

COTIDIANO DE PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA, APÓS USO DE UM ANTIPSI CÓTICO ATÍPICO E ACOMPANHAMENTO EM GRUPO: VISÃO DO FAMILIAR¹

Ana Maria Sertori Durão²
Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza³

Durão AMS, Souza MCBM. Cotidiano de portadores de esquizofrenia, após uso de um antipsicótico atípico e acompanhamento em grupo: visão do familiar. Rev Latino-am Enfermagem 2006 julho-agosto; 14(4):586-92.

Este estudo descreveu o cotidiano do portador de esquizofrenia, após o uso de antipsicótico atípico e acompanhamento em grupo, na visão do familiar. A população foi constituída por 11 familiares que acompanharam com maior frequência os 11 portadores de esquizofrenia que participam do grupo e utilizam antipsicótico. Para coleta de dados utilizou-se de entrevista semi-estruturada, guiada por roteiro, no mês de abril de 2003. Essas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra. Obteve-se, como resultados, melhora do paciente quanto aos sintomas da doença evidenciada, pela diminuição do isolamento social, retomada de atividades domésticas/trabalho e estudo e participação em atividades de convívio social. Tais resultados apontam a necessidade de um novo olhar para o portador de transtorno mental e seus familiares, no sentido de buscar atitudes terapêuticas mais adequadas que atuem na produção de vida visando novo sentido para a existência, nas diferentes formas de convivência e de sociabilidade.

DESCRITORES: esquizofrenia; clozapina; família

SCHIZOPHRENIA PATIENTS' DAILY LIFE AFTER THE USE OF CLOZAPINE AND GROUP ACCOMPANIMENT: FAMILY'S VIEW

This study described the daily life of schizophrenia patients after the use of clozapine and group accompaniment from the perspective of family members. The research population consisted of 11 family members who most frequently accompanied 11 schizophrenia patients who participate in the group and use clozapine. With a view to data collection, interviews oriented by a script were held in April 2003, which were taped and fully transcribed afterwards. Results indicated an improvement in patients' symptoms, demonstrated by decreased social isolation, resumption of home/work activities and study as well as by participation in social events. These results point towards the need for a new view on patients who suffer from mental disorder and their family members, with a view to seeking therapeutic attitudes that act in the production of life with a view to a new existential meaning, in the different forms of social contact and sociability.

DESCRIPTORS: schizophrenia; clozapine; family

COTIDIANO DE LOS PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA DESPUÉS DEL USO DEL ANTIPSI CÓTICO ATÍPICO Y ACOMPAÑAMIENTO EN GRUPO: EL PUNTO DE VISTA DEL FAMILIAR

Este estudio describió el cotidiano del portador de esquizofrenia después del uso de clozapina y acompañamiento en grupo de acuerdo con el punto de vista de los familiares. La población fue constituída por 11 familiares que acompañaron de manera más frecuente los 11 portadores de esquizofrenia que participaron del grupo y utilizan clozapina. Para la recopilación de datos se utilizó una entrevista orientada por guión, en abril de 2003. Las entrevistas fueron registradas y después transcritas por entero. Los resultados indicaron la mejoría de los pacientes con respecto a los síntomas de la enfermedad, evidenciada por la disminución del aislamiento social, recomienzo de actividades domésticas/trabajo y estudio y participación en actividades de convivencia social. Tales resultados señalan la necesidad de una nueva manera de mirar el portador de trastorno mental y sus familiares en el sentido de buscar actitudes terapéuticas que actúen en la producción de vida con vistas a un nuevo sentido para la existencia, en las diferentes formas de convivencia y de sociabilidad.

DESCRIPTORES: esquizofrenia; clozapina; familia

¹ Trabalho extraído da Dissertação de Mestrado; ² Mestre em Enfermagem Psiquiátrica, Enfermeira Chefe do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo; ³ Professor Doutor da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem, e-mail: consouza@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

Nos dias de hoje, a esquizofrenia constitui a maior causa de internação nos hospitais psiquiátricos. Aproximadamente 50% dos leitos são ocupados por pacientes com essa enfermidade, isso porque, a cada ano, surgem 50 novos casos de esquizofrenia para cada 100.000 habitantes, o que representa, no Brasil, cerca de 75.000 novos doentes por ano⁽¹⁾.

