A mãe não aceitou receber sua amá- sia grávida em casa por não gostar dela, induziu-a ao aborto, após o que, esta o abandonou. Acheu que a mãe fez mal em receber o cunhado, para morar com eles e dar-lhe os imóveis, por que ele "não presta".	mãe e paciente	- a mãe menosprezou seus sentimentos, tratando de forma desigual a ele e a sua irmã em vivências semelhantes, depressiva.
L.C.A.S.	Ingestão de comprimidos e vômito após isso.	- apego a uma criança que a mãe tomou conta durante 3 meses, não aceitando a separação.	mãe e paciente	- apego excessivo à criança, baixa tolerância à frustração e perdas (crise da adolescência).
M.C.M.	Ontem ficou nervoso e agrediu o pai e após isto saiu de casa. Paciente queria mudar de medicação pois achava que a atual não fazia o efeito desejado.	- é o doente desde os 18 anos, fez vários tratamentos em hospitais psiquiátricos e torna-se muito agressivo nas crises. O remédio estava lhe fazendo mal.	pai e paciente	- manifestação de comportamento, devido a incompatibilidade com o medicamento uso prolongado de neurolépticos devido a perturbação mental crônica.
M.C.	Paciente agitado, com dores no peito, confuso e não consegue ficar parado e vem fazendo uso de álcool há mais ou menos 4 dias. Já esteve internado por problemas de abuso de álcool, faz uso de álcool há 7 anos.	- paciente teve notícias de que uma antiga namorada da qual gostou muito, casou-se a partir daí passou a beber e a ter a crise.	mãe	- recaída desencadeada por notícia que lembrou episódio afetivo ocorrido no passado.
M.I.B.	A partir de episódio de discussão com a patroa, vem apresentando dores de cabeça, aparecimento de hematomas pelo corpo e dificuldade para se controlar, ficando nervosa com coisas sem importância. Apresentava-se muito chorosa desconsolada.	- aborto realizado há 4 meses atrás.	paciente	- reação ansiosa com somatização, acentuado sentimento de culpa, devido a perda da virgindade, gravidez e aborto, todas situações de crise.
M.J.	A paciente permanece quieta, falta em monossílabos, aparência emagrecida, não está se alimentando nem dormindo bem. Teve várias internações anteriores.	- o marido que é alcoólatra, durante a dieta do 2º filho (o qual faleceu), deu-lhe um susto ameaçando de morte a ela e ao 1º filho e de se matar, após ter perdido o emprego. A paciente desmaiou e quando acordou pediu que a mãe escondesse a criança. Dois dias depois a paciente adoeceu. Isso aconteceu há vários anos atrás.	mãe	- a família tem consciência de que a paciente não vai melhorar e está com dificuldade para cuidar dela em casa no momento atual.
M.M.	Vem se isolando dos outros, desde os 10 anos de idade, ele tem muito medo. É o paciente quem se medica.	- "botou na cabeça" que gosta de vizinha e quer casar com ela, isso mais o fato de que não deve estar tomando o remédio devido a estar trabalhando.	pai	- perturbação mental crônica, baixa tolerância à frustrações, mais descontrole na medicação.
N.M.	Veio em más condições de higiene, algemado, tentou automutilação; apresenta riscos aparentemente sem motivo, desorientado e lopsiquicamente, conteúdo de fala parece não ter nexo, vê coisas, gente e ouve vozes que pareciam divertí-lo. Teve internação anterior há um ano atrás, mas fugiu antes de completar o tratamento.	- separação dos pais, ligação da mãe com outro homem, com isso ela rejeitou o filho que passou a ficar perambulando pelas ruas.	tia	- sentimentos de perda, rejeição, abandono e adição a drogas, desencadeando episódio de distúrbio mental.
S.S.A.	Apresentava-se deprimida, dizia-se revoltada, chocada, com o pai, por não ter lhe contado que não era sua filha. A partir daí mudou seu comportamento, deixando de frequentar a escola.	- o fato de ficar sabendo não ser filha legítima, mas sim neta do pai desequilibrou-a.	enfermeira acompanhando	- conhecimento de um fato relacionada ao seu passado, motivou uma reação depressiva.
V.P.C.	Diz estar aborrecida pelo fato de ter agredido sua filha (de meses), refere crises de agressividade repetidas, sente-se perseguida e tem medo do marido. Foi internada há 14 anos atrás por um período de 1 ano.	- impossibilidade de ver o funeral do único irmão (o marido não deixou por dificuldade financeira). A partir daí passou a beber e tornar-se agressiva com o marido e a filha.	paciente	- notícia da perda do irmão com quem parecia ter um vínculo afetivo grave desencadeou um processo de perturbação mental.
W.A.A.	Vem apresentando há 2 meses comportamento agressivo; foi internada em hospital psiquiátrico, não se sabe se saiu através de fuga ou alta. Tem roubado, e feito agressões físicas à mulheres e quis ter relações sexuais com a mãe e irmãos.	- uso de tóxico - maconha e bebidas alcoólicas.	irmão	- comportamento anti-social e perturbação mental associada a uso de droga e álcool.

