

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
INSTITUTO DE PSICOLOGIA – IP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
E CULTURA - PSICC**

**Saúde mental e estrutura familiar:
O lugar do sofrimento psíquico grave.**

Maria del Carmen Cárdenas Jansen

**Brasília
2007**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
INSTITUTO DE PSICOLOGIA – IP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
E CULTURA - PSICC**

**Saúde mental e estrutura familiar:
O lugar do sofrimento psíquico grave.**

Maria del Carmen Cárdenas Jansen

ORIENTADOR: Prof. Dr. ILENO IZÍDIO DA COSTA

Dissertação apresentada no Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade e Brasília, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

BRASÍLIA – DF
2007

Trabalho realizado junto ao Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Dissertação aprovada por:

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa
(Presidente)

Profa. Dra. Julia Sursis Nobre Ferro Bucher Maluschke
(Membro)

Profa. Dra. Maria Aparecida Penso
(Membro)

Profa. Dra. Maria Fátima Olivier Sudbrack
(Suplente)

BRASÍLIA – DF
2007

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| Agradecimentos | |
| Resumo..... | i |
| Abstract..... | ii |
| Introdução | 1 |
| | |
| Capítulo 1 – Da noção de Sistema à Família Sistêmica. | |
| 1 - Contexto do desenvolvimento do pensamento sistêmico..... | 7 |
| 1.1 - O pensamento sistêmico e a saúde mental..... | 10 |
| 1.2 - A família como conceito moderno: história e definições..... | 15 |
| 1.3 - Definições de família na Teoria Familiar Sistêmica..... | 20 |
| | |
| Capítulo 2 – Todo sistema tem sua estrutura; toda estrutura, suas características. | |
| 2 - A teoria sistêmica e a teoria familiar estrutural..... | 25 |
| 2.1 - A teoria familiar sistêmica estrutural e seus fundamentos para a compreensão da família..... | 29 |
| 2.2 – O sintoma na teoria familiar estrutural..... | 50 |
| 2.3 - A intervenção precoce, o sofrimento psíquico grave e o trabalho com famílias..... | 53 |
| | |
| Capítulo 3 – Sobre o olhar e o fazer (n)a pesquisa..... | 59 |
| 3.1 – Objetivos..... | 61 |
| 3.1.1 – Objetivo Geral | |
| 3.1.2 – Objetivos Específicos | |
| 3.2 – Procedimentos. | |
| 3.2.1 – Início da pesquisa: Submissão e aprovação da pesquisa em comitê de ética e contato com instituições e famílias assistidas..... | 61 |

| | |
|--|------------|
| 3.2.2 – Do contato com as famílias..... | 64 |
| 3.2.3 – Sobre a coleta de dados com a família escolhida..... | 65 |
| 3.3 – Entrevistas. | |
| 3.3.1 – A PANSS..... | 67 |
| 3.3.2 – O Genograma Familiar e Linha da Vida..... | 68 |
| 3.3.3 – A Entrevista Familiar Semi-estruturada baseada no Calgary Family Assessment Model - CFAM..... | 69 |
| 3.4 – Metodologia de pesquisa e da análise dos dados: | |
| 3.4.1 – Estudo de Caso..... | 70 |
| 3.4.2 - Análise de Conteúdo..... | 71 |
| 4 – Resultados e Discussão..... | 75 |
| 4.1 - A PANSS, os sintomas e o sofrimento identificado na família..... | 75 |
| 4.2 – Genograma familiar e apresentação dos familiares..... | 80 |
| 4.3 – A linha da Vida Familiar e Mudanças no Ciclo de Vida Familiar..... | 102 |
| 4.4 – Análise de conteúdo das entrevistas – A estrutura familiar..... | 114 |
| 5 – Considerações finais | 133 |
| 6 – Bibliografia..... | 144 |
| 7 – Anexos..... | 149 |
| 1. Classificações Diagnósticas da CID-10 utilizadas..... | 150 |
| 2. Termo de consentimento livre e esclarecido..... | 153 |
| 3. Entrevista semi-estruturada..... | 156 |
| 4. PANSS..... | 163 |

Agradecimentos

Fase emocionante e gratificante da escrita e da vida em si. Quero agradecer desde já a todas as pessoas que fazem parte de meu caminho até aqui e adiante. Por serem parte do que me faz continuar investindo e sonhando.

Agradeço:

À força maior, que nos ilumina os caminhos e os corações. A Deus, à vida, que com seus mistérios, nos faz evoluir.

À minha família toda, que como dizia um anjo, traz consigo a vingança dos cromossomos. Vocês me ensinam a amar, com seu apoio, suas críticas, seu colo, seu carinho e sua persistência e dedicação, apesar da distância geográfica. Em especial agradeço:

A meus pais: Marco Antônio e Carmen. Grandes mestres, que me ensinaram acima de tudo o amor, o respeito, incitando a curiosidade pelo mundo e acompanhando meus passos sempre com muito carinho e apoio;

A meus irmãos Ricardo, Carlos e Marquinho; à Kátia e família, e a meus sobrinhos, reforçando a noção de que vínculos de amor se mantêm pela dedicação e pelo afeto.

E que a saudade é dada a quem ama;

À minha tia Ana, por fomentar a busca pelo conhecimento e por todo o respeito, o carinho e apoio sempre;

À Tia Dinda, Tânia e Karina, carinhos sempre;

À Fips que me acompanha com sua fidelidade canina e me enche de afeto, me acolhendo sem críticas;

A meus anjos que me ensinam o amor e que me acompanham sempre, estejam onde estiverem: Na, Quindim, Ramón e Angelina;

São meus exemplos eternos.

Ao Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa, meu mestre, orientador e amigo, por tantos caminhos percorridos desde a graduação até agora (e no futuro), por participar de minha formação profissional, acadêmica e pessoal. Pela paciência, por apostar em mim, por ensinar e ter o carinho, a dedicação, o tempo, o amor, o respeito pelo outro e por nós mesmos.

Às Profas. Dras. Fátima Sudbrack, Izabel Tafuri, Maria Cláudia Oliveira, Deise Matos, Marisa Brito, Sandra Francesca e Kátia Brasil. Vocês são exemplos de carinho, força e dedicação ao trabalho.

Às pessoas que foram atendidas pelo GIPSI, por mim e por colegas. Em especial à família que participou desta pesquisa, pelo carinho, por me angustiarem, me fazerem crescer pessoal e profissionalmente, por me provocarem questionamentos, que me levam à busca por conhecimento e por possibilitarem este trabalho.

* Durante a revisão final pós-defesa deste trabalho, Donato sofreu um enfarto fulminante e eu gostaria de fazer um agradecimento especial a ele e sua família, novamente. Na falta de palavras ou formas sintéticas de expressar meu carinho e meu agradecimento, desejo luz nos caminhos de todos, para que não falte força nunca. Esta família, além de tudo, será sempre exemplo.

A meus amigos de risos e de lágrimas por compartilharem caminhos e serem sempre força (e paciência, nesta fase). Em especial, em ordem alfabética (como forma de evitar conflitos): Daniel (Carvalho e Gaio), Daniela, Delano, Décio, Diego, Emília, Enrique, Everson, Fabinho, Fabíola, Guilherme, Giu e família, Igor, Joe, Johnson, Karina, Lemos, Letícia, Luciana, Marcela, Márcia e família, Marília, Marina e Mik (que além de tudo, fazem análise de conteúdo!), Mel, Pedro, Silvinho e família, Tatiana Yokoy, Thiago, Vilma, Yuri, Wainer e a todas as demais pessoas que às vezes sem saber, me ajudam a continuar sonhando! À todos os demais amigos de amor à música (e a roda de samba), à poesia e à vida, meus amigos de aprendizado, meus amigos de sempre!

Ao grupo GIPSI, em especial: à Maviane, colega de angústias e paixão pela profissão; à Nerícia por ser tão amiga sempre, ser exemplo de persistência e também fazer análise de conteúdo; à Elisa por todo seu carinho; à Luciana e Otoniel pelo compartilhar também neste processo com a família estudada; ao Enrique por todo seu afeto; a meus transcritores de entrevistas e ao grupo em sua história, por comigo compartilhar o amor e respeito a clínica.

Ao programa de Pós Graduação em Psicologia e ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica e Cultura que com sua existência e em especial, com professores e funcionários, possibilitaram este caminho acadêmico. Aos funcionários do IP e do CAEP, em especial à Regina, Edna, Flávia, Djene e Basílio.

À Secretaria de Saúde do Distrito Federal, ao HSVP e ao ISM por viabilizarem minha coleta de dados. Em especial, agradeço à Graciane e a Anunciação, exemplos de dedicação, por toda a disponibilidade.

Ao CNPq e à CAPES pelo fomento de meu curso de pós graduação.

O meu sincero MUITO OBRIGADA!!!

¿Como puede un hombre hacer del mundo externo un hogar?
¿Cómo y en qué forma debe luchar, qué debe buscar cambiar y superar dentro y fuera de sí para encontrar la seguridad, el ambiente de amor, la tranquilidad del alma, el sentido de identidad y honor, que todos los hombres han conectado en sus recuerdos con la idea de familia?

(Arthur Miller)

Resumo

O presente estudo objetiva investigar a organização estrutural de um sistema familiar com um ou mais membros em sofrimento psíquico grave, de forma a conhecer este sofrimento e sua função sistêmica. Para tal, fundamentamo-nos na teoria familiar sistêmica estrutural e executamos uma pesquisa qualitativa de estudo de caso junto à uma família assistida por unidade de atenção à saúde mental do Distrito Federal. Após levantamento de dados em prontuário e contato inicial com a família, foram realizadas entrevistas para levantamento de dados da linha da vida familiar, genograma e de entrevista semi-estruturada voltadas a conhecer a estrutura familiar e aplicou-se a PANSS para reconhecimento de sintomas positivos e negativos do paciente identificado. Utilizamos a análise qualitativa e a análise de conteúdo das entrevistas para tratamento dos dados coletados. Assim, descrevemos neste trabalho a forma de estabelecimento do sofrimento psíquico grave identificado na família pesquisada, a estrutura familiar e a organização do sistema familiar em relação ao sintoma estabelecido e observamos a importância do trabalho terapêutico com famílias e a aplicabilidade prática dos preceitos teóricos utilizados como fundamentos para nosso estudo. Sugerimos e justificamos a implementação de políticas públicas de intervenção que sejam além de precoces, capazes de lidar com a organização familiar sistêmica onde se estabelece o sofrimento e que não sejam voltadas apenas à orientação das famílias, como tem sido preconizado atualmente nos trabalhos em saúde mental.

Palavras Chave: saúde mental; estrutura familiar; sofrimento psíquico grave; sistemas.

Abstract

The current study aims to investigate the structural organization of a familiar system constituted by one or more individuals in acute psychic suffering, in such a manner as to allow cognizance of this suffering and its systemic function. To achieve this, we have based ourselves on structural systemic familiar theory and undertook a case-study qualitative research with one family that is assisted by a mental healthcare unit in Distrito Federal, Brasília, Brazil. Following data collection in record and initial contact with the family, interviews were conducted, in order to provide information regarding the familiar life line, genogram and a semi-structured interview, aiming the attaining of knowledge regarding the family structure as PANSS was employed to determine positive and negative symptoms of the identified patient. Qualitative and content analyses of the interviews were utilized to process the collected data. Thus, a description is made, within this work, of the form through which acute psychic suffering is established, as identified in the researched family, of the familiar structure and the organization of such a familiar structure in regard to the established symptom. The relevance of therapeutic work with families and the practical applicability of theoretical precepts herein employed as basis to the development of the work were observed. Suggestions and justifications are made, considering the implementation of public policies, not only ones that encompass early intervention, as well as ones that might be rendered capable of dealing with systemic familiar organization, where the suffering is originated, but also ones that don not exclusively involve family guidance, as currently professed in the field of mental healthcare.

Keywords: mental health; familiar structure; acute psychic suffering; systems.

Introdução

Diversos estudos sobre as formas de apresentação do sofrimento psíquico grave são desenvolvidos em busca de aprimorar as formas de identificação e de intervenção (Carvalho, 2006; Chen, 1999; Costa, 1999; Costa, 2003; Costa, 2006; Eaton *et al.*, 1995; McGorry, 1997). Parte-se da releitura das formas de compreensão do desencadeamento, do estabelecimento e da evolução do sofrimento e chega-se a novas formas de trabalho junto à comunidade como um todo e junto aos pacientes e suas famílias na busca de intervenções não moldadas ao antigo modelo manicomial e de trabalho com quadros crônicos.

Os objetivos deste estudo encontram-se em consonância com as recomendações do relatório mundial da OMS (2003), segundo o qual as políticas a serem formuladas devem se embasar em informações atualizadas e adequadas à comunidade, a indicadores de saúde mental, intervenções, estratégias de prevenção e promoção de recursos para a saúde mental. Com este trabalho pretendemos possibilitar a reflexão sobre as formas de intervenção junto aos pacientes e às famílias, podendo esta reflexão ser também promotora de recursos para a saúde mental.

Baseando-se na teoria familiar sistêmica, pode-se entender que o sofrimento psíquico grave não se estabelece apenas na pessoa do sujeito identificado; diz de um “sofrimento sistêmico”, que se estende e está presente entre os membros que fazem parte desse sistema chamado família. Segundo Minuchin (1990a), quando a família identifica um de seus membros como o portador dos sintomas, ou ainda “o paciente”, pode-se pressupor que os sintomas assumam o lugar de recurso de manutenção do sistema ou ainda um recurso do “sistema mantido”.

Assim, conhecer as estruturas familiares que apresentam sofrimento psíquico grave identificado em um de seus membros deve possibilitar intervenções e elaborações psicoterápicas conseqüentes junto a estas famílias. Alguns estudos na área (Andolfi 1981; Ausloos, 1998; Carvalho, 2006; Costa, 1999; Costa, 2003; Costa, 2006; Minuchin, 1990a e 1990b; Palazzoli e cols. 1998) têm demonstrado que os sistemas familiares apresentam características e dinâmicas que interferem na forma de lidar com problemas ou demandas psicológicas. Desta forma, papéis, funções, formas de comunicação e relações entre outros fatores constituintes da estrutura familiar são assumidos dentro de tal sistema e servirão para manter, estabelecer, identificar e/ou lidar com o sofrimento.

A teoria familiar sistêmica estrutural considera que a família possui padrões e uma organização relativa às relações e comportamentos que permitem a observação das estruturas e que possibilitam a visão sistêmica dos acontecimentos entre os indivíduos formadores deste. Segundo esta teoria, as configurações familiares deverão ser observadas, estando o terapeuta atento às distâncias e fronteiras do sistema, sendo o sintoma compreendido como “marco” de uma estrutura disfuncional a ser remodelada (Goldenberg-Merenfield, em Elkaim, 1988). O foco deste trabalho é o conhecimento da estrutura familiar e da crise psicótica entendida como sofrimento psíquico grave, inserida no contexto familiar do paciente identificado, em busca de compreender o sofrimento em seu contexto. Conforme discutido a seguir, compreendemos o sofrimento psíquico grave como desestruturador do sujeito e parte do funcionamento e da estrutura familiar da qual participa o sujeito identificado como portador do sintoma.

Em função da possibilidade de trabalho com a estrutura familiar torna-se possível desenvolver formas de atuação que permitam uma melhor compreensão das famílias e, por conseguinte, um aperfeiçoamento dos serviços de atenção à saúde. Estes podem ser viabilizados pelo aperfeiçoamento da identificação precoce de crises, bem como a intervenção junto a um sistema complexo marcado por interações que influenciaram na ocorrência da crise.

Segundo relatório da Organização Mundial da Saúde de 2001, os esforços de pesquisa devem se voltar ao aperfeiçoamento das formas de detecção de riscos em etapas precoces ou antes de manifestações iniciais de quadros de esquizofrenia, estando de acordo com os trabalhos na área de intervenção precoce.

A identificação de sinais prodrômicos (sinais que possibilitam vislumbrar um estado de risco a crises do tipo psicóticas) ou de uma primeira crise do tipo psicótica, e a busca por serviços psicossociais, possibilitam a intervenção precoce que pode resultar na não deterioração biológica, social e psicológica decorrentes nos primeiros anos seguintes ao início de quadros transtorno psicótico, como ressalta Birchwood (1992, em McGorry, 1997).

Segundo Costa (2006), atualmente o potencial da psicoterapia em aumentar respostas às intervenções farmacológicas e em promover a recuperação, assim como a não cronificação de quadros de sofrimento psíquico grave, é cada vez mais aceito e comprovado. Assim, Costa (2006) propõe a compreensão da intervenção precoce como proposta terapêutica ou de ações como intervenções medicamentosas, psicológicas e relacionais, implementadas de forma imediata em primeiras crises de sofrimento psíquico grave, seja ele neurótico ou psicótico, por trabalharem com sinais e sintomas

de elevado nível de angústia, independente da estrutura com a qual se trabalha.

Ainda ao tratar do sofrimento psíquico grave, considerando o sintoma como inserido em um sistema maior, para além do sujeito, é indispensável não deixar de compreender o sofrimento do sujeito em si, um dos elementos que funciona como porta voz do funcionamento sistêmico. O trabalho de intervenção busca, além da não cronificação do quadro de sofrimento, o trabalho com o sofrimento já existente, por si só já demandante de atenção especializada e multidisciplinar.

Assim, compreender o sofrimento e a estrutura familiar em sua complexidade, além de possibilitar o aprimoramento de intervenções precoces, é mais uma forma de atuar junto aos sujeitos, levando a um trabalho em saúde mental inserido no contexto pessoal, familiar e social.

Pesquisas que coadunem o pensamento sistêmico ao trabalho de intervenção precoce vêm sendo desenvolvidas recentemente. Em nosso levantamento bibliográfico foi possível perceber a carência de pesquisas e trabalhos que compreendam o trabalho familiar para além da orientação e apoio às famílias por parte de equipes que intervêm em quadros de sofrimento psíquico grave. Não pormenorizamos os trabalhos com as características supracitadas, porém, propomos a intervenção familiar de cunho terapêutico, justificada pela concepção teórica familiar sistêmica a respeito da função e do lugar do sintoma.

Temos como proposta a partir deste estudo de caso, verificar a aplicabilidade da teoria familiar já elaborada sobre o sofrimento mental na família, associando tal fator à realidade sociocultural da qual participamos, com

o foco na possibilidade de desenvolvimento de formas de intervenção adaptadas à nossa realidade de serviços de saúde disponíveis.

Organizamos o presente estudo da seguinte forma:

O primeiro capítulo trata da noção de sistema, do desenvolvimento do pensamento sistêmico e da teoria familiar sistêmica. Para tal, trazemos uma perspectiva histórica do desenvolvimento do pensamento sistêmico nas ciências, sua relevância na construção de teoria familiar e alguns conceitos utilizados pelos teóricos familiares sistêmicos. Assim, chegamos à temática da saúde mental pela ótica sistêmica, apresentamos conceitos e a história da atuação clínica na área da saúde mental, dos terapeutas familiares que desenvolveram a teoria familiar sistêmica. Fazemos ainda uma revisão do conceito de família, de maneira a fundamentar nossa discussão a respeito desta, partindo da forma de compreensão deste grupo social que chamamos de família. Chegamos então às definições de família para a teoria familiar sistêmica como forma de possibilitar uma reflexão sobre o conceito e delimitar nossa compreensão do termo família.