A esquizofrenia é uma doença mental que se caracteriza por desorganização de diversos processos mentais; é uma das desordens psiquiátricas mais desafiadoras e complexas que afligem a humanidade, levando o indivíduo a apresentar vários sintomas⁽²⁾.

Atualmente, os sintomas que podem ser observados na esquizofrenia vêm sendo agrupados em sintomas: **positivos** (delírios, alucinações, desorganização do pensamento), **negativos** (diminuição da vontade e da afetividade, o empobrecimento do pensamento e o isolamento social), **cognitivos** (dificuldade na atenção, concentração, compreensão e abstração) e **afetivos** (depressão, desesperança e as idéias de tristeza, ruína e, inclusive, autodestruição)⁽²⁾. O conhecimento dessa atual classificação dos sintomas está sendo valiosa para portadores e familiares bem como para a pesquisa e a clínica, porque, sendo de fácil compreensão e percepção, permite melhor avaliação geral da situação do portador em dado momento de sua doença⁽²⁾.

Na maioria dos pacientes, a doença aparece em idade precoce, entre 15 e 54 anos de idade. Pode-se dizer que o aparecimento da patologia antes dos 10 anos é extremamente raro. Em relação ao sexo, nas mulheres, a idade de aparecimento está entre 25 e 35 anos e para os homens entre 15 e 25 anos de idade^(1,3).

A esquizofrenia é uma doença crônica cujo tratamento é feito somente para aliviar os sintomas e melhorar as condições de vida do paciente. Atualmente, há vários recursos terapêuticos, portanto, o tratamento para a enfermidade apoia-se em dois pilares: o tratamento medicamentoso e psicossocial.

Na década de 50, a utilização de drogas antipsicóticas constituiu passo inicial para a desinstitucionalização e o cuidado dentro da própria comunidade. Comprovadamente, o tratamento medicamentoso melhora os sintomas psicóticos, diminui a suscetibilidade da recorrência, mantém a estabilidade clínica e, possivelmente, previne a

deteriorização em longo prazo. Todavia, nas décadas de 60 e 70, o tratamento com antipsicóticos tornou-se experiência ambígua, tendo em vista o aumento das expectativas dos pacientes e a consciência sobre os efeitos colaterais desses medicamentos⁽⁴⁾.

A clozapina é um antipsicótico atípico que está sendo usado para o tratamento da esquizofrenia desde a década de 70. O seu perfil terapêutico foi sendo confirmado gradativamente através de diversos estudos. As vantagens terapêuticas em relação aos neurolépticos convencionais são caracterizadas por amplo espectro de atividade antipsicótica, rapidez de início de ação e ausência relativa de reações extrapiramidais. Os pacientes esquizofrênicos resistentes apresentam melhora tanto dos sintomas positivos como dos sintomas negativos⁽⁵⁾.

A agranulocitose é o mais grave efeito adverso da clozapina, observado em 1 a 2% dos casos. A diminuição dos leucócitos totais, granulócitos e neutrófilos é geralmente gradual, sendo obrigatório interromper-se o tratamento com a clozapina se eles atingirem níveis inferiores a 3000/mm³ e 1500/mm³, respectivamente. Entretanto, há casos em que a redução é abrupta, justificando-se, portanto, a monitorização semanal, pelo menos no período de risco máximo⁽⁶⁾.

Em 1990, os EUA aprovaram o uso da clozapina em pacientes com esquizofrenia refratária, mas com a condição de que houvesse monitorização sangüínea para dar indicativos quanto à ocorrência da agranulocitose. A clozapina começou a ser testada em estudos abertos a partir de 1970 e foi lançada comercialmente em agosto de 1992⁽⁷⁾.

Para que a medicação possa ser utilizada com segurança, a equipe de saúde, familiares e pacientes devem estar atentos quanto aos resultados dos exames hematológicos e quaisquer sinais ou sintomas de infecção.

Embora o uso de psicofármacos seja indispensável ao controle dos sintomas psicóticos da esquizofrenia, sabe-se que a utilização de estratégias que combinam medicação e tratamento psicossocial aumenta a possibilidade de recuperação e podem otimizar os resultados. Várias são as possibilidades de intervenções psicossociais, dentre elas destacam-se as psicoterapias, cujos objetivos podem ser alcançados através de intervenções grupais, individuais e/ou com familiares⁽⁸⁾.