QUADRO 2

Apresentação dos casos assistidos: pacientes cujas impressões próprias e/ou dos familiares apresentaram alguma semelhança com as dos enfermeiros

PCTE	MOTIVO DA INTERVENÇÃO	IMPRESSIONES DO ACOMPANHANTE/PACIENTE ACERCA DOS DETERMINANTES DAS REAÇÕES APRESENTADAS	INFORMANTE	IMPRESSIONES DO ENFERMEIRO
D.R.S.	Veio desabalando, quieto, dificuldade para se expressar com articulação pastosa e tremores de pesoço e de membros superiores contínuos. Há alguns dias apresentava choro e quando alguém se aproximava ele agredia. Teve episódio de agressão ao motorista do ônibus da APAE, que o buscava diariamente.	- acidente sofrido há 6 anos quando teve traumatismo craniano, após isso mudou seu comportamento - não consegue mais fazer as coisas sozinho, nem trabalhar. É agressivo com os irmãos e teima em suas opiniões. Paciente informa que o motorista não atendeu uma sugestão dele e na frente "das mulheres" disse que ele "não sabia de nada" e "vai dormir", quando ele reclamou a outros dessa resposta o motorista desacreditou. Quanto aos irmãos ele apenas entrou para apertar a briga (segundo uma orientação que recebe da APAE) e o padrasto o arrastou para fora de casa.	mãe paciente	- o déficit intelectual provocou dificuldade de compreender o meio ambiente, mas a intolerância familiar, desencadearam a depressão e a agressividade do paciente.
E.M.O.	Tem desmaios, convulsões à mais ou menos 10 dias, fraqueza, fazendo uso de medicação anticonvulsivante e diurético. Queixas de insônia agitada - anda pela casa, vê pessoas, fala sozinho, isola-se, fecha-se no quarto, esconde-se no armário, embaixo da cama. Fala de agentes funerários terem vindo procurá-lo para passar filme de propaganda desse setor.	- as crises começaram de repente, mas ele não estava tomando corretamente os remédios.	mãe	- distúrbio de desorientação passageira causada provavelmente por edema cerebral decorrente das múltiplas condições, desencadeada pela interrupção de medicamentos.
J.B.J.	Dores de cabeça em pontadas, ouve vozes que o chamam e ameaçam há alguns 5 dias (período em que se absteve da bebida).	- o motivo da crise é a bebida, pois tem bebido demais, chegando em casa muito embriagado.	irmã	- interrupção da bebida alcoólica levou a crises de abstinência.
J.F.S.	Não sabe como chegou, via passáros, dirigia carro e businava sem carro, esta era a 3ª crise que tinha, sendo a mais fraca delas.	- ingestão de bebida alcoólica.	paciente	- episódio alucinatório causado pela supressão da bebida.
J.M.F.	Deu entrada com dores nas costas, tremores, vômitos e mal estar geral. É alcoólatra há 14 anos, bebe uma garrafa de pinga por dia. À 04 dias parou de beber a sintomatologia.	- Acha que a bebida estava lhe fazendo mal.	paciente esposa	- a interrupção da bebida alcoólica levou-o à síndrome de abstinência.
M.H.S.V.	Ouve barulhos na cabeça há 3 dias. É epilética e faz uso de anticonvulsivantes. Está com doença renal.	- Ficou muito nervosa após a briga com o companheiro.	paciente	- stress exacerbado por episódio de doença renal, limiar de tolerância às tensões diminuindo devido a doença neurológica.
M.J.G.G.	Ingestão excessiva de comprimidos psicotrópicos. Estava fazendo tratamento medicamentoso devido ao quadro sintomático de cefaleia, insipiente, tonturas, angústia e insônia. Tem "problema de nervoso" há um ano desde que o companheiro vem mudando de comportamento. Sente que ele não reconhece o que ela lhe faz. Ela tem medo de ser abandonada.	- Insatisfação que vem se aprofundando há 01 ano mudando de comportamento do companheiro piorou as coisas. A saída dele "tarde da noite sem dar satisfação a incentivou" a por fim ao sofrimento.	paciente	- problemas anteriores de relacionamento conjugal, culminaram com tentativa de suicídio. Ambivalente quanto a seus sentimentos em relação ao parceiro. Insegurança pela perda do controle do relacionamento.
L.C.S.	Apresentou alucinações, mata morcegos, vê macacos, sente linhas enroscando nos pés, e comportamento agitado, xingando muito.	- Há dois anos bebe uma garrafa de pinga por dia, por ocasião de uma pescaria há quatro dias atrás tomou cerveja e começou a passar mal, onde suspendeu de vez a ingestão.	paciente	- síndrome de abstinência devido a supressão da bebida.
R.F.	Veio confuso, acha que pessoas podem influenciá-la a "fazer maldades", ouve vozes, fala sozinho. Refere uso de maconha e outras drogas.	- de repente ficou agressivo, saiu de casa e ficou pelas ruas. Acha que alguém (um homem) pos droga em um copo de coca-cola que estava tomando.	avó e paciente	- episódio de distúrbio mental ocasionado por ingestão de drogas.
U.R.S.	Aparenta agitação, anda de um lado para outro, não se alimenta, fala só quando solicitado e pouco, ri às vezes quando olha para o primo, diz gostar dele. Não quer ser "empregada" do irmão e da cunhada. Esteve internada anteriormente por 8 meses.	- não sabe dizer o que ocasionou a crise, acha ser de família, pois tem 2 irmãos com problemas mentais.	irmão	- episódio de perturbação mental com reação depressiva ansiosa, não aceita a tutela, e as imposições do irmão e da cunhada.