O segundo capítulo trata da *estrutura familiar* enquanto conceito da teoria familiar sistêmica. Procuramos traçar uma perspectiva histórica do desenvolvimento da noção de estrutura familiar, os conceitos sistêmicos aplicados às concepções teóricas sobre família e os fundamentos para a compreensão da família enquanto célula social. Neste capítulo são apresentados os elementos que consideramos como partes da estrutura familiar a serem observados, propostos pela teoria familiar estrutural e pelo Calgary Family Assessment Model, bases para nossa compreensão do sistema familiar estudado. Para finalizar, apresentamos como a teoria familiar estrutural

entende o sintoma e como esta compreensão é utilizada por nós em nosso trabalho.

O terceiro capítulo é dedicado à metodologia. Neste fazemos uma apresentação do conceito de pesquisa qualitativa, sua cientificidade e a observância de seus fatores constitutivos. Apresentamos também nossos objetivos e os procedimentos adotados em nossa pesquisa, desde a submissão do projeto de pesquisa ao comitê de ética até o contato com a família estudada. Apresentamos os instrumentos de coleta de dados utilizados e a metodologia de pesquisa e análise de dados, sendo respectivamente o estudo de caso e a análise de conteúdo.

No quarto capítulo, apresentamos os resultados e a discussão de nossa pesquisa. Trata-se da apresentação de uma família e da discussão resultante da análise dos dados coletados com a teoria que fundamenta nosso estudo.

O quinto capítulo é dedicado à conclusão de nosso trabalho, tratando também das limitações da pesquisa realizada, observações sobre o tema e sugestões de trabalhos e pesquisas na área.

Capítulo 1 – Da noção de Sistema à Família Sistêmica.

“Apenas o homem aspira ser
as duas coisas ao mesmo tempo
– um solitário social”

J. Bronowski

1 - Contexto do desenvolvimento do pensamento sistêmico

Os acontecimentos sócio-culturais e econômicos que marcaram a primeira metade do século passado, tais como as duas grandes guerras, a depressão financeira decorrente destas, o início da guerra fria associada a seus princípios ideológicos e mudanças filosóficas nas quais estas se fundamentavam, assim como as mudanças sociais, ampliaram os questionamentos sobre a influência dos contextos sobre os indivíduos.

À época do desenvolvimento das teorias familiares na perspectiva psicológica, a mudança de paradigmas na saúde mental e na compreensão de homem mostrou-se marcante em diversos campos do pensamento científico. Houve uma transformação do pensamento reducionista fundamentado em concepções intrapsíquicas e explanatórias, para um pensamento centrado em idéias e formas de compreensão de caráter psicossocial, contextual e sistêmico.

No final da década de 40, Norbert Wiener (citado em Sluzki, 1997) formulou o modelo cibernético, centrado nos processos de controle de informação os quais permitem uma regulação interna dos processos dos organismos vivos, máquinas e estruturas sociais, tendo como ponto principal a noção de “*retroalimentação negativa*” (feedback negativo), a qual possibilita descrever e ou explicar processos de neutralização ou correção dos desvios do

sistema para além do equilíbrio (Sluzki, 1997, pág. 128). Tal modelo afetou diversas áreas do meio científico, refletindo diretamente nas fundamentações teóricas e filosóficas do pensamento sistêmico como um todo.

A partir da reivindicação da noção de *retroalimentação positiva* na formulação teórica cibernética, dez anos após a proposta do modelo inicial, esse foi enriquecido pela noção de existência de movimentos sistêmicos que possibilitam mudanças que vão além dos parâmetros e do equilíbrio original, em direção à desestabilização.

O argumento principal para a compreensão dos sistemas apontava para a necessidade de considerar os processos que favorecem o desequilíbrio, na busca de uma nova adaptação do sistema às circunstâncias e ao crescimento, além dos que levam a manutenção da homeostase. A retroalimentação positiva envolve mudanças qualitativas presentes além das fronteiras de parâmetros prévios dos sistemas, mudanças que requerem desvios dos processos em suas formas originais, chegando então a novos limiares e atingindo “novos níveis de equilíbrio”. Esta inovação teórica provoca a implementação do conceito de *cibernética de primeira ordem* ou “cibernética dos sistemas observados” pela noção de equilíbrio flutuante dos sistemas, qual seja, a busca pelo equilíbrio homeostático anterior do sistema e ao mesmo tempo, a capacidade de inovações dentro do sistema para um estado diferente do anterior.

Acontece, então, segundo Sluzki (1997), um novo salto evolutivo no modelo cibernético, por intermédio dos questionamentos sobre a realidade desencadeados pela formulação da física quântica, que propõe a inexistência de uma descrição objetiva da realidade, pelo fato do observador organizar o observado e a observação afetar o observador.

Vasconcelos (1995) afirma que “a realidade só existe a partir da pergunta do observador sobre ela”. Responder a tal pergunta seria então a principal atividade científica. Os desenvolvimentos provocados por tais postulados da física, com a problemática do olhar da cibernética sobre si mesma, levaram a uma análise cibernética da relação observador-observado que fundamenta a chamada *cibernética de segunda ordem* ou “cibernética dos sistemas observantes”.

A ciência, ao adotar a visão sistêmica do contexto e das interações das partes que o constituem, depara-se com problemas da “complexidade organizada” (Von Bertalanffy, 1967, em Vasconcelos, 1995). A noção de sistema surge, então, ocupando o lugar de conceito fundamental para a investigação científica. Este conceito leva ao não mais isolamento dos fenômenos, abrangendo unidades de estudo cada vez mais amplas, buscando a compreensão do fenômeno em seu contexto. A proposta de novas formas de investigação dos sistemas leva ao desenvolvimento de diferentes áreas complementares do conhecimento científico (Vasconcelos, 1995, pág. 73), com destaques para as teorias das “ciências dos sistemas”, a saber: as concepções funcionalistas utilizadas por antropólogos na época e a antropologia estrutural de Lèvi-Strauss, a teoria da informação de Shannon, a lingüística de Korzybski, a teoria dos jogos, assim como a teoria geral dos sistemas do biólogo Ludwig Von Bertalanffy. Todas estas influenciaram de forma marcante a ciência e os terapeutas familiares, ao relacionarem funções a contextos e ao trabalharem a idéia de relação entre as partes, sendo constituintes do chamado “pensamento sistêmico”, tendo como características comuns o estudo dos problemas da interação, da organização, da regulação, das escolhas e das metas.

Assim, Von Bertalanffy (1977) define sistema como:

O conjunto de elementos colocados em interação, não sendo constituído, portanto, por partes independentes, mas, antes, por partes interdependentes, o que constitui uma unidade ampla, inteira. As ações e comportamentos de um dos membros influenciam e simultaneamente são influenciados pelos comportamentos dos outros (pág. 86).

Von Bertalanffy refere-se às retroações negativas enquanto processos que objetivam a condução à norma, dos diferentes elementos do sistema (Elkaïm, 1998), entre outros postulados e reflexões sobre sistemas que foram adotados como fundamentos da teoria familiar sistêmica e que serão abordados de forma mais detalhada nos próximos capítulos deste trabalho.

1.1 - O pensamento sistêmico e a saúde mental.

A teoria familiar sistêmica, surgida nos Estados Unidos, na década de 50, apresenta ao menos uma característica bastante incomum às demais abordagens psicoterapêuticas da época. Seu desenvolvimento se dá a partir de teóricos que não se conheciam previamente e que, por motivos diversos, influenciados pelas mudanças epistemológicas da época, iniciam investigações a respeito das famílias e funcionamentos das mesmas sobre a saúde mental e a formação dos indivíduos.

Inspirados na noção de sistemas e de contextos, os teóricos do início do pensamento sistêmico compararam as famílias a sistemas abertos em estado de equilíbrio e os sintomas a comportamentos de retroação negativa, na busca da preservação ou proteção de um estado anterior já não funcional ou existente.

Bateson, um dos teóricos seminais da teoria familiar, eleva a cibernética ao “*status de epistemologia*” (Dell, 1985 em Vasconcelos, 1995, pág. 31). A cibernética como ciência da organização e dos padrões de relação afirma sua importância para o pensamento sistêmico ao se verificar que este compreende o sofrimento e os eventos com o foco não mais nos indivíduos, mas sim, em suas relações.

No contexto histórico do surgimento da teoria familiar sistêmica, a psicanálise se estabelecia de forma marcante nos Estados Unidos, sendo a “porta para as terapias ativas” (Elkaïm, 1998), demonstrando a ineficiência da psiquiatria biológica descritiva com finalidade diagnóstica. Houve, no entanto, um encontro dos terapeutas da época com as limitações do modelo psicanalítico. Ainda ao considerar a importância de Freud, ao possibilitar uma compreensão profunda do mundo intrapsíquico do indivíduo, a concepção de indivíduo como sistema fechado associada à recusa psicanalítica em fazer as famílias participarem do tratamento estabeleceram uma prática de não incluir as famílias na maior parte das formas de tratamento propostas pela psicanálise em sua fase inicial, a não ser para orientações a pais em casos específicos (Framo, 1976).

Diversos terapeutas reavaliaram o princípio de exclusão inicial das famílias, quando perceberam que, ao tratarem de um só indivíduo, uma parte do problema total permanecia invisível. Muitas vezes o paciente identificado era quem fazia progressos que perduravam, enquanto sua família permanecia sem mudanças e, em diversos casos, as terapias individuais ruíam, por conteúdos emocionais primordiais ficarem fora do tratamento (Framo, 1976).

Ainda neste contexto histórico, social e científico, terapeutas que viriam a se destacar enquanto desencadeadores do pensamento da teoria familiar

sistêmica como Don D. H. Jackson e Jay Haley (citados em Elkaïm, 1998), na década de 50 enfatizavam a observância de que a melhoria de estados de saúde de algum membro familiar, em alguns casos, poderia coexistir com o surgimento de algum outro problema afetando outro membro da família, uma suposta circulação do sintoma dentro do mesmo sistema.

À mesma época, S. Fischer e D. Mendell (em Elkaïm, 1998) constataram a relação contrária, de melhoria em cadeia, havendo mudanças no sistema familiar com a evolução terapêutica de um de seus membros, em atendimento. Essas verificações elevaram a um lugar de destaque as relações possíveis entre a problemática do indivíduo (o sintoma) e a do conjunto que viria posteriormente a ser identificado enquanto sistema familiar.

Sobre o sintoma, a teoria familiar destaca a passagem da noção de doença à de sintoma, proposta pelo enfoque freudiano de uma nova dimensão que desaloja o conhecido enquanto síndrome ou doença para a compreensão das marcas de processos estruturais da personalidade. Neste sentido, a esquizofrenia transforma-se em signo para a terapia familiar; é vista, então, como um sintoma de uma estrutura familiar particular (Miermont, 1994).

Costa (2003) destaca os trabalhos de Wynne e cols. (1992), ao discutir a ênfase dos trabalhos de terapeutas familiares sobre o conceito de doença, sendo esta compreendida em “uma narrativa colocada em um contexto bio-psico-social”. Desta forma, há uma busca dos terapeutas familiares em sair das discussões sobre modelos causais e partir para uma concepção de compartilhamento de responsabilidades em buscar soluções. A doença passa a ser vista para além do espaço pessoal, tornando-se verificável enquanto experiência com significados compartilhados, negociáveis e compreendidos de forma transacional, comunicativos e sociais.

Alguns motivos enumerados por Costa (2003, pág. 77) que justificam a rejeição do conceito de doença pelos terapeutas familiares, segundo Wynne, são:

1 - A visão dos terapeutas sistêmicos da doença enquanto parte do paradigma médico-biológico restritivo, o qual é contrastado pelos terapeutas familiares com as concepções ecossistêmicas e de contexto relacional transacional.

2 - A ênfase do foco na doença visto enquanto erro clínico ao negligenciar “o cuidado e as habilidades adaptáveis , os meios e os recursos dos indivíduos e das famílias”.

3 - A compreensão do conceito de doença como propondo um “modelo causal defeituoso”. Segundo Costa (2003) as discordâncias a respeito das hipóteses da etiologia biológica e psicológica da doença esquizofrenia tornaram-se freqüentes entre os teóricos familiares desde os anos 50. No início, a etiologia da doença era vista como fortemente ligada a uma comunicação familiar patogênica. Este modelo causal, ainda segundo Costa (2003, pág. 77), foi rapidamente identificado como unidirecional, sendo substituído por noções de causalidade circular e processos “familiares” cibernéticos.

4 - A noção de doença como fator inerentemente estigmatizante. A identificação de alguém como doente, destacando-se a doença mental, pode aumentar as dificuldades de obter apoios (no processo terapêutico) e alcançar mudanças junto aos pacientes.

Sintoma, do grego, significa literalmente, *o que cai com*. É ligado ao patogênico, porém não contém em si a causalidade deste. O sintoma *diz* de algo patogênico (Miermont, 1994). Pode-se perceber na etimologia da palavra

sintoma, seu sentido para a teoria familiar e assim a passagem da noção de doença para a de sintoma.

Assim, considerando o sintoma no enfoque proposto pela compreensão psicológica com aspectos intrapsíquicos e relacionais, é possível definir sintoma de diferentes formas, segundo Miermont (1994, pág. 507), a saber: 1 - o sintoma como um problema, vivenciado enquanto problema, ligado à uma doença ou causa patogênica e que deve ser apagado ou sua causa deve ser suprimida. A causa e o sintoma possuem uma circularidade em planos analógicos; 2 - sintoma como mensagem, tendo efeito sobre uma relação. Neste caso os elementos ligados ao sintoma são ao mesmo tempo causas de sintoma e sintomas de alguma causa patogênica; 3 - o sintoma com a função de solução para o sistema ou presente no sistema. Aqui se identifica o sintoma e sua causa como elementos característicos de uma solução presente no sistema ou enquanto solução elaborada pelos membros do sistema e suas relações. Neste caso, a solução está ligada a uma identificação da rigidez do funcionamento sistêmico frente às mudanças possíveis.

Como se pode notar na a história do desenvolvimento da teoria familiar sistêmica, a compreensão do sofrimento enquanto sintoma sistêmico torna-se fundamental ao examinarmos que o desencadeamento do interesse pelo estudo e a elaboração de uma proposta de terapia familiar surge a partir de trabalhos de terapeutas da área de saúde mental. Zuk e Rubinstein (1976), citados por Costa (2003), fazem uma revisão dos autores da teoria familiar e destacam o trabalho de Jackson e Satir sobre fatores de suposto interesse determinante no tratamento da esquizofrenia pela família. Destacam a importância da influencia dos estudos psicológicos e sociológicos sobre

diferenças de incidência da esquizofrenia entre grupos sociais, étnicos, e culturais em geral, nos Estados Unidos.

Também o trabalho de Sullivan, citado em Zuk e Rubinstein, destaca a influência dos problemas “concorrentes” nas vidas dos pacientes. O texto clássico na área de família, “*Toward a theory of schizophrenia*”, publicado em 1956 por Bateson, Jackson, Haley e Weakland, propõe o conceito de *Duplo Vínculo* discute pesquisas sobre as influências familiares da esquizofrenia (Costa, 2003, pág. 185). Este trabalho sobre a esquizofrenia tornou-se um clássico que se destaca na história da teoria familiar sistêmica e resulta de trabalhos e elaborações no campo da saúde mental.

Tais trabalhos são exemplos do constante interesse pela família enquanto contexto, assim como marcam e o início da teoria familiar sistêmica entre terapeutas da área da saúde mental e dão destaque ao trabalho com pacientes em quadros diagnosticados como esquizofrenia.

1.2 - A família como conceito moderno: história e definições.

Ao tratar do termo família para designar um grupo social, tenha a configuração que tiver, torna-se importante revisar a história do uso do conceito para contextualizar as mais diferentes definições de família utilizadas atualmente no ocidente. Consideremos que diferenças nos contextos sociais levam a novos delineamentos do grupo que denominamos família (Passos, 2005). Até meados do século XVIII não havia um contexto de recolhimento da relação sujeito-grupo familiar a um espaço privativo e, portanto, não existia a associação das relações afetivas enquanto configuração integrante da família.

Na Europa, a organização de uma família nuclear fundamentada no afeto e unida em torno da criança surge no final do século XVII início do século XVIII,

segundo Ariès (1981). Antes destas mudanças, que caracterizam o processo de identificação do “sentimento de família” e que se estrutura no mesmo momento da possibilidade do estabelecimento de um “sentimento de infância” (Ariès, 1981, pág. 210), o grupo social relacionava-se no mundo público de forma análoga. Não havia uma diferenciação da relação entre crianças e adultos de uma família e sua relação com as demais pessoas da sociedade, não havia uma distinção clara entre os investimentos afetivos entre os membros de uma família e entre demais convivas da comunidade (Passos, 2005, pág. 15).

A família anterior a este período histórico pode ser considerada como tal ao se desvincular da noção de linhagem. Segundo Flandrin citado por Ponciano (2002), é possível abordar o conceito de família anterior ao século XVIII, ao compreendê-la para além do “trio pai-mãe-filhos” e considerando ajuntamentos relacionados à linhagem (parentesco e afins) e à “domesticidade” (compartilhamento de refeições, divisões do espaço interno, governo da família, regras morais e rituais, por exemplo).

Neste sentido, notamos o surgimento da noção de compartilhamento de um mesmo espaço por um grupo específico como sendo um dos determinantes do grupo família, que ocupa um lugar fundamental junto às ligações afetivas entre os sujeitos deste grupo na sociedade moderna ocidental. De acordo com Passos (2005):

Foi só com o recolhimento dos membros de uma família com laços biológicos a uma casa com espaços de convivência delimitados que passou a existir privacidade, troca entre os sujeitos e (...) o surgimento da noção de família (pág. 15).

A definição de família tem sido objeto de discussão em diversas áreas de conhecimento como a Sociologia, a Antropologia e a Psicologia. Segundo Costa (2003), ao analisarmos a família através dos tempos, identifica-se uma determinação constituinte e conflitiva dos seus diferentes parâmetros de compreensão e definição possíveis, variados conforme as diversas fases históricas (pág. 85). Para definir que grupo é este, deparamo-nos com a necessidade da observância das diferentes configurações possíveis na sociedade em função de características culturais, geográficas e econômicas. Com a “evolução epistemológica” (Costa, 2003), como referida anteriormente, houve a possibilidade de discussões no meio científico sobre sistemas e configurações que desencadearam o aprimoramento do conceito e acrescentaram elementos fundamentais à compreensão do “fenômeno família” (pág. 85).

Como exemplos dos parâmetros utilizados historicamente para definir família, temos os descritos por Flandrin (em Costa, 2003):

- tópico: a *domus*, a casa, o *oikos*, o teto;
- simbólico: transmissão do patronímico e/ou matronímico, filiação;
- dinâmico: as pessoas que vivem junto;
- genético: o parentesco genealógico, por consangüinidade e aliança;
- econômico: a comunidade de interesses. (pág. 85).

Segundo Canevacci (em Costa, 2003), é atribuído a Morgan, um dos principais formuladores das terias hipotético-comparativas sobre família, o mérito de enfatizar a influência social na forma e na estrutura da família e a distinção entre as diversas organizações e significações possíveis da família (pág. 79). Para Morgan, a família e seu conceito possuem seis estágios de desenvolvimento, sendo eles:

1º - Predomínio de um estado selvagem com o “*comércio sexual sem obstáculos*”;

2º - Conceito de cônjuges pertencendo uns aos outros (mulher ao homem e vice-versa). Esta forma de compreensão de família evolui para o conceito de família consangüínea, havendo o casamento entre irmãos, pertencentes a um mesmo grupo;

3º - “Família *sindiásmica ou de casal*” com casamentos entre casais individuais, porém não necessariamente havendo coabitação exclusiva. Os dois cônjuges podiam decidir continuar ou não casados.