Os pacientes melhoram quando, além do tratamento medicamentoso, estão recebendo alguma forma de terapia psicossocial, e as famílias estão inseridas em algum grupo de apoio⁽⁹⁾.

A família não é considerada responsável pela ocorrência da doença, ao contrário, procura entender as dificuldades de outras famílias que possuem um membro com grave transtorno mental. Sendo assim, uma das intervenções psicossociais aos familiares é a ênfase no trabalho colaborativo entre familiares e profissionais, compartilhando e abordando informações sobre a doença ou discutindo conjuntamente os objetivos das tarefas durante o tratamento medicamentoso e outros atendimentos clínicos específicos⁽¹⁰⁾.

Tendo em vista esses aspectos, a equipe de saúde da unidade de psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP criou o GRUMA (Grupo de Medicamentos Atípicos). Esse grupo funciona desde 1999, no 3º andar (Unidade "C") do referido hospital. Surgiu da necessidade de formalizar o atendimento ao grupo de pacientes em uso de clozapina e aos seus familiares. São pacientes com indicação para o GRUMA aqueles com diagnóstico de esquizofrenia que obtiveram melhor controle de sua doença com o uso dos antipsicóticos atípicos (clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidona).

Constituem objetivos deste grupo:

- reavaliação psiquiátrica periódica com solicitação de hemograma e outros exames;
- controle dos processos de aquisição gratuita dos antipsicóticos em uso (medicações de alto custo);
- reintegração social através da troca de informações, envolvimento familiar no tratamento e estímulo à participação em atividades comunitárias.

O grupo é realizado toda segunda-feira, das 14 às 15 horas, com os pacientes e seus familiares. A equipe responsável pelo atendimento do grupo é composta por uma enfermeira, uma assistente social, uma aprimoranda do serviço social, um médico assistente e um médico residente (R₂).

Ao conviver, no dia-a-dia, com o sofrimento mental das pessoas, alguns questionamentos foram surgindo e um deles está relacionado com o portador de esquizofrenia, por ser a esquizofrenia um transtorno mental bastante limitante. Será que o portador de esquizofrenia que participa do grupo e faz uso da medicação consegue melhorar suas condições de vida cotidiana?

O presente estudo busca apoiar-se em instrumentos teórico-metodológicos que poderão permitir compreender o cotidiano dos portadores de esquizofrenia, após o uso de um antipsicótico atípico, e acompanhamento no grupo, na visão de seus familiares.

Acredita-se que um trabalho dessa natureza poderá contribuir para discussões com a equipe de saúde envolvida no tratamento, buscando aprimoramento na assistência prestada ao portador de esquizofrenia e seu familiar.

OBJETIVO

Descrever o cotidiano do portador de esquizofrenia, após o uso de antipsicótico atípico, e acompanhamento em grupo, na visão do familiar.

METODOLOGIA

Delineamento do estudo

Trata-se de pesquisa de avaliação que tem o propósito de detectar o quanto um procedimento está funcionando. É do tipo descritivo exploratório, que busca identificar como o familiar do paciente esquizofrênico percebe o cotidiano do mesmo, após o uso de antipsicótico atípico e o acompanhamento grupal⁽¹¹⁾. Para desenvolver esta investigação optou-se por trabalhar com dados qualitativos.

Sujeitos do estudo

A população foi constituída por 11 familiares que acompanham com maior frequência os 11 portadores de esquizofrenia que participam do grupo de medicações atípicas (GRUMA) e utilizam clozapina.

Coleta de dados

Os dados foram coletados após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos da instituição hospitalar e conforme Resolução 196/96⁽¹²⁾.

Para coleta de dados, utilizou-se a técnica de entrevista guiada por um roteiro semi-estruturado. As entrevistas foram realizadas no mês de abril de 2003, no "Posto C", localizado no 3º andar do Hospital

das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), local onde acontecem as reuniões dos grupos. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra pelo próprio pesquisador. Foi solicitado o consentimento informado aos participantes do estudo.