QUADRO 3

Apresentação dos casos assistidos: pacientes cujas impressões próprias e/ou dos familiares apresentaram alguma semelhança com as dos enfermeiros

PCTE	MOTIVOS DA INTERNAÇÃO	IMPRESSIONES DO ACOMPANHANTE/PACIENTE ACERCA DOS DETERMINANTES DAS REAÇÕES APRESENTADAS	INFORMANTE	IMPRESSIONES DO ENFERMEIRO
J.M.F.	Dores de cabeça e corpo, não se alimenta e apresenta vômito ao ingerir comidas; permanece na cama com os olhos cobertos e parece querer cair dela, os sintomas acentuam-se na presença do marido. Submeteu-se a histerectomia há aproximadamente um mês.	- discussão com uma filha o que a deixou nervosa, sendo que o nervosismo sempre lhe causa alterações no comportamento.	marido	- reação emocional convergente, desencadeada por uma intervenção cirúrgica.
M.R.G.	Permanece calada, não responde à solicitações e reage com agressividade verbal, quando o pai relata os fatos. A paciente saiu de casa e foi para um canal onde trabalha. Há mais ou menos 15 dias ingeriu 50 comprimidos de anticonvulsivantes e ansiolíticos, tendo sido acudida na Sta. Casa de Sertãozinho. Separou-se recentemente de seu companheiro, que a abandonou e mora com outra mulher.	- acha que passou a ficar nervosa com as crianças por estas terem pego chicletes e balas sem sua ordem.	pai	- intolerância com o ambiente em decorrência de uma reação depressiva provocada por solidão e abandono.
S.N.F.	A paciente repete constantemente as palavras: "capeta", "bolacha", "degração", "meu peito degração", refere que "crescer é ruim". Batia a mão repetidas vezes na cabeça. Sempre foi calma e brincava com as crianças de menor idade. Teve 3 vezes sinal de vinda de menstruação.	- talvez tenha ficado doente por gostar de outra pessoa, como há meses atrás queria ser uma colega que era magra e parou de comer "deve ter ficado fraca". - após tomar vitaminas receitadas pelo médico, devido ao emagrecimento, passou a ficar fraca da cabeça.	mãe	- menarca acentuando uma perturbação mental já existente, configurando um possível distúrbio psicótico.

Tabela 1
Impressões do acompanhante e/ou paciente acerca do episódio, comparadas com as impressões do enfermeiro especialista.

Critérios	Nº	%
Semelhança	18	58
Alguma Semelhança	10	32
Nenhuma Semelhança	03	9,6
Total	31	100

Ao observar na tabela acima as impressões do acompanhante e/ou paciente acerca do episódio, comparadas com as impressões do enfermeiro, percebemos que em 58% dos casos estudados houve *semelhança* nas percepções acerca dos determinantes que precipitaram o ocorrido com o paciente. A seguir, verifica-se que em 32% dos casos houve *alguma semelhança* entre as impressões dos elementos envolvidos (acompanhantes, paciente ou um deles) com as dos enfermeiros. Finalmente, nota-se que em apenas 9% dos casos, houve *nenhuma semelhança* entre a percepção a respeito do que determinou a ocorrência do desequilíbrio do paciente segundo a perspectiva dos elementos próximos quando comparada à dos enfermeiros.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O material analisado, no que diz respeito às impressões dos familiares (ou pessoas próximas) e paciente, evidencia que esses elementos mesmo não tendo conhecimentos específicos da área psiquiátrica, têm uma boa percepção a respeito do que pode ter determinado o episódio agudo de desequilíbrio mental ou emocional nesse indivíduo (ou nele mesmo).