4º - Família fundada pelo casamento de um homem com várias mulheres, também identificada como *família patriarcal*;

5º - “Família *monogâmica*” fundada pelo casamento de casais exclusivos, havendo compartilhamento obrigatório da habitação (Costa, 2003, pág. 79).

Esta subdivisão conceitual proposta por Morgan pode ser compreendida como introdução à questão da origem das famílias. Após estas formulações, diversas outras formas e tentativas de delineamento teórico das maneiras de organizações familiares possíveis surgiram nas mais diferentes áreas de conhecimento científico.

O antropólogo estrutural Lévi-Strauss (Sluzki, 1997) fez uma revisão conceitual da família que reflete nas teorias familiares até os dias atuais. Ele assinala três tipos de relações familiares que participam da estrutura elementar de parentesco:

1) a *relação de consangüinidade* (entre irmão e irmã), 2) a *relação de aliança* (entre marido e mulher) e 3) a *relação de filiação* (entre progenitor e filho) (em Costa, 2003, pág. 82).

Na tentativa de conceber a associação de suas elaborações e a questão da estrutura inconsciente, o grupo familiar é definido por Lévi-Strauss como o sistema de relações entre duas famílias, fundamentado na regra da proibição do incesto entre os membros do grupo o qual, na busca de renovação, busca alianças heterossexuais e ressalta que o termo família serve para designar um grupo social possuidor de ao menos três características, a saber: 1ª) a origem do grupo se dá no casamento; 2ª) constituem-no o marido, a esposa e os filhos provenientes de tal união, embora haja a possibilidade de participação de outros parentes que se encontrem próximos deste grupo; 3ª) fatores como laços legais, direitos e obrigações econômicas, religiosas e de outros tipos, associados aos valores transmitidos de direitos e proibições sexuais e de uma vasta gama de sentimentos psicológicos. Tais fatores são necessários no grupo e caracterizam a união entre os membros pertencentes a este.

É importante enfatizar a impossibilidade de uma única definição que esgote todas as possibilidades de organização do grupo familiar e suas particularidades. Minuchin (1990, pág. 55) ressalta que a família mudará como parte dos movimentos de mudança da sociedade. Já para Costa (1999),

O fenômeno chamado família é uma das grandes manifestações da *complexidade* humana e, como tal, definições atualmente limitadas não podem abarcar o fenômeno como um todo. A teoria sistêmica, no entanto, procura avançar no sentido dessa complexidade.

Ainda fundamentando o pensamento nas reflexões propostas por Costa (1999), a tentativa de definir a família enquanto padrão único torna-se moralizadora, quando assume uma forma através da qual se busca analisar ou ainda enquadrar as outras em sua definição inicial. Parte-se então para a tarefa

de considerar as vinculações íntimas que sejam identificadas como família dentro de uma unicidade de características e especificidades de cada grupo e em cada contexto.

1.3 - Definições de família na Teoria Familiar Sistêmica.

Não há, nas teorias familiares, uma única definição para o termo família. Conceitos e definições da psicologia, da sociologia, legais e morais em nossa sociedade não podem por si só abarcar toda a complexidade de configurações de família possíveis. Ainda segundo Costa (2003) “as transformações da família, e, em consequência, do ser humano, apontam para a necessidade de reorganização do direcionamento afetivo dos sujeitos humanos para diferentes e complexos sistemas de relacionamento” (pág. 87), o que resulta em variadas configurações do grupo e da estrutura do mesmo, que exerce as funções familiares para os sujeitos.

Desta feita, diversos teóricos definem família de diferentes formas, não sendo entre si conflitantes. Na tentativa de verificar diversas possibilidades de configuração dos grupos familiares, ressaltamos a seguir algumas definições clássicas de família, presentes na literatura.

Ackerman (1971 em Costa, 2003 pág. 35), um dos precursores da terapia familiar, define família como a unidade básica de desenvolvimento e experiência, de realização e fracasso. É ainda, a unidade básica da enfermidade e da saúde. Para este autor, de leitura psicanalítica e sistêmica, a família não apresenta nenhuma característica fixa ou imutável a não ser o fato de estar sempre conosco, não havendo então uma estrutura estática ou sagrada. A família tem seu funcionamento modelado pela sociedade na busca de ter uma maior utilidade, sendo os vínculos familiares feitos por meio de

combinações de fatores tais como os biológicos, psicológicos, sociais e econômicos (pág. 36).

Essa célula social é produto de evolução, flexível e adaptável de forma sutil às influências e mudanças internas e externas que sofre e provoca. Um grupo familiar estruturado de forma isolada do ambiente não poderia levar suas funções adiante ou durar muito (Ackerman, 1971 pág. 39). A família tem então, fundamentalmente, duas funções: ela “assegura a sobrevivência física e constrói o essencialmente humano do homem” (pág. 39).

Minuchin (1990a), teórico da terapia sistêmica e formulador inicial da teoria familiar estrutural, delimita dois objetivos das funções familiares: o interno, de proteção psicossocial de seus membros, e o externo, de acomodação a uma cultura e de transmissão desta. Sendo a família entendida como a matriz de identidade, esta “dá a seus membros o cunho de individualidade”. Segundo este autor, a experiência humana de identidade é constituída pelo sentido de pertencimento e o de separação ou de ser separado, enquanto elementos fundamentais (pág. 53).

Considera-se que o grupo familiar, assim como os outros grupos sociais, é um sistema formado por múltiplos microssistemas em relação dinâmica. Contemplando três aspectos da teoria sistêmica aplicados à família, Andolfi (1981) define família e as funções desta para a constituição dos sujeitos que a formam da seguinte maneira:

a) Sistema que tem o fim de assegurar a continuidade do grupo e o crescimento psicossocial dos membros que a compõe, estando em constantes transformações e adaptando-se às diversas exigências de diferentes fases do ciclo de desenvolvimento do sistema, e às solicitações sociais às quais o grupo é submetido e se submete numa relação complexa. O processo de

continuidade e de crescimento se dá pelo equilíbrio dinâmico entre duas funções: tendência homeostática e capacidade de transformação (retroação negativa e positiva). Selvini (1975, em Andolfi 1981) define a relação dos agentes reguladores do equilíbrio do sistema (a tendência homeostática e a capacidade de transformação) como não sendo nem bons nem maus, mas, sim, como caracteres funcionais.

b) “Família enquanto sistema com regras auto-reguladoras, desenvolvidas e modificadas pelos movimentos dos componentes do grupo”. Experimentações do que é e o que deixa de ser permitido nas relações definem estas e lhes dão estabilidade. A formação do sistema com base nestas modalidades relacionais próprias permite reformulações e adaptações destas regras (pág. 23). Trata-se de um sistema de regulação autônoma, reagindo a tensões originadas por mudanças intrassistêmicas ou interssistêmicas, exigindo transformações constantes das relações familiares. Estas mudanças possibilitam a continuidade da família e o crescimento dos membros que a formam.

c) “Família como sistema aberto em interação com outros sistemas”. Para Andolfi (1981) relações dialéticas são observadas entre as relações interfamiliares e o conjunto das relações sociais, havendo um equilíbrio dinâmico entre estas, condicionando e sendo condicionadas pelas normas e valores da sociedade. (pág. 25).

Lévi-Strauss, citado em Andolfi (1981), trata da relação do grupo social e as famílias como um processo dinâmico de tensão e oposição de difícil equilíbrio, por ter sua localização submetida a variações dependentes da época e a sociedade.

A partir de então, pode-se entender a família como abrangendo algumas características, independente do nível de configuração vincular que exista. A repetição e continuidade, a construção de afetos e emoções, da saúde ao sofrimento desestruturador do sujeito, o sentimento de pertinência, de “eu” e de existência, assim como o sentido de intimidade e a diferenciação (Costa 2003), fazem parte da complexidade de interações dos sujeitos constituintes do grupo familiar e suas relações e, ao mesmo tempo, constituem este grupo.

Costa (2003) destaca:

A família, seja ela qual for, tenha a configuração que tiver, é, e será, o meio relacional básico para as relações com o mundo, da norma à transgressão dela, da saúde à patologia, do amor ao ódio (pág. 87).

Esta deve ser vista como configurada para além de uma relação obrigatória, caracterizada como uma dentre outras possibilidades de atribuição de sentido ao sujeito humano.

Deste feita, Costa (1999) propõe a possibilidade de afirmar:

Cada família é uma família na medida em que cria seus problemas particulares e estrutura suas formas específicas de lidar uns com os outros, com suas próprias percepções sobre este universo e com o mundo externo, concreto, além de seus vínculos (...) não existe a "família" enquanto conceito único e globalizador, como as definições sociológicas, antropológicas e mesmo psicológicas pretenderam em décadas anteriores. (...) *Não existem "famílias", mas configurações vinculares íntimas que dão sentimento de*

pertença, habitat, ideais, escolhas, fantasmas, limites, papéis, regras e modos de comunicar que podem (ou não) se diferenciar das demais relações sociais do indivíduo humano no mundo.

Assim, ao entender a relevância da família como grupo social complexo, mutável, constituinte e integrador do grupo social maior enquanto célula social e sendo a matriz de identidade dos sujeitos, a sua compreensão deve perpassar a interação com o contexto da qual faz parte para que se possa vê-la enquanto sistema único.

Capítulo 2 – Todo sistema tem sua estrutura; toda estrutura, suas características.

“Não importa que a tenham demolido:
A gente continua morando na velha casa em que nasceu”.
Mário Quintana.

2 - A Teoria Sistêmica e a teoria familiar estrutural.

A teoria familiar estrutural surge no contexto exposto anteriormente enquanto alternativa influenciada fundamentalmente pela cibernética, por elementos da antropologia estrutural de Claude Lévi-Strauss e por práticas de trabalho com famílias de setores marginais da sociedade. A hipótese inicial para o desenvolvimento da teoria estrutural era a de que problemas estruturais de fronteiras entre subsistemas, de equilíbrio organizacional entre outros, encontrados no funcionamento da família e em seu ambiente social significativo “constituem o problema” (Sluzki, 1997).

Segundo Minuchin (1990a, pág. 14), a teoria sistêmica como embasamento teórico de compreensão de relações e de mundo para a teoria familiar, se mostra como uma das diversas maneiras de conceber o homem como parte integrante de seu ambiente, que começaram a ocupar lugar nas ciências no início do século passado. Particularmente, para a compreensão e o trabalho com famílias, as concepções introduzidas por Von Bertalanffy em 1936 tornaram-se fundamentais para entender a família em sua concepção e estruturação, assim como para compreender a relação da família com os sistemas externos, demais células sociais com as quais o sistema familiar interage.

Algumas aplicações da teoria sistêmica à teoria familiar podem ser vistas em princípios aplicados na teoria familiar estrutural, tais como:

1) O sistema familiar participa de um sistema maior e é composto por diversos subsistemas. Como visto anteriormente, a família enquanto célula social trava uma relação de influência mútua com o sistema social do qual participa. Tanto os subsistemas quando as fronteiras que os delimitam e que delimitam a família como tal em relação com o sistema social maior, serão melhor especificados no seguinte item do presente capítulo.

2) A família como um todo é mais do que a soma das partes que a constituem. Este é o princípio da totalidade ou globalidade a partir do qual o sistema é um todo em integração, não podendo ser reduzido às propriedades de cada uma das partes articuladas. Assim, conclui-se que a compreensão do indivíduo é mais facilmente possibilitada ao entendê-lo em seu contexto mais amplo, prioritariamente em seu contexto familiar (Wright e Leahey, 2005).

3) As mudanças de um dos membros da família afetam a todos os membros desta. A esta relação denomina-se interdependência das partes do sistema. Há nesta relação o princípio da não linearidade, circularidade ou ainda, bidirecionalidade, conceitos fundamentais da cibernética aplicados à teoria sistêmica e à teoria familiar. Ao compreender que há relações de multi-influências entre as partes que constituem o sistema, metodologicamente torna-se inviável a descrição de um sistema considerando-se apenas as características de cada um de seus elementos constituintes em separado (Costa Silva, 2006. Pág. 8).

Entende-se que as mudanças de um dos membros do sistema interferem no sistema como um todo global, sendo que todos os membros da família são afetados por tais mudanças e influenciam as mesmas, e desta feita, há

alterações na organização e no funcionamento da família como um todo (Wright e Leahey, 2005, pág. 35).

4) O sistema familiar possui a capacidade de criar equilíbrio entre mudanças e estabilidade. Pelo princípio da busca pela homeostase do sistema e a possibilidade de mudança (*feedback negativo e feedback positivo*), pode-se observar que, enquanto sistema aberto, a família representa uma organização que pode chegar ao equilíbrio entre as forças que operam internamente e sobre ele (forças externas) e assim as mudanças e a estabilidade do sistema possibilitam sua existência enquanto sistema vivo (Von Bertalanffy, 1968 em Wright e Leahey, 2005, pág. 36). Este fator representa uma busca pela evolução e de mudanças de acordo com o contexto do qual a família participa.

A estabilidade do sistema, ou homeostase, é mantida pelas regras presentes no contexto familiar. Segundo Bucher (1985 em Costa Silva, 2006, pág. 9) “são as regras ou normas estabelecidas pela família que nortearão a conduta de seus membros”. Assim, as formas de estabelecimento das regras, e as próprias regras, variam de família para família. Estas estão associadas a fatores como o contexto sócio-histórico-cultural da família.

5) O funcionamento do sistema e o estabelecimento de regras estão ligados à história do funcionamento do grupo ao longo do tempo. Ao considerar a família enquanto matriz de identidade do sujeito (Minuchin, 1990a), compreende-se que a história passada da família, vivida diretamente por seus integrantes ou transmitida através de mitos ou mesmo do funcionamento do grupo como um todo aos indivíduos, influencia na forma de estabelecimento de relações destes com o mundo no momento presente (Costa Silva, 2006, pág. 9).

A teoria familiar estrutural fundamenta-se, ainda, em três axiomas básicos, considerando a patologia nem interna nem externa à pessoa. Segundo Minuchin (1990a) a patologia pode encontrar-se no sujeito, no contexto social do qual este participa ou ainda na relação entre o sujeito e o meio. Assim sendo, a barreira artificial que separa tais contextos se torna indistinta, levando à necessidade de novos enfoques psicopatológicos.

O primeiro axioma trata da concepção de indivíduo como possuidor de uma vida psíquica que vai além de um processo unicamente interno. Há processos de influência mútua entre contexto e indivíduo que se dá em seqüências de ação recorrentes, sempre levando o todo em conta, ao verificar que tal relação é sempre complexa.

O segundo axioma refere-se às mudanças possíveis, tanto dos indivíduos quanto das estruturas familiares e a relação entre elas. O autor coloca que mudanças no comportamento e nos processos psíquicos internos dos membros do sistema são influenciadas por mudanças na estrutura familiar destes membros (pág. 19).

Finalmente, o terceiro axioma diz, por exemplo, da relação do terapeuta com o sistema familiar. Aqui é possível perceber a influência do pensamento da cibernética de segunda ordem, de forma clara, como epistemologia da teoria familiar sistêmica. Trata-se da idéia de que ao trabalhar com uma família, o comportamento do terapeuta forma parte do contexto, havendo influência mútua e formando um novo sistema. A este, dá-se o nome de sistema terapêutico e é neste que são possíveis estabelecimentos de mudanças nos comportamentos dos membros e da estrutura como um todo.

Estas concepções sistêmicas aplicadas à teoria familiar e aos axiomas desta, possibilitam verificar a fundamentação utilizada para a concepção de estrutura familiar e de sistema terapêutico. Assim, viabiliza-se a compreensão do trabalho com famílias e a importância de conhecer a estrutura familiar para a atuação junto às mesmas.

2.1 - A teoria familiar sistêmica estrutural e seus fundamentos para a compreensão da família.

Partindo da formulação inicial da teoria familiar sistêmica de que os problemas seriam ligados à estrutura e às formas de relação internas e externas individuais e, portanto, do sistema familiar, desenvolveram-se metodologias que buscam formalizar as relações entre subsistemas por meio de traçados de mapas estruturais das relações interpessoais. Essa maneira de conceber o sistema familiar permite visualizar as relações sistêmicas de forma mais clara e, através dela, desenvolver formas de modificar as relações familiares e extra familiares vinculadas a conflitos e sintomas (Sluzki, 1997).

Algumas partes componentes da estrutura familiar como, por exemplo, os subsistemas, já foram citados no capítulo anterior. Porém, para acessar a estrutura familiar como um todo, torna-se indispensável conhecer as demais delimitações e especificidades da estrutura, para a compreensão completa do mapa estrutural da família. Assim, descreveremos a seguir as estruturas e os elementos que a compõem, que possibilitam a verificação da estrutura familiar em trabalhos de pesquisa e terapia com famílias, fundamentados na teoria familiar estrutural.

A divisão feita aqui, dos componentes da estrutura familiar e sua constituição, foi elaborada para fins didáticos sendo, portanto, apenas uma forma de visualizar a complexidade de relações e estruturas possíveis. Tal modelo é proposto pelo Calgary Family Assessment Model (CFAM), o qual se encontra na quarta edição revisada e que fundamenta as entrevistas realizadas na coleta de dados deste trabalho. O CFAM é descrito por seus autores (Wright e Leahey, 2005) como:

um espaço de trabalho integrado e multidimensional baseado nos sistemas, na cibernética, na comunicação e nas teorias de fundamentação de mudanças sendo ainda influenciada pelos pensamento pós-moderno da cognição e da biologia (pág. 57).

Desta feita, o CFAM consiste em três grandes dimensões:

- 1- Estrutural;
- 2- Desenvolvimental;
- 3- Funcional;

A dimensão estrutural é subdividida em estrutura interna e externa, cada uma com subcategorias, a saber:

Estrutura interna

A estrutura interna pode ser dividida em cinco subcategorias (Wright e Leahey, 2005), quais sejam:

1. Composição familiar

Refere-se aos membros que compõem a família. Para verificar tal composição é importante considerar que esta não se limita à família nuclear

necessariamente, por não ser esta uma forma que abarque todas as maneiras de configuração familiar possíveis em nossa sociedade, como dito anteriormente neste trabalho no item 2 que trata da família, sua história, definições e a forma de compreendê-la na modernidade.

Conforme exposto, ainda com as mais diferentes configurações possíveis que existem do grupo familiar, este sempre compartilha atributos afetivos, um senso de pertencimento e de durabilidade deste entre os membros. Também faz parte da configuração familiar o elemento transgeracional e afetivo entre os membros que diz de sua história como família e supõe um futuro do grupo.

2. Gênero

Entende-se que gênero seja o conjunto de características tais como funções, crenças e ou expectativas sobre experiências femininas e masculinas (Wright e Leahey, 2005). As crenças que influenciam o sujeito, assim como a cultura do grupo com o qual a família interage e do qual faz parte, bem como a religião seguida pelos membros da família, são grandes determinantes das expectativas e das funções desejadas e ou exercidas pelas pessoas na família, relacionadas ao gênero.

É importante ressaltar que as questões de gênero não se limitam às considerações relacionadas à anatomia, sugerindo uma estrutura hierárquica e de poder presentes na família e fundamentada em valores de referência (Wright e Leahey, 2005). Compreende-se que as questões ligadas ao gênero sejam fundamentadas e influenciadas por cultura, religião e crenças familiares e ainda por classe e orientação sexual dos membros que compõem a família.

Ao compreender o conceito de gênero de maneira amplamente integrada e até dependente do contexto dos sujeitos, torna-se fundamental a idéia de verificação, com cada família, da compreensão de gênero presente no grupo

familiar, observando ainda se esta compreensão é compartilhada ou não pelos membros do grupo.