Análise dos dados

Após a transcrição das entrevistas foi realizada uma primeira leitura para ter uma visão geral do conteúdo obtido. Posteriormente, foi realizada análise qualitativa dos dados utilizando-se como embasamento os passos propostos por Minayo⁽¹³⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa, 11 familiares sendo a mãe o membro da família que mais acompanhou o paciente aos grupos e participou das entrevistas.

Quando questionados sobre os vários aspectos do cotidiano do paciente, após participação no grupo, foi possível observar que os familiares expressaram satisfação com o tratamento que os pacientes vêm recebendo, o que pode ser observado através dos temas que emergiram de seus depoimentos.

Familiares sentindo a melhora do paciente após a participação no grupo

O grupo exerce função psicopedagógica, no sentido de instruir o portador da doença, a respeito de suas limitações, ajudando-o na adaptação social e contribuindo para conciliar sua situação de doença com as posturas de convivência que o universo social requer⁽²⁾.

Vários relatos de familiares evidenciam a valorização do grupo na contribuição da melhora progressiva dos sintomas do paciente.

... É, antes dele entrar nesse grupo, ele já fazia grupo lá no Dr. Ele fez lá alguns grupos... depois veio para cá, aí já começou a ficar melhor sempre. Ele está sobrevivendo, sobressaindo da melhor forma possível.. (f.2).

Melhor! Eu acho assim... ele está um anjo... mudou bastante: eu diria pra você cem por cento, não falaria nem setenta, oitenta, cem, cem por cento...(f.5).

Hoje ela nossa! É 90% melhor. Que isso? Muito mais... posso sair sossegada deixo a casa por conta dela ela faz a comida, lava, passa, cuida da criação, cuida da casa, tranca a porta direitinho não tem problema. Então ela tem responsabilidade... horário de tomar o remédio, ela fala... quando tem que levá os meninos no Posto de Saúde no médico ela leva... De primeiro nossa! Ela não tinha nem conhecimento das crianças.... (f.10).

Alguns relatos denotam a satisfação, envolvimento e compromisso dos familiares em relação à participação no grupo.

... o dia da gente vir aqui, ele mesmo vai marcá o ônibus e fala, 'mãe nós temos que ir'. 'Tal dia nós temô que ir'. Então ele mesmo que me lembra... Então eu acho gostoso vim aqui. Também eu sinto que ele acha bom (f.6).

... a gente fala o tanto que foi bom isso pra ela. A gente procura não faltar mesmo. Porque ela precisa disso aqui tipo assim... se um dia ela for afastada deste grupo por algum motivo, receber alta, não precisá vim mais, eu acho vai fazer falta pra ela... (f.11).

A terapia de grupo, com pacientes esquizofrênicos, proporciona significativa melhora na redução do isolamento social, no aumento do compromisso com a medicação, nos aspectos volitivos, na melhora do teste de realidade, no aumento do senso de coesão contribuindo, desse modo, para a diminuição na frequência de reinternações⁽¹⁴⁾.

Resgatando as relações com pessoas significativas

A terapia de grupo concentra-se no incentivo e desenvolvimento de habilidades sociais (atividades da vida diária), especialmente no que se refere à diminuição do isolamento social⁽¹⁾.

É uma vida maravilhosa. Muito boa! Ele conversa... mais presente... convive com a gente... Hoje ele está muito alegre. Tá muito alegre com o nascimento da sobrinha, embora ele não tem um bom relacionamento com o cunhado... (f.2).

Hoje ele gosta que vai em casa, conversa com as pessoas. Ele é preocupado demais...quando o irmão sai à noite até que ele não chega ele não descansa sabe, ele tem uma preocupação... (f.4).

Se vai alguém em casa... família freqüenta ele se dá bem... se vem alguém visitá se tem alguma reunião... família no almoço, no jantar que sempre se faz né? Com primos né? Aí ele tem paciência, é muito gentil sabe? Ele diz 'cê qué que eu levo o prato pra você'? Ele leva o prato traz o copo de alguma coisa, ele é muito gentil mesmo... (f.5).