Esse dado é relevante na medida em que essa participação do acompanhante e/ou paciente muitas vezes é negligenciada, pela atitude onipotente do profissional que insiste em acreditar que essas pessoas por não possuírem conhecimento específico na área, não tem contribuições a fazer, no estabelecimento de um diagnóstico ou planejamento de assistência.

Percebe-se no entanto, que as informações dadas pela família e pelo paciente, fornecem ao profissional um material rico, revelando indícios que possibilitam avaliar a forma como a família reage frente a um stress e às necessidades de seus membros, pois no entender de RICHTER (1979), "as tensões entre os componentes familiares são

comuns e até normais, o que na verdade indicaria a ruptura na família, seria a incapacidade de seus membros em lidar com essas tensões e resolvê-las sem punição ou rejeição mútua e sem levar nenhum de seus membros a um estado de formação de sintomas".

A observação do comportamento da família-paciente durante a entrevista e no período que permanece na sala de urgência¹ à espera de providências necessárias, propicia aos profissionais de saúde (no caso médico psiquiatra e enfermeira especialista em psiquiatria), perceberem o nível da comunicação entre paciente e familiares oferecendo-lhes uma noção dos tipos de rede de comunicação que se estabelecem entre os membros da família presentes. A esse respeito, é importante considerar os argumentos de RICHON-RIVIÈRE (1986), enfatizando que uma família adquire um montante de saúde mental quando seu sistema de comunicações é multidirecional, caracterizando que o grupo obteve um grau ótimo de integração entre seus membros.

Conhecer a visão da família e/ou do paciente a respeito dos determinantes do episódio que desencadeou a doença, permite ao profissional de saúde avaliar o grau de crítica da realidade que esses elementos possuem, bem como o conhecimento intelectual que tem sobre as manifestações da doença e suas formas de controle (medicação por exemplo). Da mesma forma, a observação da rede de comunicações entre os membros envolvidos oferece subsídios nos rumos a serem tomados na futura assistência ao paciente.

O importante desse envolvimento precoce da família no processo de doença de um de seus membros, é que o profissional, tem a oportunidade de manejar as distorções que ele observou tanto na família quanto no paciente, oferecendo já na primeira abordagem uma assistência que vise uma adaptação ativa à realidade, procurando esclarecer a complementaridade dos papéis de cada um, e a sugestão, se for o caso de seguimento familiar por um profissional especializado.

Tais razões por si mesmas já são motivação suficiente para que se procure ouvir com mais frequência aquilo que o paciente e os familiares tem a oferecer para aqueles que o assistem, sejam eles, médico, enfermeiro ou qualquer outro profissional de saúde. Se tais razões não se constituem num incentivo suficientemente forte, acresça-se o fato de que ao se levar em conta as impressões dos entrevistados acerca da problemática por eles vivenciada, a relação profissional-paciente, torna-se dinâmica na medida em que se pede a colaboração desse que varia de 1 a 72 horas.

ção dos envolvidos o que implica num maior grau de compromisso destes, na aplicação e manutenção da terapêutica.

Esse procedimento transmite mais segurança e responsabilidade à família e/ou paciente, uma vez que não os julga como pessoas submissas, material inerte que nada tem a oferecer, ao contrário, o profissional numa atitude de respeito, busca sua participação durante o processo da assistência e ao mesmo tempo, procura ajudá-los a terem a compreensão real dos motivos que desencadearam, o episódio de desequilíbrio e as formas que tem a seu alcance para minimizar ou evitar outros, no futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ACKERMAN, N.Y. Family therapy. In: THE AMERICAN Handbook of Psychiatry. New York, S. Arieti, 1966. v.3.
- 2 ALENCAR, E.M.L.S. *A criança na família e na sociedade*. Petrópolis, Vozes, 1982. p. 97-103.
- 3 GRÜNSPUN, H. & GRÜNSPUN, F. *Assuntos de família*. São Paulo, Hamburg, 1986. p. 40-6.
- 4 MORGAN, A.J. & MORENO, J.W. *La pratica de Enfermeria de salud mental*. Cali, OPS/OMS, 1979. p. 120-30.
- 5 PIÇON-RIVIÈRE, E. *O processo grupal*. 2.ed. São Paulo, Martins Fontes, 1986. p. 39-54.
- 6 RICHTER, E.H. *A família como paciente*. São Paulo, Martins Fontes, 1979. p.27-49.

Endereço do autor: Margarita Villar Luis
Author's Address: Av. Bandeirantes, 3.900
14.049 – Ribeirão Preto – SP