Segundo Wright e Leahey (2005) essa subcategoria inclui orientações gays, lésbicas, heterossexuais, transexuais e bissexuais, ao entender o heterossexismo enquanto visão preconceituosa e excludente das diversas formas de orientação presentes na sociedade. A observância da maneira como a família lida com tais questões pode tornar-se fator determinante para a compreensão da estrutura familiar verificada.

3. Ordem de nascimentos ou ordem de posição

Nesta subcategoria a ordem de posição das pessoas da família é verificada de acordo com a ordem de nascimento e o gênero. Segundo McGoldrick e Gerson (1995, em Carter e McGoldrick, 1995), fatores como o tempo familiar no qual cada nascimento se dá, as características das crianças, os projetos familiares idealizados e as atitudes parentais com relação às crianças influenciam a organização familiar e o subsistema fraterno de forma direta.

Os nascimentos e novas inclusões ao sistema são marcantes no que se refere ao ciclo de vida familiar. Na utilização da linha da vida e do genograma familiar, a marca dos nascimentos dos filhos em uma família, ou o momento de inclusão de um novo membro ao sistema por outras formas como a adoção, por exemplo, são meios de verificar mudanças nas estruturas do grupo antes e depois de tais inclusões. Segundo Minuchin (1990a, pág. 68) a absorção de um novo membro na família envolve a adaptação deste às regras do sistema ao mesmo tempo em que o sistema antigo deve modificar-se de modo a incluir o novo membro.

4. Subsistemas

Com a compreensão da família enquanto sistema complexo, percebe-se a existência dos subsistemas que a compõe quais sejam: o subsistema parental, o fraterno, o pai-filho, entre outros possíveis. Por intermédio destes pode ocorrer a diferenciação e a família pode levar a cabo suas funções (Minuchin, 1990a. Pág. 58). É importante notar que tais subsistemas, assim como o sistema familiar maior, sofrem mudanças de acordo com o momento do ciclo familiar e as necessidades adaptativas do grupo ao contexto e à sua própria história.

Um mesmo indivíduo pode participar de diferentes subsistemas, tendo níveis de poder diferenciados em cada sistema. Funções diferentes e o desenvolvimento de diversas habilidades de acordo com cada subsistema do qual participa também são características de cada elemento. Segundo Minuchin (1990a) há uma acomodação que possibilita a mutualidade, tornando viáveis as relações. Para este autor, há um treino no processo de manutenção do 'eu sou' diferenciado, resultante da organização dos subsistemas de uma família. Esta organização também contribui para o exercício de habilidades interpessoais em diferentes níveis (pág. 58).

Deve-se destacar a importância dos subsistemas e sua verificação para que se conheça o funcionamento e a estrutura familiar. As configurações possíveis dos subsistemas, além de serem passíveis de mudanças de acordo com momentos e ciclos de vida da família, estão ligadas à questões de gênero, crenças, sexo, geração, interesse, função, história e demais forças que influenciam o sistema familiar.

5. Fronteiras

As delimitações de cada sistema são feitas pelas fronteiras. Estas são as regras que determinam quem participa do sistema e como é esta participação. As fronteiras têm como principal papel a proteção da diferenciação do sistema, ao entender que cada subsistema tem funções e exigências específicas de, ou para, cada um dos membros que a compõe.

Para que o funcionamento do sistema familiar se dê de forma apropriada, as fronteiras dos subsistemas devem ser nítidas. Esta especificidade torna-se mais importante que a própria composição de tais subsistemas (Minuchin, 1990a), independentemente de quem compõe o subsistema, as regras, as linhas de responsabilidade e autoridade devem ser claras.

Outra característica das fronteiras é a permeabilidade destas. A nitidez das fronteiras da família é um bom meio de avaliar o funcionamento familiar. Minuchin, em seu livro “Famílias funcionamento e tratamento” (1990a), cita os extremos de funcionamento das fronteiras familiares, denominando estes de emaranhamento e desligamento (pág. 59). Ou seja, funcionamentos de fronteiras extremamente rígidas ou difusas. Os sistemas que funcionam em extremos demonstram sobrecarga, no caso das fronteiras rígidas, ou desligamento dos membros e não identificação das funções do sistema, nos casos de fronteiras muito difusas.

Estrutura externa

A estrutura externa da família refere-se à conexão dos membros da família a aqueles externos a ela. São as relações do sistema familiar com o sistema social maior e outros subsistemas que constituem a chamada família

extensa. Para conhecer tais estruturas e suas relações, é possível subdividi-la em duas categorias:

1. Família extensa.

Inclui a família de origem dos sujeitos que participam da família, a família de procriação, ou dos filhos, que é composta por casal e filhos e a geração presente de familiares não consangüíneos. Nesta categoria estão inclusas pessoas que participam da vida familiar de forma menos intensa que a família nuclear. Tios, avós, primos, padrinhos, são exemplos de algumas posições de familiares do sistema maior.

A determinação de posição enquanto família extensa, para além do vínculo formal existente entre os sujeitos, está ligada à função que as pessoas ocupam no sistema, a influência, a colocação hierárquica, entre outros fatores da relação entre subsistemas e sujeitos.

Segundo Miermont (1994, pág. 270), a família nuclear refere-se ao grupo familiar composto pelos pais e seus filhos, sendo a família extensa composta por membros das famílias de origem como avós, tios, tias e sobrinhos, entre outros. Para que tais familiares sejam assim considerados, deve-se notar nas relações entre a família nuclear e a família extensa, a noção de pertencimento através de filiação ou alianças e a proximidade afetiva, intelectual e/ou o envolvimento vital com o portador do sintoma e além, com os demais sujeitos da família nuclear em questão.

2. Sistemas maiores

Ao verificar as relações do sistema familiar com grupos com os quais este se relaciona, nota-se que fora da estrutura interna da família, há ligações importantes dos membros com outras organizações e/ou grupos sociais.

Uma das formas de se referir aos sistemas sociais maiores é a denominação dos mesmos enquanto redes sociais. Para Sluzki (1997)

As fronteiras do sistema significativo do indivíduo não se limitam à família nuclear ou extensa, mas incluem todo do conjunto de vínculos interpessoais do sujeito: família, amigos, relações de trabalho, de estudo, de inserção comunitária e de práticas sociais (pág. 37).

Compreender o sujeito inserido na sociedade, composta por diversos níveis de estrutura, leva a perceber que o nível intermediário da estrutura social, quais sejam os sistemas sociais maiores, assume um papel fundamental. Ao verificar a relação do sujeito com o nível intermediário da estrutura social, busca-se compreender de maneira mais aprofundada os processos da integração psicossocial, do bem-estar e sua promoção, do desenvolvimento de identidade, assim como a consolidação de potenciais de mudança, o que viabiliza conhecer os processos de desintegração, de mal-estar e do adoecer, processos de transtorno de identidade e de perturbação de meios de adaptação construtiva e de mudanças (Sluzki, 1997, pág. 37).

Ampliando a relação do indivíduo com o sistema social maior, nota-se a importância fundamental do sistema de significações que ele proporciona ao próprio processo de construção da identidade dos sujeitos e, portanto, de sua saúde mental. Ao entendermos o ser humano como essencialmente social, a relação com instituições que fazem parte do sistema social maior, produz “ideais, desejos, sistemas de valores e normas” (Carreteiro, 2004, pág. 88) que transpassam os sujeitos e passam a ser projetos. Estes levam o sujeito a participar da cultura na qual está inserido, de sua história social e ser “sujeito de seu corpo”. Assim, em alguns momentos, a própria condição de saúde pode

se tornar um projeto do indivíduo como forma de inserção social pela afiliação a uma estrutura social de cuidado à saúde.

Desta forma, para além da compreensão da rede social significativa para os sujeitos da família como maneira de visualizar sua inserção social, torna-se fundamental observar essa categoria do estudo da estrutura familiar por estar esta intimamente ligada à significação da construção e das formas de lidar com o sofrimento psíquico.

Desenvolvimental

A subcategoria desenvolvimental tem como objetivo principal a compreensão do equilíbrio entre mudanças e estabilidade no sistema familiar. Constituem o ciclo de vida familiar processos contínuos e marcados por fatores ou eventos que afetam a natureza de vida da família. Segundo Carter e McGoldrick (1995), os relacionamentos entre membros da família passam por estágios, com a passagem do tempo e dos ciclos de vida da família, havendo neste movimento um complexo de relacionamentos entre os membros, com papéis e funções distribuídas.

Segundo Minuchin, (1990a, pág. 64) as famílias são sujeitas à pressões internas e externas as quais impactam a todos os membros do sistema familiar e resultam na necessidade de resposta frente a tais pressões. Para aquele autor, “responder a tais exigências, tanto de dentro como de fora, requer uma transformação constante da posição dos membros da família, em relação um com o outro, de maneira que possam crescer, enquanto o sistema familiar mantém sua continuidade”. É indispensável notar que o ciclo de vida individual se dá dentro do ciclo de vida familiar, sendo este o contexto primário de desenvolvimento humano.

Os ciclos de vida familiar são divididos em diferentes números de estágios segundo diversos autores. Combrick-Graham, citado em Carter e McGoldrick (1995), sugere:

Ênfase nas oscilações entre períodos centrípetos e centrífugos no desenvolvimento familiar, enfatizando as experiências de vida, tais como o nascimento ou a enfermidade, que requerem um estreitamento e primazia dos relacionamentos, e outras experiências, tais como iniciar a escola ou um novo emprego, que exigem um foco na individualidade (pág. 9).

Carter e McGoldrick (1995) se referem também a característica única das famílias, quando comparadas à outras organizações sistêmicas: a família é um sistema movendo-se através do tempo, o qual possui a característica de ser limitado no que se refere à inclusão ou exclusão dos membros dela pertencentes. A inclusão ao sistema familiar é limitada ao nascimento, ao casamento ou à adoção, e a exclusão somente acontece em caso de morte. Os membros desse sistema não têm a opção de abandonar o seu lugar pois “embora as famílias também tenham papéis e funções, o seu principal valor são os relacionamentos, que são insubstituíveis” (pág. 9). As funções dos membros podem ser redistribuídas, porém nunca substituídas como um todo, pela impossibilidade de transferência das funções emocionais destes. Neste sentido, segundo Carter e McGoldrick (1995), a inviabilidade de encontrar formas de funcionar dentro do sistema e diante da inexistência de exclusão total deste, as pressões nos membros do sistema que não tenham nenhuma outra saída podem levar ao surgimento de quadros psicopatológicos como a psicose.

A fim de conhecer os ciclos de vida familiar, mesmo ao entender que os processos familiares não são lineares, afirmamos que podem ser verificados em sua dimensão linear no tempo. Para tal, pode ser utilizada a linha do tempo familiar, meio pelo qual se verifica tal dimensão neste trabalho. Conhecer os eventos marcantes na história do grupo familiar objetiva verificar, além dos pontos de transição do ciclo de vida familiar, a influência dos padrões familiares através das gerações.

Acessar os ciclos de vida familiar visa conhecer os estágios passados e o atual do grupo familiar, assim como os pontos de mudança destes, ou pontos nodais. Visa ainda distinguir as tarefas distribuídas entre os membros da família e as ligações afetivas existentes. Nota-se a possibilidade de identificação de subsistemas através do conhecimento do ciclo de vida familiar e ainda dos reajustes destes no tempo, enfatizando a complexidade de fatores envolvida em cada uma das dimensões do trabalho com a estrutura familiar.

Dimensão funcional

A dimensão funcional, terceira parte desta divisão teórica para verificação da estrutura familiar, focaliza aspectos atuais da vida familiar expressos ou demonstrados. Diz da comunicação e da relação entre os indivíduos no eixo sincrônico do funcionamento familiar. Há dois aspectos básicos do funcionamento familiar a serem verificados: o instrumental e o expresso, segundo Parson e Bales, citados em (Wright e Leahey, 2005).

Funcionamento Instrumental

Refere-se às atividades de rotina da família. Estão contidos nesta categoria as rotinas de alimentação, os cuidados à saúde, limpeza e organização da casa, acompanhamento das atividades dos participantes do

grupo familiar e assim por diante. Estes aspectos devem ser verificados na família por se referirem à funções ocupadas pelos indivíduos e também por serem de grande importância, ao estarem diretamente ligados ao funcionamento estrutural e ao sintoma. Wright e Leahey (2005) ressaltam ainda a forte conexão existente entre os fatores do funcionamento instrumental e os problemas de saúde.

Funções Expressas

Este aspecto tem como foco os padrões de comunicação do grupo familiar. Segundo o CFAM, nove subcategorias são identificadas para auxiliar a distinção entre famílias de funcionamento saudável daquelas que apresentam disfunções emocionais ou sofrimento, não sendo, no entanto, determinantes de tais disfunções. Busca-se verificar as capacidades e limitações presentes em cada subcategoria e assim, reconhecer padrões de interação presentes entre os formadores do grupo familiar.

Por ser nosso foco neste estudo, torna-se importante descrever aqui uma das formas de estabelecimento de comunicação disfuncional observada em famílias com quadros de sofrimento psíquico grave, que envolve as subcategorias descritas logo a seguir.

Para além da escola estrutural, que fundamenta as análises deste trabalho, existem outras escolas dentro da teoria familiar que trabalham com conceitos possíveis de serem utilizados neste estudo, por não serem conflitantes com a forma estrutural de compreensão e intervenção com famílias. Mara Selvini Palazzoli, teórica da escola de Milão, nos coloca um conceito importante para a compreensão das formas de estabelecimento da

comunicação intrafamiliar disfuncional. A autora traz o termo *imbróglia* como descrição de uma forma de processo de interação entre pessoas da família. Este é complexo e ao mesmo tempo estrutura-se e evolui em torno de uma prática específica de “comportamentos-comunicações” entre os membros da família. É caracterizado por um aparente privilégio, o qual não é afetivamente autêntico por tratar-se de uma estratégia (Palazzoli e cols. 1998, pág. 92).

Segundo Palazzoli, jogos relacionais ocorrem entre os membros da família e estão ligados às formas de estabelecimento de sintomas. Com relação aos jogos relacionais das famílias com membros diagnosticados como em sofrimento psíquico grave, a autora descreve a observação de sua equipe:

Esbarramos frequentemente em jogos ou manobras habilmente dissimulados (...). No nosso modo de entender, um jogo era sujo quando os autores usavam meios desleais, como enganos sutis, mentiras desavergonhadas, vinganças camufladas mas implacáveis, manipulações, seduções, promessas ambíguas que resultavam em violentações igualmente ambíguas, e assim por diante.” (Palazzoli e cols. 1998, pág. 103).

Por ser através da comunicação que são estabelecidos tais jogos e relações, achamos importante ressaltar os jogos comunicacionais possíveis e a seguir, trataremos das subcategorias propostas por Wright e Leahey (2005), utilizadas neste trabalho. São elas:

- Comunicação emocional.

Este aspecto do funcionamento familiar focaliza a abrangência de emoções ou sentimentos desencadeados ou demonstrados no convívio familiar. Busca-se verificar se a forma de lidar com tais emoções ou sentimentos está sendo eficiente ou não. Os papéis de gênero na família e na

sociedade também são importantes ao se verificar o funcionamento da comunicação emocional, sendo uma categoria fortemente associada a esta.

- Comunicação verbal.

Esta subcategoria refere-se ao significado das mensagens escritas ou ditas entre os sujeitos das relações, sendo o significado das palavras, em termos de relação, o foco a ser trabalhado (Wright e Leahey, 2005). O sentido semântico encontra-se em segundo plano, o que leva a uma maior importância de observar o significado do que se comunica.

A comunicação pode ser direta ou deslocada, o que diz da forma como o comunicado se relaciona com o objetivo da comunicação. A relação direta entre a mensagem e o objetivo desta, ou a realidade do conteúdo da mesma, a caracterizam de forma clara. Uma comunicação indireta ou deslocada é marcada por uma ligação não-direta entre o conteúdo real que a desencadeia e a mensagem gerada ou ainda esta não é direcionada ao receptor específico do afeto investido no conteúdo da fala (Wright e Leahey, 2005).

Ainda com relação à comunicação e suas características, esta pode ser clara ou velada. O que é comunicado de forma clara possibilita que o receptor identifique o significado preciso do que se comunica. A mensagem velada provoca uma compreensão distorcida, levando à diversas possibilidades de interpretação ou ainda se referindo a diferentes receptores de forma direta e indireta.

- Comunicação não-verbal.

A comunicação não-verbal constitui-se por formas de expressão compreensíveis, que trazem em si um sentido compartilhado pelo grupo familiar e social, e que acompanham a comunicação verbal na maior parte das

vezes. Esta subcategoria refere-se a fatores como a posição corporal, o contato do olhar, toques, gestos e locais ocupados pelas pessoas no espaço. Também são fatores importantes neste aspecto da comunicação o tom de voz, sons internos (não verbalizados), características da fala como gagueira e expressões como choro ou risadas.

É importante observar se as reações são visivelmente condizentes com o conteúdo da comunicação verbal com a qual elas coexistem. Torna-se fundamental atentar à influência subjetiva de quem participa desta forma de comunicação, na atribuição de significado do que é comunicado.

- Comunicação circular.

Esta subcategoria da comunicação diz da reciprocidade entre pessoas que comunicam. Segundo Wright e Leahey (2005) existem padrões na maior parte das relações, significativos para a compreensão das díades nos grupos. Estes padrões circulares de comunicação podem tornar-se adaptativos e são concretizados e/ou simplificados em seqüências de repetições nas relações.

É possível exemplificar os padrões circulares de comunicação através de uma diagramação do padrão de comunicação (Fig. 1), proposta inicialmente por Tomm (1980) citado em Wright e Leahey (2005). Este diagrama da comunicação representa dois comportamentos e duas inferências de significado, as quais podem ser cognitivas, afetivas ou ambas, referindo-se à idéias, conceitos, crenças e a estados emocionais.

A figura 1 (pág. 48) ilustra esta forma de comunicação circular.

A inferência entra no espaço (da interação) e representa alguns processos internos (o que está acontecendo internamente com cada elemento que interage). As setas de

conexão representam informações tornadas conhecidas ou compreendidas de cada pessoa em relação à outra através do comportamento. A ligação circular sugere um padrão de interação repetitivo, estável e auto-regulado (Tomm, 1980 em Wright e Leahey 2005, pág. 129).

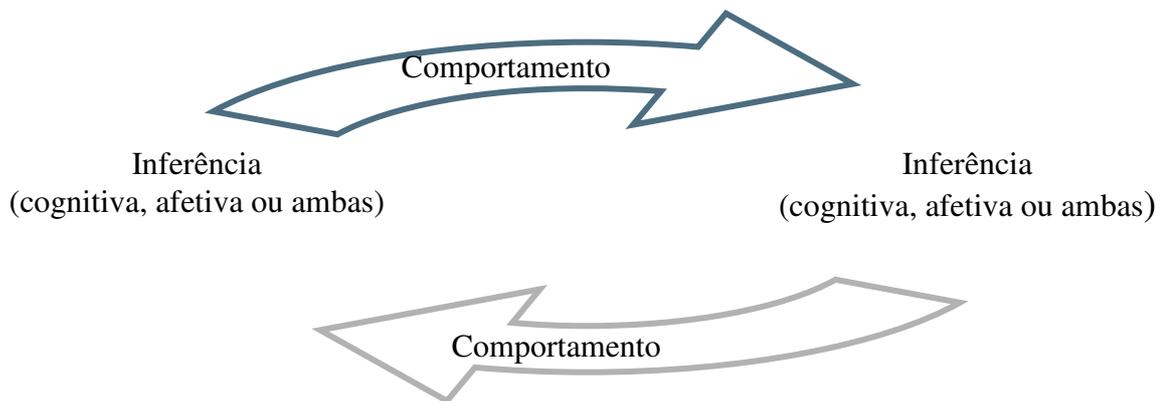


Fig. 1 Comunicação circular

Deve-se lembrar que a interação circular ou a comunicação que segue tal padrão não despreza a responsabilidade de cada parte da interação na tomada de decisões possíveis da forma como reagir ou agir nesta relação.