... ela é melosa demais, 'mãe quero beijo', 'mãe quero abraço', 'mãe quero carinho', 'mãezinha pra cá, mãezinha pra lá, me

escreve cartinha me manda beijinho, e é desse jeito, melosa. Melosa com A., melosa com a C., melosa com os cunhados, beija abraça todo mundo, ela é carente sabe, ela gosta de carinho (f.10).

A retomada das atividades domésticas e ocupação/trabalho

Até 90% dos pacientes com problemas mentais graves se encontram desempregados, apesar de que o trabalho remunerado seja muito importante na reabilitação do paciente. Um estudo informa que depois de um ano de trabalho, 40% dos pacientes com esquizofrenia, que eram pagos por seus serviços, obtiveram melhora em todos os sintomas e 50% informaram grande melhora nos sintomas positivos. Para os que não recebiam por seu trabalho, a melhora foi consideravelmente menor. Menos de um quarto dos pacientes esquizofrênicos estão em programas que ajudam a encontrar um trabalho para o indivíduo se manter⁽¹¹⁾.

Nos depoimentos dos familiares, pode-se observar o desejo de que (seus parentes) consigam um trabalho ao qual possam realmente se adaptar. Aparece a necessidade de que o doente se sinta útil, numa sociedade que valoriza tanto o ser produtivo. Ainda evidenciam a responsabilidade dos pacientes no que se refere às atividades que desempenham.

... trabalha em uma casa de material de construção, queixa da memória fraca que não consegue guardar os nomes e metragens dos materiais... mas, permanece lá ganhando seu dinheirinho... (f.2).

... gosta de trabalhar. Agora não gosta de chegar na hora errada, gosta de chegar na hora certinha tudo... (f.8).

... ele faz bem o serviço, ele lava roupa e bem lavada em vista de sê homem ué faz... né? Ele limpa casa, ele faz comida... (f.9).

... ela trabalha também, né? Está trabalhando... ela vai lá na minha sogra, faz faxina lá, minha sogra paga ela... qualquer um que chamar ela pra trabalhar ela vai, limpa a casa direitinho ela é trabalhadeira (f.10).

Portadores de esquizofrenia, com quadros graves, apesar de dependerem de medicação, chegam a melhorar até a ponto de poderem desempenhar o trabalho. Embora não se possa falar em cura, tal como se preconiza a cura total na medicina, a reabilitação psicossocial da maioria desses pacientes tem sido bastante evidente. Apesar da esquizofrenia tender a deixar mais seqüelas a cada novo surto, o importante é saber que essas pessoas podem chegar a ter funções na sociedade e podem chegar a ser muito produtivas, dentro de suas possibilidades⁽⁹⁾.

Em um país em que o desemprego é constante, entretanto, sobram poucas ou nenhuma oportunidade para pessoas portadoras de doença mental. Suas chances nesse mercado competitivo são precárias, fazendo com que se confirme o sentimento de fracasso no sentido de integrar-se no mundo social.

Manifestando interesse em retomar os estudos

As falas abaixo dos familiares expressam a vontade dos mesmos de que o paciente retome os estudos. Alguns depoimentos, entretanto, revelam que a vontade de retomar os estudos vem acompanhada pelas dificuldades do paciente em fazê-lo.

... gostaria de voltar a estudar... só que ele não tem uma vida progressiva. Mas, sempre superando com ajuda do medicamento e do grupo daqui do hospital. Ele está sobrevivendo, sobressaindo da melhor forma possível, embora a gente gostaria que ele voltasse até mesmo estudar... (f.2).

Voltar numa escola assim ou computação, um curso que ele queira fazer prá ele arrumar um servicinho melhor pra ele... (f.6)

... ele fala de estudar. Então, eu peguei e liquei na escola já! Disse: 'você vai ter de fazer supletivo, com essa sua idade você não pode ficar em sala de aula com crianças menores porque pode atrapalhar essas crianças'... Ele falou: 'Ah! Meu Deus é muito difícil'. Vai praticando, exercitando a mente. Ontem ele começou todo animado... (f.7)

A satisfação demonstrada sobre a possibilidade de retomar e prosseguir os estudos

Pode-se constatar, através dos relatos abaixo, que parte dos pacientes, após iniciarem acompanhamento em grupo, conseguiram retomar e prosseguir com o estudo. Alguns familiares expressam, em seus relatos, satisfação com o bom desempenho escolar do paciente.