- Resolução de problemas.

A resolução de problemas diz da capacidade da família de resolver seus próprios problemas de forma eficiente. Essa possibilidade de lidar com as questões nodais familiares de maneira eficaz é influenciada pelas crenças familiares sobre suas habilidades assim como pelas tentativas passadas de resolução.

A possibilidade de identificação de problemas e sua forma, seja ela emocional ou instrumental; a pessoa na família que identifica o problema e o significado sistêmico que este assume, são fatores determinantes na maneira como o sistema irá tentar resolver as questões que se lhe apresentam. As

características das formas de resoluções encontradas pelo sistema podem resultar na manutenção do problema, com um mascarar da questão inicial, na negação, na procura por família extensa e rede social maior, ou ainda na procura por ajuda terapêutica nos casos em que os recursos internos estão aparentemente esgotados. Segundo Ausloos (1998) é possível devolver à família a sua competência em lidar com suas questões ao ativar processos de mudanças na família, ao invés de ressaltar seus defeitos ou falhas. O autor considera que, “a família não pode colocar-se nada além de problemas com os quais ela mesma seja capaz de lidar” (pág. 32) ao estar frente à questões que se apresentam no sistema familiar e não são a ele impostas por causas externas.

- Funções ou papéis familiares:

O conceito de papel é de fundamental importância na sociologia da família e em sociologia das organizações sociais. Os papéis são traçados pelo conjunto de comportamentos e funções das pessoas, sendo estes esperados pelas outras pessoas com as quais há co-participação em determinado grupo social. O papel define uma “zona de obrigações e de limitações correlativas a uma zona de autonomia condicional” segundo Boudon e Bourricaud, citados em Miermont (1994, pág. 422). Assim, compreende-se que os papéis familiares são investidos e transmitidos pelo próprio sistema familiar, de acordo com o desenvolvimento da família, seus ciclos e o desenvolvimento dos indivíduos que a formam.

Segundo Miermont (1994) o papel familiar é “um modelo abstrato, universal e normativo, do estatuto biológico, cultural, geracional, sexual e sexuado de um membro da família, em relação com o sistema global dos papéis recíprocos” (pág. 423) e só pode ser definido em um sistema de

oposição a aos demais papéis com os quais interage e é submetido a restrições biológicas supondo, ainda, aprendizados resultantes do pertencimento a um sistema de regras sociais maiores. Ao mesmo tempo é um comportamento único o qual supõe a interpretação de papéis normativos, correspondendo às condutas normativas efetivas de cada elemento do grupo familiar (pág. 423). O resultado entre o que é dever e o que é proibido torna-se o comportamento de papel exercido.

Por conseguinte, o conjunto de papéis desempenhados por uma pessoa em seu sistema funciona como determinante de seu *status*, assim como “o conjunto de papéis” que lhe são atribuídos de forma legítima irão determinar seu *estatuto*. “Um filho parentalizado pode ter um *status* de pai, sem ter o estatuto” (Miermont, 1994).

- Influências.

As formas de controle e influência sobre os comportamentos dos sujeitos são verificadas nesta subcategoria. Diversos fatores influenciam na forma utilizada de controle entre os elementos de uma estrutura familiar. O poder está diretamente associado às influências, e estas podem ser vistas enquanto instrumentais e/ou psicológicas.

O controle ou influência instrumental ocorre com a utilização de materiais ou privilégios utilizados como reforços de um comportamento desejado em alguma relação. Tal forma de controle pode resultar em compensação financeira, viagens, ou a possibilidades de utilização de aparelhos domésticos, por exemplo. A influência psicológica “refere-se ao uso de comunicação e sentimentos para influenciar o comportamento” como por exemplo a indução à culpa, o uso de diretivas, demonstrações de admiração, orgulho ou crítica.

É possível, ainda, verificar o controle corporal para demonstrar e exercer influência em uma relação. Este é marcado por expressões como abraços, tapas, carinhos, entre outras formas de contato corporal voluntário entre as partes ou não.

Percebe-se que as influências, o poder e a forma de comunicá-los, estão fortemente associadas à maneira de estabelecimento e manutenção de funções e papéis dentro de um sistema. Ambos são também influenciados pelo desenvolvimento do grupo familiar e as forças externas às quais este sistema está ligado.

- Crenças.

Idéias fundamentais, opiniões e assuntos sustentados e tidos pelas famílias ou por seus componentes formam o sistema de crenças ao qual esta subcategoria de refere. As crenças influenciam a maneira pela qual a resolução de problemas se dá no sistema familiar assim como significam eventos ou fatores presentes na família.

A influência das crenças no funcionamento familiar se dá pelo fato destas estarem vinculadas aos comportamentos e escolhas feitas pelos membros, como ressaltam Wright e Leahey (2005), ao afirmar que as ações ou escolhas familiares ou dos indivíduos da família são fundamentadas em suas crenças, demonstrando a interligação intensa entre crenças e comportamento. (pág. 138).

- Alianças e coalizões.

Esta subcategoria da análise estrutural familiar visa compreender a direcionalidade, o balanço ou equilíbrio e a intensidade das relações entre membros da família ou entre a família e pessoas da rede extensa ligadas a

esta (Wright e Leahey, 2005). A coalizão é compreendida enquanto propriedade fundamental das tríades, aliança entre duas pessoas ou unidades sociais, contra uma terceira parte ou elemento. As alianças, segundo Miermont (1994), são baseadas no estabelecimento de acordos entre dois membros de uma tríade, enquanto o terceiro membro encontra-se em situação de desacordo.

O termo triangulação foi desenvolvido por Murray Bowen (1978, em Wright e Leahey, 2005) para definir relações de três membros de forma triangulada. Segundo Bowen, a relação de uma duas pessoas pode ser instável e com baixa tolerância à ansiedade, com facilidade para ser perturbada emocionalmente por forças existentes entre os dois componentes e por relações com forças externas à dupla. Desta feita, ao estar em uma situação de ansiedade aumentada, a relação torna-se desconfortável.

Quando a intensidade (de afetos na díade) atinge um determinado nível, a dupla previsivelmente e automaticamente envolve uma terceira pessoa vulnerável na questão emocional com a qual está lidando. (...) Com o envolvimento da terceira pessoa, o nível de ansiedade decresce. É como se a ansiedade fosse diluída enquanto se desloca de um elemento para o outro, no triângulo. O triângulo é mais estável e flexível que a dupla, tem uma maior tolerância à ansiedade e é mais capacitado em lidar com uma maior gama de estresses da vida (Bowen, 1978, citado em Wright e Leahey, 2005, pág. 140).

As alianças e coalizões são formas de relação bastante freqüentes em grupos familiares e podem ser compreendidas como úteis ou não para um funcionamento familiar saudável. As características geracionais das relações

trianguladas e os fatores que geram a necessidade destas configurações de aliança entre os elementos do sistema familiar podem estar associadas à capacidades eficientes de resolução de problemas ou à própria sustentação ou mesmo ao desenvolvimento de sintomas que geram sofrimento para um elemento e/ou para o sistema.

Em sistemas nos quais ocorrem relações trianguladas é comum que estas sejam intergeracionais e envolvam os pais e um filho, o qual, segundo Satir (1976), torna-se “Paciente Identificado” nos casos em que tal relação resulta no estabelecimento de sintomas dentro do sistema familiar. Essa configuração é ligada tanto às características das alianças e coalizões dentro do sistema familiar quanto às funções e papéis dos elementos do sistema. Satir (1976, pág. 57) ressalta que os problemas são desencadeados quando os desejos entre o casal parental são contrapostos, prendendo o filho à exigências conflitantes.

No triângulo familiar disfuncional, os cônjuges não se sentem confiantes a respeito de seu relacionamento marital. Cada um já se sente excluído em relação ao outro.(...) Ambos os cônjuges recorrem ao filho para satisfazer suas necessidades não atendidas pela relação conjugal (Satir, 1976, pág. 100).

Sendo esta a última categoria proposta pela subdivisão utilizada neste trabalho e fundamentada no CFAM, verifica-se a necessidade de conhecer todos estes fatores que dizem do funcionamento e da organização da estrutura familiar ao trabalhar com famílias e o sofrimento psíquico. Conhecer as formas de comunicação, alianças, crenças, configurações de relações, assim como a história da família e sua composição, entre tantos outros fatores descritos acima, possibilita uma intervenção voltada às características de cada família

em particular, utilizando suas próprias capacidades e formas possíveis de reajuste frente aos estresses que se lhe apresentam.

2.2 - O sintoma na teoria familiar estrutural.

A revisão do conceito de sintoma reflete a influência do pensamento sistêmico aplicado à saúde mental, adotado pelas teorias familiares. Como visto anteriormente, a teoria familiar sistêmica entende o sintoma inserido no contexto bio-psico-social. O questionamento da concepção linear baseada em modelos médicos, psicodinâmicos e comportamentais, e a passagem para um modelo circular de etiologia dos sintomas propõe a irrelevância da estrutura individual isolada do contexto e o foco de trabalho com os sintomas passa a ser nas relações e no contexto dos indivíduos previamente identificados como portadores do sintoma.

Ao abandonar a busca por causas do sintoma junto à pessoa identificada em um quadro de sofrimento psíquico, os teóricos familiares estruturais partem para um trabalho com as estruturas das quais este sujeito participa, ou seja, com a família como um todo, na busca de entender o sintoma inserido no funcionamento estrutural. Diversas formas de compreensão do local de estabelecimento do sintoma passam a fazer parte das abordagens familiares e são complementares em variados momentos do trabalho com famílias. Segundo Minuchin (1990b), o terapeuta estruturalista complementa a concepção estratégica de que o sintoma seria uma solução protetora em defesa da homeostase familiar, personificada pelo paciente diagnosticado como portador do quadro psicopatológico identificado. Para a teoria familiar estrutural, ao compreender a família enquanto organismo, esta proteção transvestida de sintoma não é vista como uma resposta intencional, mas sim

como uma “reação de um organismo sob tensão”. Tal visão de sintoma o compreende no contexto e o entende como extenso a todos os membros da família, todos sintomáticos. O sintoma torna-se uma forma de organização da estrutura familiar, mantido por ela e tornando-se parte dela (Minuchin, 1990b).

Desta feita, ao compreender o sintoma estabelecido no sistema como um todo, o trabalho de intervenção trata de desafiar a definição e a natureza da resposta da família sobre o problema (pág. 75). O objetivo da terapia familiar estrutural ao trabalhar com sintomas define-se por provocar e/ou participar de modificações ou ressignificação das concepções familiares dos problemas, levando a novas respostas alternativas cognitivas, afetivas e de comportamento na família que não causem mais sofrimento e não caracterizem mais sintomas.

A forma como a estrutura familiar se estabelece e os elementos desta se ajustam, ou seja, a dinâmica de funcionamento da estrutura, determinará se o grupo familiar vai funcionar “como facilitador ou como dificultador na formação da saúde mental de seus membros” (Féres-Carneiro, 1992).

Ao tratar de sintoma, percebendo a dimensão da influência da estrutura familiar para a formação e manutenção deste, deve-se também ressaltar os aspectos presentes no esquema conceitual que caracteriza uma família normal. Segundo Minuchin (1990a) este esquema é composto por três facetas:

A família se transforma com o tempo, se adapta a novas realidades externas e internas e se reestrutura. Essas mudanças são em busca da continuidade de seu funcionamento e quando este é eficaz a família pode, ou não, responder a estresses de desenvolvimento de forma adequada. Nos casos de respostas inadequadas, a tentativa de aderir a esquemas estruturais prévios pode refletir em funcionamentos não mais eficientes, possibilitando o

surgimento de sintomas. Este fato denota a possibilidade de respostas ineficazes à necessidades de mudanças estarem presentes mesmo em famílias com um funcionamento prévio eficaz.

A possibilidade de observação da estrutura só se dá ao compreender a família e sua estrutura em movimento. Frente a necessidades de reestruturação, sejam internas ou externas, são preferidos padrões eficientes a exigências costumeiras. A força do sistema depende então, das capacidades de mobilização de “padrões transacionais alternativos” quando fatores internos ou externos ao grupo familiar exigem sua reestruturação (pág. 69). Este fator está diretamente ligado à caracterização das fronteiras dos subsistemas.

O estresse familiar resulta da busca por respostas sistêmicas que possibilitem a manutenção e a continuidade da família, ainda que reestruturada. As respostas rígidas dentro da estrutura tendem a gerar padrões disfuncionais, levando à procura de terapia em alguns casos, ou simplesmente resultando em sintomas que denunciem e ocupem esse lugar de disfunção colocado pela maneira como o sistema respondeu às novas demandas de estruturação.

Assim, após verificar a concepção estrutural do sintoma e perceber as formas que a família saudável assume para lidar com questões e manter-se “normal”, segundo Minuchin, é possível concluir que a manutenção da estrutura é um movimento natural dos sistemas familiares. Este demanda capacidades de reestruturação, ajuste e realocação dos elementos componentes do grupo. O sintoma surge como forma de ajustamento ou tentativa deste, ao alcance do sistema. O trabalho com a verificação de uma estrutura familiar, junto a sistemas com um componente identificado como portador de uma

psicopatologia, possibilita examinar formas de estrutura que assumem sintomas deste tipo como solução, em seu contexto.

2.3 - A intervenção precoce, o sofrimento psíquico grave e o trabalho com famílias.

A intervenção precoce é uma proposta de trabalho terapêutico segundo a qual se trabalha com os sujeitos em primeira crise, ou em fase anterior à crise, chamada de fase prodrômica. O objetivo é a não cronificação do quadro psicopatológico em toda sua complexidade. Estudos recentes sugerem que a intervenção precoce reduz o tempo de psicose não identificada e de psicose identificada e não tratada (Chen, 1999).

O reconhecimento de um estágio de sofrimentos psíquico, antes que este se torne grave, depende do trabalho conjunto entre profissionais de saúde e família como um todo. Nota-se que fatores como a falta de informação e o estigma ligado aos serviços de saúde mental podem impedir ou adiar a procura precoce à uma intervenção que possibilite a não cronicidade dos prognósticos (McGorry, 1997).

Atrasos em receber o tratamento para esquizofrenia estão independentemente associados a um risco muito aumentado de recidiva ao longo dos dois anos seguintes (à crise). (Johnstone *et al* em Mc Gorry, 1997).

Como fatores que sinalizam uma crise que pode ser compreendida como do tipo psicótica, têm-se os pródromos. Estes precedem o surgimento dos sintomas psicóticos, constituindo um período de transtorno não-psicótico, na vida do paciente e em seu comportamento (McGorry, 1997). São vistos como, “uma síndrome” a qual indica uma maior vulnerabilidade ao desenvolvimento

de psicose, o que é visto como um 'estado mental de risco' ou 'estado precursor' (Eaton *et al.*, 1995).

Quanto à primeira crise, foco da intervenção precoce no que se refere ao quadro psicopatológico, formas de identificação desta são determinadas pela presença de algum ou alguns dos seguintes fatores: (1) declínio das funções sociais sem considerar a relação com a psicopatologia; (2) surgimento de qualquer sintoma psiquiátrico; (3) e/ou psicótico; (4) surgimento de sintomas negativos; (5) primeiro tratamento, o qual pode influenciar o curso e a duração deste primeiro episódio e possibilitar o diagnóstico e (6) primeira admissão hospitalar ou primeira internação (Keshavan 1992).

Para entender a primeira crise do tipo psicótica, cabe comentar definições de psicose que buscam, em um campo tão cheio de profusão de conceitualizações nosológicas do que seria esta síndrome, contemplar formas de entendimento do fenômeno em destaque. Lopes (2001) entende a psicose como alocada entre o espectro entre dois pólos, sejam eles o da despersonalização e o da desrealização. Para este autor, toda psicose é constituída por um conjunto de alterações da identificação e do conhecimento do indivíduo de seu próprio eu e do mundo externo do qual faz parte. É então compreendida como a alteração entre o "eu e o mundo", diferindo da neurose que se caracteriza pela "alteração da relação entre o ego, o id e o superego" (Lopes, 2001). Torna-se, portanto, indispensável considerar enquanto componente da psicose, "a perda do próprio eu" capaz de modificar-se e transformar-se, sendo impossível encontrar um único sinal que por si só caracterize a psicose.

Para Winnicott (1993), uma das formas de compreender a psicose é vê-la como representando:

uma organização das defesas, e por trás de toda defesa organizada há a ameaça de confusão, que constitui na verdade uma ruptura da integração (pág. 90).

Segundo Carvalho (2006):

Entre os fatores de risco para a psicose estão: a adolescência e início da idade adulta, história familiar de transtorno psicótico, personalidade vulnerável (exemplo: esquizóide, esquizotípica), fraco ajustamento pré-mórbido, histórico de traumatismo crânio-encefálico, histórico de complicações obstétricas, traumatismos perinatais, estação do ano em que se deu o nascimento, eventos vitais, estresse psicossocial percebido, abuso de drogas, alterações funcionais e subjetivas na pessoa (pág. 34).

Ao verificar as descrições acima e tratando dos componentes não orgânicos, notam-se diversos fatores de risco ligados à família, tanto no aspecto relacional e de formação do indivíduo, quanto na possibilidade de identificação dos mesmos. Incentivos ao trabalho familiar junto a quadros psicopatológicos são vistos entre autores de diferentes linhas teóricas, como Winnicott o faz em seu livro *Tudo começa em casa* ao dissertar sobre o “ambiente facilitador” e entre autores de linhas teóricas fundamentadas no pensamento sistêmico, citados neste trabalho. Winnicott (1996) afirma:

O ambiente facilitador e seus ajustes adaptativos progressivos às necessidades individuais poderiam ser isolados, para estudo, como uma parte do estudo da saúde. Incluir-se-iam as funções parentais, complementando as

funções da mãe, e a função da família, como uma maneira cada vez mais complexa (à medida que a criança fica mais velha) de introduzir o princípio da realidade, e ao mesmo tempo que devolve a criança à criança (pág. 19).

Não descartar os fatores individuais do quadro psicopatológico é questão indispensável no trabalho de intervenção precoce e no campo da saúde mental. Não pormenorizamos a importância da perspectiva e do trabalho individual junto a sujeitos em sofrimento psíquico. Porém, ao compreender a família como peça fundamental no desenvolvimento do sujeito, sendo sua matriz de identidade, e frente à compreensão do sintoma a partir da proposta familiar sistêmica estrutural, justifica-se a importância fundamental do trabalho familiar para que a intervenção precoce se dê de maneira eficaz e, por conseguinte, ressalta a importância de trabalhos voltados à compreensão de funcionamentos e possíveis intervenções junto à família.

Ainda sobre a intervenção precoce e a terapêutica da psicose, observamos algumas releituras teóricas a serem verificadas para melhor compreensão do presente trabalho.

O conceito de intervenção precoce fundamenta-se no objetivo de evitar a cronificação de quadros psicóticos (Keshavan e Schoeler, 1992; Yung e McGorry, 1999; Beiser, 1993; Duzyurek, 1999 e McGorry, 2000, em Carvalho, 2006). Esta idéia justifica-se conquanto compreendamos que o desenvolvimento desta proposta de intervenção surgiu a partir de trabalhos na área médica, junto a pacientes diagnosticados nosologicamente como psicóticos.