Ele voltou a estudar... aproveitou que minha filha voltou a estudar e está indo com ela... (f.9).

... voltou a estudar e está acompanhando como nunca tivesse saído da escola... (f.10).

A participação em atividades de convívio social

Quando questionados sobre a realização de atividades de lazer, após acompanhamento em grupo, os familiares relataram várias, tais como, jogos (bola, pingue-pongue, fliperama, boticha etc.), ir a igreja,

clubes, festas, assistir televisão, ouvir músicas, entre outras, presentes nos relatos a seguir.

... às vezes não participa de festas, joga bola na calçada de casa com os colegas (f.1).

Lazer agora! Quando dá, quando eu também estou afim, a gente vai no clube, vai nadá na piscina... gosta mais é de nadar, piscina ele gosta (f.7).

... lazer dele é de ir em aniversário da família... ir no bar e assisti jogo, adora jogo na televisão (f.8).

Vai nas festas, come bastante, não dá trabalho, não dá vexame. Fica quietinha no canto dela, conversa com um, conversa com outro, conversa até demais... acho que o que ela já conseguiu até hoje... está bom demais! Hoje eu olho nela assim eu nem acredito... Quando eu posso levar ela, ela vai ela nada. Ela sabe nadar, ela nada fica lá brincando com as crianças... (f.10).

As experiências de lazer contribuem efetivamente para a valorização dos elementos do prazer, da liberdade, da afetividade, emoção e da espontaneidade e contribuem para a promoção do desenvolvimento do homem de maneira significativa, atrelando-se positivamente à sua ação no mundo⁽¹⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso do neuroléptico amplia a base de sustentação do paciente a caminho da reabilitação. Todavia, o esquema medicamentoso deve ser complementado pelos dois outros elementos que compõem o tripé terapêutico: o acompanhamento psicoterapêutico com o paciente e a socioterapia.

O interesse em tratamentos psicossociais tem duas razões: primeiro, do reconhecimento de que agentes farmacológicos têm impacto limitado na recuperação do funcionamento social e segundo, que a redução do período de internação levou pacientes em remissão parcial a serem tratados na comunidade e seus familiares tornaram-se as principais pessoas envolvidas no cuidado desses pacientes⁽¹⁶⁾.

Nesse contexto, a família assume a responsabilidade do cuidado da saúde de seus membros, necessitando de apoio dos profissionais de saúde, no âmbito hospitalar e pós-alta, tanto para facilitar sua interação com o doente mental como para propiciar a integração desse à sociedade.

Diante de tais aspectos, mostra-se evidente a necessidade da equipe de saúde voltar-se não apenas para o paciente, mas, também, para o contexto social e familiar no qual o mesmo se insere. Deve-se compreender a família como extensão do paciente.

Foi possível verificar que o grupo em questão possibilitou que pacientes e familiares fossem orientados a reconhecer os sintomas, ou as situações estressantes que podem servir de disparadores para um surto esquizofrênico, ajudando-os a reconhecer, também, quando os pacientes, submetidos às drogas (medicamentos), manifestam os sinais prévios de efeitos colaterais concernentes ao tratamento.

Algumas pessoas, mesmo tomando a medicação regularmente, podem ter recaída dos sintomas psicóticos. Além do risco de recaídas, o usuário de antipsicóticos atípicos, como a clozapina, tem o risco de agranulocitose, sendo necessária monitorização sanguínea periódica. É muito importante que tanto o paciente quanto o familiar saibam reconhecer os sintomas de recaídas e indicativos de alterações sanguíneas, pois a intervenção precoce da equipe de saúde pode impedir a recaída bem como controlar o quadro clínico do paciente.

As técnicas de terapia familiar podem diminuir significativamente as taxas de recaída do membro esquizofrênico da família. A alta emoção expressa na interação familiar pode ser diminuída através da terapia familiar. Grupo com múltiplas famílias, nos quais os familiares de pacientes esquizofrênicos discutem e compartilham temas, têm sido particularmente úteis⁽¹⁾.

Observa-se que, quando os familiares de portadores de esquizofrenia recebem atendimento, se sentem acolhidos, respeitados e valorizados porque seus conhecimentos e experiências foram reconhecidos.