A intervenção precoce trabalha ainda com o conceito de pródromos como fatores de risco para a psicose, o que leva a possibilidade de apenas uma porcentagem dos indivíduos que se encontram em fase prodrômica progridam ou desenvolvam um quadro caracterizado como episódio psicótico (Carvalho, 2006, pág. 31), conflitando com a afirmativa de McGorry e Edwards (2002) que compreendem os pródromos enquanto uma forma de esquizofrenia, o que resultaria necessariamente, caso não ocorra uma intervenção eficiente, no curso da psicose.

Frente a tais discordâncias teóricas com relação aos pródromos e aos possíveis cursos do sofrimento não tratado, que se apresenta na forma prodrômica, propomos que a idéia de pródromos seja ampliada de forma a justificar a intervenção precoce não só por evitar a cronificação em quadros psicóticos e sim por voltar-se à terapêutica junto a formas de sofrimento psíquico grave destruturador do sujeito e, portanto, merecedor de atenção especializada, seja este sofrimento precursor de quadros psicóticos ou não.

Assim, justifica-se ainda o uso do termo *sofrimento psíquico grave* em lugar do termo *psicose* para descrever o sofrimento que destrutura psiquicamente o sujeito e impacta em seu funcionamento individual e social em diversos níveis. Não nos opomos às descrições sobre psicose feitas anteriormente, porém, desvinculamos o tipo de funcionamento descrito como psicose da idéia de estrutura psicótica diagnosticável e a princípio necessariamente presente em trabalhos de intervenção precoce.

Tal releitura do termo psicose enquanto maneira de descrever formas de funcionamento psíquico ou estruturação de sujeito é também embasada na crítica às posições e fundamentações teóricas que tentam delimitar a complexidade do fenômeno denominado *psicose*, que se mostram imprecisas e

obscuras, apesar do trabalho voltado a eliminar tais características. Segundo Costa (2003)

Pode-se afirmar com segurança que a história da loucura humana é a história da complexidade dos caminhos da estruturação do indivíduo humano. Já passa do tempo de termos que abandonar termos imprecisos ou mesmo confusos em prol de uma outra compreensão do que seja o *sofrimento psíquico humano* (pág. 72).

Desta feita, o trabalho terapêutico de intervenção precoce com famílias é compreendido como fundamental, por ser no sistema familiar que se torna possível verificar o sofrimento do sujeito identificado, em sua origem e manutenção, e por entender o sintoma de maneira sistêmica, extenso a todo o grupo familiar da pessoa que apresenta o sofrimento psíquico grave verificado. Assim, conclui-se que o sofrimento se apresenta na pessoa identificada, porém é construído no sistema relacional do qual este sujeito faz parte.

Capítulo 3 – Sobre o olhar e o fazer (n)a pesquisa.

O presente estudo é uma investigação exploratória qualitativa que busca compreender os sujeitos em seu ambiente, e por conseqüência, contextualizar o sofrimento psíquico grave e identificar a estrutura familiar e a forma com que o sistema lidou com a crise de um de seus membros. O estudo exploratório, segundo Minayo (2006), compreende a escolha dos tópicos de pesquisa, a delimitação do problema a ser estudado, definições do objeto e dos objetivos assim como a construção de hipóteses ou pressupostos. Envolve ainda, a escolha do marco teórico conceitual de fundamentação para a pesquisa e a elaboração de instrumentos de coleta de dados.

Deslandes e Assis (2003, pág. 199) colocam a impossibilidade de padronização entre as diversas formas de pesquisa qualitativa. Estas podem ser definidas como “conjunto de práticas interpretativas” (Dezin e Lincoln, 1994, citados em Deslandes e Assis, 2003), não pertencentes a uma única área do conhecimento nem constituintes de um paradigma único. O que as autoras definem como “acervo de multimétodos”, a pesquisa qualitativa, é então fundamentada na premissa epistêmica de construção do conhecimento através da interação dinâmica entre sujeito e objeto de estudo, pressupondo um vínculo entre o “mundo objetivo e (inter)subjetivo dos sujeitos” (Deslandes e Assis, 2003, pág. 199).

É possível caracterizar a pesquisa qualitativa como tentativa de compreensão detalhada dos significados e das características situacionais do objeto de estudo, a qual ocorre em um *setting* não construído artificialmente para fins de pesquisa. A pesquisa qualitativa envolve observação de situações reais e resulta na construção não estruturada por hipóteses formuladas

anteriormente sobre os dados, na busca por significados atribuídos pelos sujeitos sobre a ação social à qual se pesquisa. (Deslandes e Assis, 2003; Richardson, 1999).

Minayo (2006) ressalta a aplicabilidade do método qualitativo ao estudo da história, das representações, das crenças, das relações, das percepções e das opiniões, resultantes das interpretações das pessoas sobre sua existência. A abordagem qualitativa destaca-se ainda por permitir uma maior fidedignidade de seus construtos a uma realidade empírica e às experiências dos sujeitos pesquisados, conformando-se a investigações de segmentos delimitados, grupos focalizados sob a ótica dos mesmos, à estudos de relações e à análises de discursos e documentos (Deslandes e Assis, 2003; Minayo 2006).

Cientes da discussão sobre critérios de cientificidade das pesquisas qualitativas, ressaltamos neste estudo a observância dos problemas propostos por Lê Compte (1982, citado em Deslandes e Assis, 2003, pág. 202) como pontos de destaque para o aumento da confiabilidade externa dos estudos etnográficos, aplicáveis a nossa pesquisa. São eles: O *status* do pesquisador (observação de questões como gênero); Escolha dos informantes (descrição dos fatores de inclusão e exclusão de sujeitos de pesquisa e descrição de situação sócio-cultural dos participantes, considerando que vivência, valores e ações são influenciados por tais fatores e, portanto, refletem em resultados de pesquisas); Informações sobre as condições e situações sociais de coleta de dados (dados como pessoas que estavam presentes quando da coleta de dados, podem influenciar nas informações e observações); Escolha de premissas analíticas e construtos adotados enquanto fundamentação teórica, destacando a importância de delineamento do “caminho interpretativo” tomado

pelo pesquisador enquanto forma de aplicação dos conceitos; Descrição clara de metodologia de coleta e de análise dos dados.

Todos estes aspectos foram observados e descritos neste estudo. Porém, ressaltamos que embora seja possível que outros pesquisadores se inspirem em nosso estudo qualitativo, e sigam nossos caminhos, jamais será possível que se chegue a resultados idênticos, o que não constitui uma falha na qualidade das pesquisas (Deslandes e Assis, 2003).

3.1. Objetivos

3.1.1. Objetivo Geral

Conhecer a organização estrutural de um sistema familiar com um ou mais membros diagnosticados como psicóticos.

3.1.2. Objetivos Específicos:

Identificar a estrutura familiar conforme definido anteriormente;

Identificar a estruturação do sofrimento psíquico grave;

Correlacionar a estruturação do sofrimento psíquico grave com a estruturação familiar (o lugar do sofrimento na família);

Situar no ciclo de vida familiar a construção do sofrimento.

3.2 - Procedimentos:

3.2.1 – Início da pesquisa: Submissão e aprovação da pesquisa em comitê de ética e contato com instituições e famílias assistidas.

O projeto da pesquisa “A estrutura familiar em sofrimento psíquico grave: um estudo exploratório” para coleta de dados e elaboração desta dissertação, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de

Saúde do Governo do Distrito Federal (CEP- Fepecs) em outubro de 2006, sendo aprovado em sua primeira análise. A pesquisa foi liberada para execução a partir de novembro de 2006 conforme parecer Nº 181/2006 daquele comitê.

De acordo com o projeto de pesquisa, estariam participando da coleta de dados desta pesquisa, dez (10) famílias de sujeitos residentes no DF, em tratamento médico, psicológico e/ou psiquiátrico, em unidades de atenção à saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Mais especificamente, pacientes assistidos pelo Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), pelo Instituto de Saúde Mental (ISM), pacientes da internação psiquiátrica do Hospital Geral de Base de Brasília ou ainda pacientes identificados e familiares em atendimento pelo Grupo de Intervenção Precoce em Psicoses (GIPSI) do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, do qual participo como pesquisadora, mestranda e técnica associada.

Procuramos encaminhamentos de pacientes variados, tanto em relação ao gênero quanto ao tempo de patologia identificada/tratada. Foram excluídos deste estudo, sujeitos com diagnósticos que tivessem fatores orgânicos como causadores ou desencadeadores da crise ou quadro psicótico, voltando nosso trabalho aos pacientes que tiveram como origem da psicose fatores de desenvolvimento, ambientais, relacionais e afetivos, sendo estes o foco de nosso trabalho. Assim, utilizamos como fator de inclusão os diagnósticos em prontuário compreendidos na classificação de F.20 a F.29, segundo a Classificação Internacional de Doenças – 10 (CID-10). Constante descrição do Anexo 1.

Além de possuírem o diagnóstico nosológico em prontuário incluso nestas categorias acima descritas, os pacientes do estudo poderiam ser de ambos os

sexos, com família de origem residente no DF, assistidos pelas unidades de saúde supracitadas e que estivessem de acordo com a participação na pesquisa atestada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo 2).

Após contato inicial com os profissionais do Hospital São Vicente de Paulo e do Instituto de Saúde Mental, obtivemos acesso aos prontuários. No Hospital Geral de Base não realizamos o levantamento dos prontuários por observarmos, no contato inicial com a equipe de profissionais da unidade, as dificuldades em encontrar um espaço adequado na instituição para a realização das entrevistas que não alterasse a rotina de funcionamento da unidade de internação. Tal fato impediu a nossa pesquisa naquele local uma vez que os pacientes não poderiam sair da internação para a realização das entrevistas. Os pacientes do GIPSI não participaram da pesquisa por não possuírem diagnóstico fechado, em função da proposta de trabalho do grupo não estar ligada à necessidade de diagnóstico inicial dos pacientes.

Dos pacientes indicados, as dificuldades encontradas para a participação das famílias em nossa pesquisa foram relativas à: a) impossibilidade de participação das famílias de origem dos pacientes identificados por motivos de moradia em outros estados ou óbito de um ou dos dois participantes do casal parental do paciente identificado (6 pacientes); b) indisponibilidade, por parte da própria família, de horários para entrevista com todos os familiares e/ou recusa em participar de pesquisas como a proposta (1 paciente); c) diagnósticos nosológicos incompatíveis com nossos fatores de inclusão na pesquisa (3 pacientes) e d) internação de paciente identificado impossibilitando a realização das entrevistas por questões de disponibilidade de espaço físico para tal (8 pacientes).

Institucionalmente, tanto no Hospital de Base, quanto na internação do HSVP as dificuldades foram relativas à falta de espaço físico apropriado para a realização das entrevistas, de forma que a utilização dos espaços não alterasse a rotina de funcionamento do serviço institucional e ainda as dificuldades financeiras de locomoção das famílias aos locais de entrevista, considerando que esta pesquisa não obteve recursos financeiros para oferecer auxílio transporte aos entrevistados.

Tais complicações foram solucionadas ao entrarmos em contato com a equipe do programa “vida em casa” do HSVP, que assiste aos pacientes em suas residências por uma equipe multidisciplinar, o que possibilitou fazermos visitas residenciais para coleta de dados com a família, assim como acessar prontuário hospitalar com relatos sobre internações e histórico do paciente identificado.

3.2.2 - Do contato com as famílias

Conforme relatado acima, algumas questões sobre o impedimento da participação das famílias em nossa pesquisa só puderam ser levantados após contato inicial com as mesmas. Este se deu através de ligações telefônicas nas quais a pesquisadora apresentou-se e apresentou a pesquisa a ser realizada. Explicamos a finalidade da participação dos sujeitos em nossa pesquisa, a finalidade de nosso estudo e convidamos a participar das entrevistas. Nestes contatos verificamos que alguns diagnósticos relatados não estavam de acordo com o registrado em prontuário, havia indisponibilidade em participar das entrevistas por questões de trabalho (horário disponível) dos familiares, por frustração com contatos anteriores com equipes de psicologia e pelo fato do paciente identificado não viver mais com a família de origem.

Ainda com relação ao contato com as famílias, este nos foi dificultado em função da época do ano em que realizamos os contatos com as instituições e famílias. Por termos a pesquisa liberada pelo CEP-Fepecs para execução a partir de novembro, o encontro com as equipes profissionais dos hospitais foi dificultado pelos períodos de licença de final de ano, e com as famílias por elas estarem viajando entre os períodos de Natal e Ano Novo.

3.2.3 – Sobre a coleta de dados com a família escolhida.

Em função das características desta pesquisa, decidimos trabalhar então com uma família encaminhada pelo programa “vida em casa” do HSVP acompanhada por psicólogo e psiquiatra particulares, além do acompanhamento multidisciplinar da equipe do HSVP.

Foram participantes da pesquisa, tanto o sujeito identificado como estando em sofrimento psíquico grave, quanto sua família, assim identificada pelos mesmos e composta por pai, mãe, três irmãos homens e três irmãs mulheres. Todos os entrevistados da família estiveram de acordo com a participação, afirmada com assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE – Anexo 2).

Os procedimentos de coleta de dados ocorreram nas unidades de atenção à saúde à qual o paciente estava previamente ligado (levantamento de informações do prontuário), no início da pesquisa, e na residência da família (realização das entrevistas).

Foi realizado um encontro inicial com os pais, o paciente identificado e uma irmã, para esclarecimento da pesquisa. Após este encontro, realizaram-se mais duas entrevistas para elaboração do genograma das famílias de origem e da família atual, três entrevistas para elaboração da linha da vida familiar e

mais uma entrevista para complementação dos dados verificados pela entrevista semi-estruturada baseada no CFAM (Anexo 3). Todos os encontros foram gravados, transcritos integralmente e analisados, conforme detalhado a seguir.

No prontuário do paciente identificado desta família, constam informações sobre suas internações assim como a hipótese diagnóstica F 32.3. Ainda que tal classificação nosológica não fizesse parte de nosso grupo de inclusão inicial, a equipe aceitou trabalhar com o paciente e sua família por considerar o diagnóstico enquadrado nas características de um quadro de sofrimento psíquico grave de origem não orgânica. Segue em anexo a descrição do quadro diagnóstico da CID-10 para F 32.3 (Anexo 1).

Os encontros familiares foram realizados com a família declarada como tal, não importando consangüinidade ou residência compartilhada. Todos os membros da família, assim identificados, participaram dos encontros para coleta de dados, com a ressalva da não participação de uma das filhas do casal parental, por esta residir em outra cidade e não participar diretamente da vida familiar, segundo relatos da própria família.

Embora os procedimentos de coleta de dados não constituíssem um trabalho de intervenção terapêutica, alguns benefícios terapêuticos se fizeram presentes em função de nosso contato com a família, conforme descrito na análise e discussão desta pesquisa. Segundo Minuchin (1990a), no contato com terapeutas para a coleta de material com finalidade de elaboração de um mapa estrutural, a família se organiza em relação a ele, sendo então o terapeuta um provocador de mudanças por estar formando então, com a família, um sistema terapêutico. Entendemos que embora nosso papel no contato com a família não fosse como terapeutas e sim como pesquisadores,

nossa atuação é sim terapêutica, em função de nossa formação e da nossa forma de compreender o sofrimento e o papel familiar, conforme exposto neste trabalho.

Nos casos em que conteúdos se fizessem presentes de forma que os participantes necessitassem de intervenção terapêutica psicológica específica, havia a possibilidade de encaminhamento a serviços disponíveis na rede pública de saúde, levando-se em conta as limitações da instituição e suas possibilidades de atuação terapêutica, no hospital ao qual estão vinculados, após contato com a equipe de Psicologia da unidade de saúde que assiste aos participantes, para que o tratamento possível fosse oferecido. Ressaltamos a grande dificuldade encontrada para tal encaminhamento, uma vez que a rede de atenção a saúde mental em Brasília está em processo de reformulação e implementação, estando com poucos serviços disponíveis.

Estes dados serão melhor detalhados e especificados nos Resultados e Discussão.

3.3 – Das entrevistas.

3.3.1 – PANSS

Foi aplicada a Escala das Síndromes Positiva e Negativa – PANSS (Anexo 4) para identificação de sintomas positivos e negativos do paciente identificado. A PANSS é composta por dezoito itens da BPRS – *Brief Psychiatry Rating Scale* e doze itens da *Psychopathology Rating Scale* (Chaves e Shirakawa, 1998).

Esta escala foi desenvolvida com a proposta de avaliar os sintomas apresentados por pessoas com esquizofrenia. Compreende-se que a dicotomia positivo-negativa não abrange todo o fenômeno da esquizofrenia (Chaves e

Shirakawa 1998), sendo necessário compreender a situação do sofrimento psíquico como um todo. Embora esta dicotomia não seja suficiente para descrever o sofrimento, é possível utilizar a PANSS com finalidade de delineamento psicodiagnóstico. Com a aplicação da PANSS é possível verificar pródromos, antecedentes a crises ou reincidências. As propriedades psicométricas da PANSS, assim como a confiabilidade entre examinadores e a consistência interna associada a confiabilidade de teste-reteste foram demonstradas por uma série de estudos recentes com tal escala (Chaves e Shirakawa, 1998).

3.3.2 – O Genograma Familiar e Linha da Vida.

O genograma familiar procura descrever a composição familiar através da elaboração de um esquema representativo da organização familiar e seus vínculos “formais” de consangüinidade ou conjugalidade compreendida enquanto formação de casal. Proporciona ainda, verificar o movimento através do ciclo de vida familiar (McGoldrick e Gerson, 1995). Trata-se de um método sistemático de investigação sobre o sistema familiar, e por conseqüência, de sua organização, legados transgeracionais e dinâmicas da família. Pode ser compreendido como uma forma inicial de exploração dos padrões e influências presentes na família nuclear ou extensa utilizado para sumarizar padrões relacionais atuais e passados do sistema familiar, incluindo ao menos três gerações dos membros familiares com os quais se trabalha (DeMaria; Weeks e Hof, 1999).

A linha da vida foi também utilizada enquanto técnica para investigar a história da família e os momentos entendidos como marcantes por esta, compreendidos pelos familiares como eventos de reajuste estruturais e

funcionais do sistema e seus membros. A linha da vida possibilita representar e identificar visualmente transições do ciclo de vida familiar, de desenvolvimento, interpessoais e de contexto (DeMaria; Weeks e Hof, 1999). Através da elaboração da linha da vida familiar, torna-se possível identificar momentos de “coincidências” entre eventos do ciclo de vida familiar ou individual e viabiliza a perspectiva histórica de desenvolvimento familiar.

Para DeMaria; Weeks e Hof (1999) a possibilidade de identificar transições normativas ou situacionais consideradas importantes pelos pacientes e pelo clínico ou pesquisador, leva a conhecer o desenvolvimento familiar sob a observação de questões como o atraso ou extensão de fases de desenvolvimento do sistema familiar. As transições normativas são aquelas observadas no desenvolvimento natural das fases da vida, por exemplo, casamentos, nascimentos e mortes. Chamamos de transições situacionais aquelas marcadas por momentos de crises ou rompimentos quais sejam, suicídio, doenças, mortes acidentais, divórcios ou outros eventos, não naturais ao ciclo familiar.

O genograma, associado à linha da vida familiar neste trabalho, podem ser compreendidos enquanto “retrato geográfico da história e do padrão familiar” (McGoldrick e Gerson, 1995, pág. 144), e possibilitam a visualização da estrutura básica da família, sua demografia, seu funcionamento, seu desenvolvimento e as formas de relacionamento presentes no grupo familiar.

3.3.3 – A Entrevista Familiar Semi-estruturada baseada no Calgary Family Assessment Model - CFAM.