Constata-se a melhora do relacionamento, antes difícil, a diminuição da ansiedade e da agressividade, o aumento da auto-estima, da tolerância e força de vontade, bem como o fortalecimento dos vínculos familiares.

Essa melhora no nível de recuperação contribui de modo significativo para a adesão aos tratamentos e mudanças qualitativas nos tratamentos em si. Simultaneamente, o rompimento da solidão e do isolamento social, em que a maioria dos pacientes se encontrava antes de frequentar os grupos, recompondo um círculo de amizades e de convívio social, permite a concretização de um primeiro nível de ressocialização que conduz muitos, em seguida, ao reinício de tentativas de reintegração social plena, evidenciadas pela busca do retorno aos estudos ou atividades profissionais.

Faz-se necessário um novo olhar para o portador de transtorno mental e para seus familiares no sentido de buscar atitudes terapêuticas que atuem na produção de vida, em um novo sentido para a

existência, nas diferentes formas de convivência e de sociabilidade. Acredita-se que o rompimento de valores padronizados possa possibilitar novas formas criativas e espontâneas de viver em sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kaplan HI, Sadock BJ. *Compêndio de Psiquiatria: ciências comportamentais, psiquiatria clínica*. 6 ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1993.
2. Louzã Neto MR, Shirakawa I. O enfoque médico atual. In: Louzã ML Neto, Shirakawa I, Barros L. *Esquizofrenia: dois enfoques complementares*. São Paulo (SP): Lemos Editorial; 1999.
3. Brandão ML, Graff FG. *Esquizofrenia*. In: Graff GF, Brandão ML. *Neurologia das Doenças Mentais*. São Paulo (SP): Lemos; 1993.
4. Voruganti LNP. A satisfação do paciente no tratamento com medicamentos antipsicóticos para esquizofrenia. In: Peuskens J. *Satisfação do paciente, adesão ao tratamento e resultados terapêuticos na esquizofrenia*. São Paulo (SP): Astra Zeneca Farmacêutica; 1999.
5. Silva CE, Pereira BB, Rozenthal M, Elkis H. Estudo-piloto com clozapina em hospital público: resultados de um ano de acompanhamento. *Rev Bras Psiquiatria* 2001 dezembro; 23(4): 180-7.
6. Bechelli PC, Caetano D. Clozapina um neuroléptico atípico: propriedades farmacológicas e uso terapêutico. *J Bras Psiquiatria* 1992; 41(1):45-135.
7. Chaves AC, Mari JJ, Shirakawa I. A clozapina é mais eficaz no tratamento da esquizofrenia do que os neurolépticos convencionais? *Rev ABP – APAL* 1993; 15(1):26-30.
8. Zanini MH, Cabral RRF. Psicoterapia de grupo na esquizofrenia. In: Shirakawwa I, Chaves AC, Mari JJ. *O desafio da esquizofrenia*. São Paulo (SP): Lemos Editorial; 2001. 9. *Psiquiatria Geral* [Página da Internet] São Paulo: Sociedade Paulista de Psiquiatria; c2002 [acesso em: 13 junho 2003]. Disponível em <http://gballone.sites.uol.com.br/psicori.html>.
10. Scazufca, M. Abordagem familiar em esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr* 2000 maio; 22 (supl 1):50-5.
11. Polit DF, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa de enfermagem*. 3 ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1995.
12. Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. datasus.gov.br [Página na Internet]. Brasília: Datasus; c2003. [acesso 2003 dezembro 23]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/pesquisa/comite/conep/resolucoes.asp>.
13. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4 ed. São Paulo (SP): Hucitec – Abrasco; 1996.
14. Shirakawa I, Nishikawa E, Cunha MJ. Grupo Operativo de Esquizofrênicos: uma experiência de três anos. *Rev Assoc Bras Psiquiatria* 1982; 4(13):46-9.
15. Camargo RAA. *Lazer, a vida além do trabalho para uma equipe de futebol entre trabalhadores de hospital*. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2002.
16. Programa de Esquizofrenia UNIFESP- EPM [Página da Internet]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); c2002 O que é esquizofrenia? [acesso em 2003 junho 25]. Disponível em www.proesq.org.br/0-que.htm.