Utilizou-se a entrevista familiar semi-estruturada (Anexo 3) para investigar fatores do funcionamento da família, que possibilitassem a identificação dos

papeis e funções de cada indivíduo dentro do sistema familiar. Para tanto foi utilizada nesta pesquisa a entrevista semi-estruturada baseada no Calgary Family Assessment Model (Wright e Leahey, 2005) que permite uma forma sistemática de compreensão do funcionamento familiar.

O Calgary Family Assessment Model (CFAM) propõe a investigação dos elementos descritos anteriormente, visando a dimensão estrutural subdividida. Estes elementos fazem parte da compreensão de estrutura familiar proposta por Minuchin, considerando que é possível identificar certas características comuns entre famílias, embora cada uma delas seja única. A Calgary Family Assessment Model proporciona uma fundamentação para a compreensão da complexidade e particularidade das famílias, através da correlação entre aspectos únicos apresentados por cada família e os conceitos de estrutura e funcionamento familiar.

3.4 – Metodologia de pesquisa e da análise dos dados.

3.4.1 – Estudo de Caso.

Podemos afirmar que o crescente interesse em pesquisas de estudo de caso foi desencadeado em função do impacto provocado pelos estudos de caso nas ciências sociais, o avanço dos argumentos metodológicos que justificam o formato de estudos de casos e, entre outros fatores, pelo fato dos estudos de caso serem compreendidos como forma de diminuir a distância entre pesquisa e prática nos campos das ciências sociais aplicadas (Moon e Trepper, 1996, pág. 394).

Esta metodologia de pesquisa traz consigo a possibilidade de realização de estudos aprofundados, analíticos e pode ser conduzida ou fundamentada por diferentes posições filosóficas. O estudo de caso pode ainda ser relativo a

questões prospectivas ou retrospectivas, com metodologia qualitativa, quantitativa ou mista de coleta e análise dos dados. Utilizam-se estratégias de investigação para possibilitar o mapeamento e a conseqüente descrição e análise de contextos, relações e percepções a respeito de situações, fenômenos ou episódios focalizados pela pesquisa (Minayo, 2006).

A metodologia de estudo de caso pode ser subdividida em projetos formais ou informais, relativos à condução e aos objetivos das pesquisas. Neste trabalho utilizamos o projeto formal de estudo de caso por este ser orientado para investigar fenômenos específicos, aumentar o conhecimento sobre os mesmos e focalizar o avanço científico da compreensão das condições humanas, fatores que coadunam com nossos objetivos. Segundo Moon e Trepper (1996) trata-se de uma metodologia de pesquisa caracterizada pelo aprofundamento do estudo de casos selecionados de forma específica de acordo com os objetivos e com a utilização de múltiplas fontes de informação e métodos de coleta de dados.

3.4.2 – A Análise de Conteúdo.

Utilizamos a análise de conteúdo como metodologia de tratamento dos dados das entrevistas realizadas com a família escolhida. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente.

A história da análise de conteúdo, enquanto técnica de análise de dados, levou à construção de um esforço teórico, fundado tanto na lógica quantitativa quanto na qualitativa, voltado ao objetivo de ultrapassar níveis de senso comum e de subjetivismo na interpretação de dados e atingir uma vigilância crítica frente ao comunicado, seja ele através de textos, entrevistas, observações ou outras formas de comunicação (Minayo, 2006, pág. 308).

A análise de conteúdo pode ser definida como um conjunto de técnicas com as quais se analisa a comunicação, que faz uso de procedimentos sistemáticos e objetivos para a descrição dos conteúdos das mensagens (Bardin, 1977, pág. 38). Esta descrição dos conteúdos das mensagens é feita também sobre conteúdos inferidos, relativos a indicadores já observados ou descritos.

Com o objetivo de atingir um nível mais aprofundado de análise que ultrapasse os sentidos manifestos expressos no material a ser analisado, a análise de conteúdo parte de uma leitura “em primeiro plano” do material a ser analisado. O aprofundamento é alcançado utilizando-se procedimentos que levam à correlação entre estruturas semânticas ou significantes, e estruturas sociológicas ou significados dos enunciados. Este é resultado também de um tratamento de dados que os correlaciona e contextualiza em seu lugar sócio-histórico-cultural (Minayo, 2006 pág. 308; Bauer, 2000 pág. 192), e visa à consistência interna das operações. Segundo Silva (2007 pág. 73) a contextualização é fator indispensável para que os resultados se mostrem relevantes e tenham importância de divulgação.

Assim, a análise de conteúdo vai além dos conteúdos de fala, passando por todos os materiais ou códigos aos quais o analista tem acesso, por exemplo: palavras, frases, e silêncios. Busca-se deixar a “leitura simples do real” (Bardin, 1977) para chegar a uma análise exaustiva dos conteúdos a fim de checar ou testar hipóteses, definir planos de investigação ou intervenção através de uma compreensão mais apurada do objeto de estudo investigado.

Para atingir a consistência interna da análise, considera-se que esta deva ser objetiva, com regras preestabelecidas e diretrizes que viabilizem a replicabilidade dos procedimentos e resultados dos mesmos; e sistemática, de

maneira que o conteúdo seja trabalhado em categorias selecionadas em função dos objetivos já estabelecidos. Segundo Franco (2003, pág. 24 citado em Silva, 2007)

O que está escrito, falado, mapeado, figurativamente desenhado e/ou simbolicamente explicitado sempre será o ponto de partida para a identificação do conteúdo manifesto (seja explícito e/ou latente) (pág. 73).

A análise de conteúdo pode ainda ter a característica quantitativa de frequência de ocorrência dos temas, correlacionada com a importância dos mesmos em função de seu maior número de recorrência no material analisado, não sendo uma exigência entre todos os teóricos da análise de conteúdo, segundo Minayo (2006).

Para analisar os dados coletados em nossa pesquisa, entre as diversas modalidades de Análise de Conteúdo, utilizamos a análise temática, por ser a mais apropriada para pesquisas em saúde (Minayo, 2006, pág. 309) e por ser a mais utilizada para o trabalho com entrevistas como as realizadas por nós.

Segundo Bardin (1977, pág. 105) o tema é compreendido enquanto “unidade de significação” a qual se mostra em um texto analisado, de acordo com a fundamentação teórica utilizada como base para o olhar que se traça sobre o que se lê. A análise temática é a busca por descobrir núcleos de sentido componentes da comunicação, marcadores de uma frequência ou presença que estejam vinculados ao objeto visado pela análise (Minayo, 2006, pág. 316).

Minayo cita três etapas constituintes da análise de conteúdo, a saber:

1. Pré-análise: que consiste em escolher o material a ser analisado e retomar os objetivos e hipóteses da pesquisa. Durante esta etapa do trabalho,

são determinadas a unidade de registro, a unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização e a modalidade de codificação e conceitos teóricos a serem utilizados para a análise.

Esta fase pode ser decomposta nas seguintes tarefas:

a) Leitura flutuante; b) Constituição do corpus e c) Formulação e reformulação de hipóteses e objetivos.

2. Exploração do material: etapa que tem por objetivo alcançar os núcleos de compreensão do texto. Categorias são encontradas de maneira a organizar o conteúdo da fala. Escolhem-se as regras de contagem e realiza-se a classificação e agregação dos dados, em categorias teóricas ou empíricas, às quais especificam os temas.

3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: fase em que os dados brutos são tratados estatisticamente com o objetivo de destacar as informações obtidas. Partindo do destaque, interpretam-se os dados e infere-se sobre os mesmos, sempre com a fundamentação da teoria que baseia o estudo e a leitura dos dados.

Estas etapas foram seguidas por nós no trabalho de elaboração desta dissertação, como forma de tratamento dos dados analisados, detalhados e discutidos a seguir.

4 – Resultados e Discussão

De acordo com o TCLE os nomes, trabalhos e as cidades de moradia da família estudada foram alterados ou descritos de maneira a preservar o sigilo ético. Este procedimento buscou preservar o sigilo para além da alteração dos nomes dos participantes, uma vez que compreendemos tal sigilo extenso ao que tange dados relacionais e intra-psíquicos a serem preservados.

No entanto, considerando a complexidade do estudo de caso, seu detalhamento tornou-se importante para o conhecimento do funcionamento e da estrutura familiar, assim como da dinâmica e do funcionamento individual dos participantes da pesquisa. Porém, tal detalhamento está devidamente autorizado pela assinatura do TCLE, conforme especificado anteriormente.

Ainda como forma de preservar os procedimentos éticos da pesquisa, ficou assumido o compromisso de encaminhamento do material resultante desta pesquisa aos profissionais e terapeutas responsáveis pelo acompanhamento do caso da família estudada, para sua discussão.

O retorno à família será dado em um encontro com todos que participaram das entrevistas para coleta de dados, após a defesa desta dissertação. Neste encontro, relataremos as reflexões sobre a família e reforçaremos o encaminhamento para terapia familiar, já realizado durante as entrevistas como resposta à demanda apresentada pela própria família.

4.1 – A PANSS, os sintomas e o sofrimento identificado na família.

Para levantamento de dados necessários para o preenchimento da PANSS – Escala das Síndromes Positiva e Negativa, descrita anteriormente, realizamos uma entrevista focada na temática ‘crise’ com os familiares

presentes à última crise identificada de Donato, ocorrida no mês de agosto de 2006.

Estiveram presentes: Donato, o paciente identificado, através de quem entramos em contato com a família estudada; Dinalva, irmã mais nova de Donato; Dário, irmão de Donato; Élia e José, respectivamente mãe e pai de Donato. Como entrevistadores estávamos eu e um auxiliar de pesquisa, aluno estagiário do GIPSI, que já havia trabalhado com o instrumento utilizado em seu projeto de iniciação científica. Fizemos o levantamento de sinais e sintomas proposto pela PANSS de forma retroativa, considerando informações da entrevista sobre as crises e de relatos em prontuário do HSVP, levantadas anteriormente pela equipe de pesquisa. Tal levantamento retroativo deveu-se à necessidade de verificar a forma de apresentação dos sintomas quando Donato esteve em crise. Consideramos neste estudo, a crise como momentos de exacerbação do sofrimento que resultaram em internações hospitalares.

Após a entrevista julgamos os itens propostos pela PANSS e chegamos a um resultado *positivo* conforme a escala aplicada, para o tipo sintomatológico ao qual a PANSS se propõe mensurar. Tal resultado é relativo à identificação de três ou mais sintomas com escore maior ou igual a quatro na escala positiva de sinais e sintomas. No caso de Donato estes resultados são relativos às dimensões “delírios, comportamentos alucinatórios, excitação, desconfiança e hostilidade”, e a identificação de menos de três sintomas com escore menor ou igual à 4 na escala negativa de sinais e sintomas, sendo eles “contato pobre e dificuldade de pensamento abstrato”.

Este resultado condiz com um quadro de “psicose” ou sofrimento psíquico grave de Donato. Achamos importante citar, para além dos resultados da PANSS, informações relevantes para nosso estudo observadas no

prontuário hospitalar de Donato e coletadas durante as entrevistas e no contato com o psiquiatra particular que o assiste.

Consta em prontuário que Donato atualmente utiliza a seguinte medicação: Carbolitium 300mg; Haldol 5mg; Biperideno 2mg; Captopril 50mg; Propanolol 40mg.

Segundo dados sobre as internações, há registro de quatro tentativas de suicídio nas quais Donato relatou estar obedecendo a vozes e que levaram à internações no HSVP. Há relatos de suposições de Donato sobre ser soropositivo, diagnóstico negado em exames de sangue feitos posteriormente, e relatos sobre sentimentos de culpa associada aos desejos sexuais. Consta também que Donato fala sobre sentir-se culpado pelo trabalho que dá aos pais.

Não há registros de comportamentos agressivos ou resistentes durante as internações.

Houve relatos familiares sobre as crises de Donato com destaque à primeira, na qual Donato ficou muito emotivo, abraçando os irmãos e dizendo que os amava e não queria perdê-los, conforme relatado na linha da vida da família. Outra crise que recebeu destaque aconteceu em um apartamento onde a família nuclear residia. Durante esta crise, Donato trancou-se no apartamento enquanto os pais estavam na missa. Seu irmão Daniel arrombou a porta do apartamento atendendo ao pedido de José e então Donato trancou-se em seu quarto. Nesta crise Donato dizia que seus pais eram demônios e permaneceu em seu quarto onde tinha guardado comidas e onde armazenava sua urina em potes e defecava em um lugar específico, dentro do quarto. Ocorreu uma tentativa de suicídio por enforcamento e os familiares decidiram interná-lo.

A terceira crise descrita pela família, também narrada na linha da vida familiar, aconteceu no final do ano de 2006 e resultou em internação após uma tentativa de suicídio com uma faca, obedecendo ao comando de vozes.

Donato não foi mais internado desde o final do ano de 2006, porém, durante a entrevista para preenchimento da PANSS, nos foi relatado que Donato está muito agitado à noite, perambulando e falando sozinho. Frente ao incômodo pela situação atual do filho, José ameaçou interná-lo e foi impedido por Élia de chamar os bombeiros para levar Donato ao HSVP mais uma vez.

Podemos notar muitas mudanças de medicação durante o período de 2002 a 2007, conforme registrado em prontuário. Percebe-se que a medicação altera-se ao longo do tratamento, no entanto, os princípios ativos e objetivos do tratamento farmacológico são mantidos. Descrevemos na tabela a seguir, a funcionalidade e as medicações utilizadas por Donato nos últimos 5 anos:

Tabela 1.

| Antipsicóticos | Ansiolíticos | Anti-histamínicos | Estabilizadores de humor | Antidepressivos | Hipertensão arterial |
|---------------------------|--------------|-----------------------|--------------------------|-----------------|----------------------|
| Levomepromazina / Neozine | Rivotril | Prometazina / Fenegan | Ácido Valpróico | Imipramina | Captopril |
| Zyprexa | Diazepam | Biperideno | Lítio | Fluoxetina | Propranolol |
| Haldol | | | Carbamazepina | | |
| | | | Carbolítium | | |

Também notamos que há um período em que Donato tomava uma medicação de complemento ou reposição de secreções tireoidianas (Euthyrox). Frente a este fato, procuramos nos informar sobre possível alteração de tireóide de Donato e segundo relatos dos pais e do próprio Donato, ele não tem nenhum transtorno de tireóide. Este fato pode ser atestado ainda, ao observarmos a medicação atual, onde não consta nenhuma medicação para transtorno de tireóide.

Durante as entrevistas familiares fomos informados que Élia e José também estão utilizando medicação antidepressiva. Além do acompanhamento de Donato e da família pela equipe do programa “vida em casa” do HSVP, eles também são atendidos por um psiquiatra particular que receitou à Élia e a José a utilização de Fluoxetina.

Entramos em contato com o psiquiatra que atende a família em busca de levantar mais dados. Este nos informou que a fluoxetina foi prescrita a Élia por esta apresentar um quadro de depressão e a José para um controle de ansiedade.

Segundo o psiquiatra, Donato apresenta um quadro de Esquizofrenia Paranóide – CID-10 F20.0 (Anexo 1). Ele relata que Donato costuma abandonar o tratamento medicamentoso e que em função disso, administra Clopixol intramuscular, neuroléptico utilizado para o controle de sintomas psicóticos.

Assim, vemos que atualmente Donato toma diversas medicações voltadas ao tratamento de sintomatologia psicótica, estabilizadores de humor, pressão alta e depressão porém ressaltamos que Donato possui preservadas a cognição possível de observar em nossos contatos e mostra-se funcional, apesar da medicação e da história de internações.

4.2 - Genograma familiar e apresentação dos familiares.

Durante duas entrevistas com a família estudada, estruturamos o genograma apresentado a seguir. As entrevistas para elaboração do genograma foram realizadas na residência do casal parental da família atual. Não estavam presentes a todas as entrevistas: Dalva, por residir em outra cidade há muitos anos, e Daniel, que faltou à segunda entrevista. A equipe de pesquisa nesta fase da coleta dos dados estava composta por mim e por uma auxiliar de pesquisa, aluna do GIPSI.

Devemos destacar a importância relacional das famílias nucleares de origem, descritas no genograma, escolhidas para serem representadas aqui ao estarem marcadas por relações importantes com a família atual.

A família de origem do senhor José é influenciada pela família de origem do senhor Josefo, pai de José, principalmente em função do quadro de sofrimento mental do senhor Otávio e da senhora Inês, respectivamente avô e tia de José. A história familiar de José se reflete até os dias atuais nas relações do senhor José com centros de atenção à saúde, com religião e com o quadro de sofrimento psíquico do filho Donato, indicando um fator transgeracional do sofrimento, associado ao papel familiar de José.

A família de Élia é marcada por um quadro de epilepsia de uma de suas irmãs. Este fato mostrou-se importante para nosso estudo ao verificarmos que houve uma retomada de contato entre Élia e sua mãe, após o desencadeamento do quadro de epilepsia de Zaida.

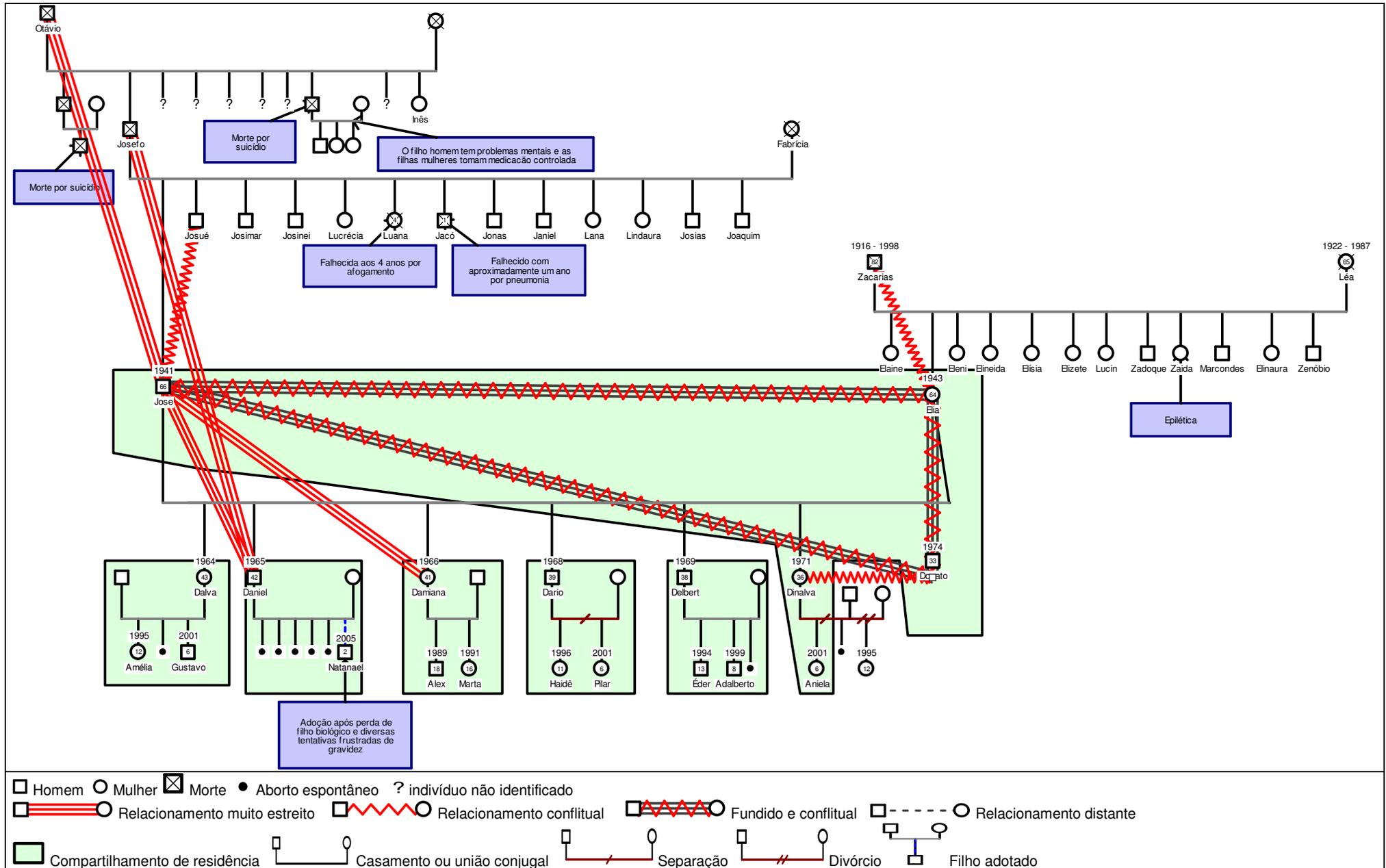
Nem todas as relações e suas formas de estabelecimento estão marcadas no genograma, por termos escolhido representar apenas as mais

recorrentes no discurso ou marcantes como influentes para o grupo familiar, de acordo com as falas durante o processo de coleta de dados.

Destacamos ainda o não preenchimento de todos os dados dos membros da família extensa, por não termos tido acesso a eles. Por exemplo, ao falar sobre a família extensa de seu pai, José não soube informar os anos de nascimento de seus tios, seu avô e sua avó assim como de seus pais e seus irmãos. Desta feita, não foi possível preencher todo o genograma da família nuclear de Otávio e sua esposa e de Josefo e Fabrícia. Limitamo-nos a marcar as pessoas que apresentaram algum tipo de sofrimento reconhecido pela família, como foi o caso do suicídio de um dos filhos e de um dos netos de Otávio e os óbitos de dois dos irmãos de José. Com relação à família de Élia, também não foi possível saber os anos de nascimento dos filhos de Zacarias e Lea, então marcamos apenas a epilepsia de Zaida.

Em função de não haver contato freqüente da família de José e Élia com os filhos dos respectivos irmãos dos dois, não estão representados no genograma os casamentos e filhos da família extensa de ambos. Embora este fator não esteja representado, ressaltamos que uma família numerosa é valorizada pela família nuclear estudada. Os dados representados neste genograma serão discutidos em concomitância com os dados da linha da vida familiar, relatados no item seguinte neste trabalho, com os dados da entrevista familiar semi-estruturada e com as informações relativas ao sofrimento psíquico diagnosticado na família.

Estruturamos o genograma de acordo com as regras de organização e legendas propostas por Carter e McGoldrick (1995), fazendo sua análise a partir da mesma bibliografia associada à proposta de interpretação de DeMaria; Weeks e Hof (1999), conforme vai a seguir:



As relações compreendidas por nós como relacionamentos muito estreitos, relacionamentos conflituais, fundidos e conflituais ou distantes serão melhor descritas a seguir.

Cabe esclarecer que a relação de Dinalva e Donato, representada como “conflitual” em nossa figura é na verdade compreendida como “relacionamento muito estreito”.

- Relação de Otávio e José:

Otávio, avô de José, teve problemas psíquicos descritos por José como causadores de grande sofrimento para a família. De acordo com o relato de José, os problemas de Otávio começaram a se apresentar na forma de uma preocupação muito grande com visitas, arrumação da casa e comida. Esta preocupação recorrente o fazia despertar a noite e ficar acordado. Atordoado em tal situação, seus filhos o internaram após várias tentativas de tratamento. Otávio esteve internado por aproximadamente três meses em um manicômio do interior de Minas Gerais e após sua alta viveu na casa de seu filho Josué por aproximadamente quarenta dias, uma vez que não tinha condições de voltar a viver em sua casa, pois era viúvo à época, e vivia só por não poder conviver com pessoas.

Quando saiu da internação, estava sem lucidez alguma, segundo José. Este fato o impressionou muito, pois tinha quatorze anos e percebia a falta de lucidez de seu avô em convívio diário. Ao falar da época, José relata um episódio em que seu avô pediu para que ele chamasse o padre da cidade. Atendido pelo neto, ao chegar o padre, Otávio o recebeu com agressões e cuspes na cara, após o padre ter “confessado” (sic.) a todos. Este episódio é

relatado por José como marcante com relação a sua história de pessoa católica e cuidadora do avô. Para José este foi um trauma em sua vida.

Logo após este acontecimento o pai de José voltou de viagem (aparentemente ele era caminhoneiro na época) e levou Otávio ao manicômio mais uma vez. Otávio morreu no hospital durante a segunda internação.

Ao relatar este período de sua vida, José fala de quando teve problemas sérios de estômago e de coração sem tratamento possível pela medicina. Na época com aproximadamente 20 anos, procurou outras formas de tratamento e obteve a cura em um sanatório espírita em outra cidade pequena, do interior do estado, onde viu muitas pessoas sofrendo e diz:

“Aí você vê né, essa história de louco, totalmente nu, sem roupa, se enforcavam. É um quadro muito pior do que do São Vicente de Paulo. Muito pior. E o que dói no meu coração é o seguinte, naquele tempo eu vi, era solteiro, jamais imaginava que era, que aquilo poderia ser uma coisa humana, pensava até que aquilo seria um castigo de família. E esses castigos de família, têm que acontecer comigo também. (...) Esse quadro. Esse quadro que eu vi lá, aos 14 anos depois aos 21 no sanatório, agora sou obrigado a vivenciar.” (...) “Vi louco completamente louco. Acabava de defecar, pegar e comer normalmente. Vi coisas horríveis no sanatório de lá.” (sic)

Neste trecho de fala durante a entrevista de organização do genograma, José comenta sobre sua experiência de convívio com pessoas em sofrimento psíquico, associando sua experiência anterior ao quadro de sofrimento psíquico que seu filho Donato apresenta e que resulta em internações no Hospital Psiquiátrico em períodos de crise.

Nota-se a importância do relacionamento de José com seu avô Otávio, por esta relação estar diretamente ligada à maneira como José identifica a sua

forma de vida atual como cuidador do filho Donato, e com o papel que ele atribui ao sofrimento próprio e relacional em sua vida. Ainda como fator marcante deste papel de cuidador, José fala sobre sua função de colocar dinheiro em casa a partir dos 14 anos, pois seu pai jogava frequentemente, apostava e perdia dinheiro e passava muito tempo viajando. Também destaca seu papel de cuidador da tia paterna, Inês, que era epilética, a quem ele cuidava durante suas férias da escola. Ao falar sobre o sofrimento de cuidar de quem sofre, José fala:

“É, eu vim a esse mundo, sabe, não renego, não estou contrariado. Se isso é conforme Jesus diz assim: “O ouro, a prata tem que ser bitolado, tem que ser trabalhado para se tornar aparentemente bonito.” Então eu sou aquele tipo. Sou aquele tipo. Trabalhei até os nove, fui ajudando a cuidar da minha filha (referindo-se à tia Inês). A única época de lazer que eu tinha era férias. Aos 14 eu já vi o quadro que a gente falou. Sabendo de tudo, embora criança. O mais responsável, que era o mais velho da casa, né. Aquela preocupação continuava, né, quando eu vi o meu avô partir da minha casa para o internamento fatal.” (...) “Tô assumindo isso aí (*olhando para o filho*), não é contrariado. Se Deus me mandou para ser bitolado, para procurar minha salvação, minha santidade, que seja feita vontade dele.”

Podemos ver que embora Otávio tenha falecido durante o período da adolescência de José, este vínculo marcou sua vida em sua relação com a religião e com a saúde mental das pessoas que participam de sua vida. A importância de tais valores constituintes de José enquanto pessoa são importantes, fundamentalmente por desencadear todo um pensamento próprio sobre o sofrimento psíquico e o papel de José de cuidar de pessoas a quem ama e que sofrem.

- Relação de Zacarias e Élia:

Quando confeccionávamos o genograma da família de origem de Élia, tivemos dificuldades em completar as informações uma vez que Élia dizia não lembrar-se de quase nada. Aos poucos ela foi relatando sua relação com pais e irmãos, dizendo sempre ser muito passiva. Cuidava da casa e das irmãs, era muito obediente, sempre ocupando um lugar passivo e cuidador.

Quando perguntados sobre a relação dela com pai, Élia e José contaram que ele bebia muito e a agredia com um canivete, batendo em sua cabeça para mandar que ela continuasse com seus afazeres domésticos. Élia afirma que ninguém a protegia e que sua mãe só dizia que seu pai não “regulava” bem. Segundo José, ao ser agredida pelo pai, Élia chorava muito, mas ninguém a ajudava.

O pai de Élia se afastou da filha em função do casamento com José, pelos mesmos motivos que levaram a mãe de Élia ao afastamento. O contato com ele foi retomado após o nascimento de Damiana, antes da retomada de contato de Élia com a mãe, que só ocorreu após o desencadeamento do quadro de epilepsia de Zaida, irmã de Élia, conforme relatado anteriormente.

- Relação de José e Josué.

A relação entre os irmãos sempre foi complicada por existirem muitas competições, assim, classificamos esta como uma relação conflitual. Segundo José, foi em função de discussões entre os dois e difamações que seu irmão fez sobre ele, que ocorreu a primeira mudança de cidade de residência da família, de Minas Gerais para Goiás.

A família estudada relata que sempre houve muita comparação entre as duas famílias nucleares e que imaginam que estas foram desencadeadas por inveja do estatus social da família de José, que conseguiu melhorar financeiramente com negócios próprios. Segundo os filhos de José, o tio e os primos sempre competiram com eles, e eles sempre os ajudaram, aconselhando nos negócios, oferecendo oportunidades de trabalho.

Atualmente vivem todos em Brasília. José e seus filhos homens afirmam que têm um relacionamento mais tranquilo, porém ainda acontecem comparações com relação às posses materiais das famílias. José diz que sempre reza muito pela família de seu irmão e que acredita que suas preces o ajudam a melhorar na vida, acalmar momentos de crise financeira e outros conflitos. Ressaltamos mais uma vez, a relação entre a conflitos afetivos e a religião de José.

Foi através dos relatos sobre a relação entre a família nuclear do José com a família nuclear de Josué que nos foi possível verificar a importância atribuída pela família de José como um todo, ao dinheiro, ao estatus social decorrente dele dentro das próprias relações com a família extensa, e o lugar do trabalho como fundador de um espaço de independência e de negociação de poder dentro do grupo familiar.

- Relação de Josefo e Daniel.

Ao fazermos a linha da vida da família, chegamos ao período entre os anos de 1975 e 1980, durante o qual Daniel viveu uma relação muito próxima e íntima com seu avô. Neste período Josué viveu na casa da família de José por dois anos, durante os quais compartilhou o quarto com Daniel.

Os outros filhos lembram-se do avô como pessoa afetuosa, mas que mantinha seu quarto trancado, provocando um mistério, ao qual só Daniel tinha acesso. Daniel refere-se ao avô como confidente e conta sobre um grande sentimento de perda após a morte do avô. Esta foi anunciada a José pelo próprio Daniel, que viajou para encontrar o pai e contar sobre o falecimento do avô. Nesta época, Josué não residia mais com a família de José, morava, então, em Minas Gerais com seus irmãos.

- Relação de José e Daniel.

José refere-se a Daniel como o filho em quem confia para confidenciar certas questões práticas da vida diária. É Daniel quem aconselha o pai em negócios, por exemplo.

Daniel é sócio de Dário em uma empresa na qual exercem um dos ofícios que o pai também exerceu e que ensinou aos filhos. Vemos que há um legado aos filhos, marcado pelo trabalho.

Daniel, por ser o homem mais velho dos filhos, ocupa um lugar de proximidade hierárquica com o pai, no sistema familiar. Este lugar é ressaltado quando Daniel fala ser o conselheiro do pai e o pai concorda. Dizem que conversam quando algo tem que ser decidido. Vemos este papel também com relação aos cuidados de Donato. Ao relatar uma das crises que resultaram em internação de Donato, foi Daniel que o pai chamou para ajudá-lo a contornar a situação na casa e levar Donato ao hospital.

- Relação de José e Damiana

Damiana ocupa um lugar muito característico na família. Atualmente é quem se encarrega de conseguir médicos, acompanhar tratamentos e

acompanhar a situação de saúde dos pais. As entrevistas 3, 4 e 5 foram realizadas em sua casa.

Durante um dos contatos telefônicos para marcar e confirmar as entrevistas, papel que ela assumiu a partir do terceiro encontro com a equipe de pesquisa, Damiana nos relatou uma confiança com o pai relativa ao sexo entre ele e sua mulher. Contou que sempre teve um lugar muito próximo ao pai, sendo com ela que ele conversava sobre questões afetivas.

Damiana teve conflitos com o pai à época em que engravidou e ainda era solteira. Tal conflito foi resolvido após seu casamento com o atual marido, pai de seus dois filhos.

Atualmente Damiana ocupa um lugar centralizador da família, com a função de organização de eventos familiares, organização de tratamentos de saúde e promoção de contatos mais freqüentes com Dalva, que mora em Recife. Damiana sempre protege o pai nas discussões. Embora por vezes o critique, ao final sempre o elogia, o acarinha e protege das críticas dos demais filhos. Este relação pode ser identificada como uma aliança entre membros, assim como a relação de José com Daniel.

- Relação de Donato e Dinalva

Dinalva é a irmã mais próxima de Donato, tanto em idade quanto em convívio durante a infância, a adolescência e na época atual. Durante a infância, pela proximidade das idades dos dois, vivenciaram muitas coisas juntos, de forma diferente da vivência dos outros irmãos. Este dado é visto no relato não só dos dois, mas de toda a família. Um exemplo da maneira como a família identifica as vivências compartilhadas de Donato e Dinalva é quando,

durante a elaboração da linha da vida familiar, os pais falam sobre o período de tempo logo após 1974:

“E eu também tava distante, né?! Tava morando sozinho. As duas vezes que eu me distanciei, afetou a Dinalva, né?!” (José)

“Afetou os dois: a Dinalva e o Donato”. (Élia)

Nota-se que nesta fala o pai refere-se apenas à falta de Dinalva e não comenta sobre Donato, sendo lembrado pela mãe sobre a importância da falta do pai que os dois sentiam logo nos primeiros anos de vida.

Atualmente Dinalva voltou a viver na casa dos pais, após separar-se do esposo. Dinalva conta sempre sobre conversas com seu irmão e ocupa um lugar de denuncia de comportamentos e exposição de questões afetivas de todos os membros da família, durante as entrevistas. Donato refere-se à irmã como uma pessoa a quem admira, chamando-a de “heroína” tanto por sua maneira direta e brincalhona de falar com ele, quando com relação ao tempo em que Donato trabalhou na empresa de Dinalva, época vista pelos dois como muito produtiva e boa para a saúde de Donato.

É imprescindível relatar aqui o lugar de co-entrevistadora, ou mesmo de “co-terapeuta”, ocupado por Dinalva durante o processo de coleta de dados para este trabalho, diretamente atrelado à seu papel familiar de denunciar questões familiares. Dinalva denuncia acontecimentos e sentimentos da época da adolescência dela e de Donato, relativas à possibilidade de independência dos filhos, da forma como o pai usualmente se comunica com ironia, da maneira como os irmãos dificilmente admitem que não confiam em Donato, entre outras questões.

Durante uma das entrevistas, Dinalva fala da relação entre os pais e Donato, referindo-se a esta como geradora de um profundo incômodo para ela,

estando a seu ver, diretamente associada ao sofrimento psíquico de Donato. Tal relação foi percebida por Dinalva quando esta voltou a morar na casa dos pais, após sua primeira separação. São essas as palavras de Dinalva:

“Então, as implicâncias, parecia um triângulo amoroso. E as diversas vezes que a gente parou para conversar, eu falei ‘vamos parar, só tem uma mulher aqui para ser amada’. Então nesta época eram implicâncias que eram de falta de respeito à individualidade do Donato, e por sua vez, de falta de respeito ao casal, à eles serem casados. (...) Eu sou mais direta. Já falei para minha mãe que no dia que meu pai morrer o Donato sara. No dia que meu pai morrer acaba o problema. (...) Eu usava isso (*falar sobre o triângulo*) muito há uns nove anos atrás. Eu via isso, quando eu saía de um casamento e não tinha filhos e era muito mais fácil eu retornar para a família, mas naquele momento eu não me senti retornada. A relação parecia uma laranja. Eu tentava entrar e não conseguia, no grupo dos três”. (Damiana)

- Relação de José e Élia

No início da relação entre o casal parental, vemos alguns fatores importantes para a compreensão da configuração familiar atual e as relações entre os pais e entre pais e filhos da família estudada.

Segundo relatos de José, no início do namoro com Élia ele também namorava com outra moça, de quem se separou e ficou apenas com a atual esposa, após as doenças em seu coração e seu estômago. Estas doenças curadas por um médium, episódio já comentado anteriormente.

Casaram-se a contragosto dos pais de Élia, depois de aproximadamente um ano de namoro. No início do casamento o casal sofreu muito com ciúmes, brigando muito e necessitando da interferência de terceiros para que as brigas

não se tornassem mais sérias. Nunca houve agressão física entre eles, a não ser um dia em que Élia, grávida de Damiana, deu um tapa em José depois dele ter colocado o pé sujo em sua cara, a princípio como uma forma de mostrar a ela que ela não o amava, segundo o próprio José.

Na época em que o ciúme entre o casal estava mais marcante, José apresentava comportamentos obsessivos, na busca de encontrar o suposto amante da esposa. Nestes anos iniciais do casamento, José trabalhava como caminhoneiro, viajava muito e ao voltar sempre desconfiava de traição. Élia conta que o ciúme era extremo, e a ofendia, pois nunca traiu o marido. José chegou a desconfiar que Damiana não era sua filha o que levava a Élia afirmar que se o tivesse traído, gostaria que Deus matasse a ela e a sua filha. Sobre a época, Élia fala:

“Eu sofri demais com isso. Desse problema dele, né?! Ele ficava pensando mal de mim sem eu dever.” (Élia)

José conta que viu o diabo nessa época, que era ele seu suspeito de traição e que estes fatos todos ocorreram porque uma pessoa teria feito macumba para atrapalhar sua vida. O problema do ciúme começou a ser solucionado no dia em que um médium consultado por José, encontrou objetos enterrados na casa em que viviam, o que provocou uma mudança residencial da família. Os filhos afirmam que “Deus abençoou o lar” e assim, o ciúme de José diminuiu após o nascimento de Damiana e também em função da mudança de ofício de José, que parou de trabalhar como caminhoneiro e passou a trabalhar em uma oficina montada em casa.

Após a mudança para a cidade no interior do estado de Goiás, José experienciou mais uma vez problemas com ciúme. Desta vez, sentia-se culpado pela iminência de desejar outras mulheres, uma vez que se sentia

muito só longe de sua esposa e esta sentia ciúme por não estar com o marido. A solução encontrada por José foi procurar a Igreja. O padre da cidade havia fugido com uma mulher, a igreja estava fechada. José a reabriu e organizou os cultos, tornando-se, na prática, o padre da pequena cidade. Tal fato é relatado pela família como sendo de grande importância para todos.

“Optei pela igreja católica, que padre tinha ido embora com a única mulher da saúde” (...) “Aí o José assumiu, pronto. O José assumiu. Quando ele buscou a família, sabe, ele já tava tomando conta do culto lá há seis meses.” (José)

“Tomei conta de uma comunidade 12 anos. Então, queria ou não queira, eu era o exemplo pros meus filhos. Praticamente eu era um padre não convertido”. (José)

“Virou o padre da cidade...” (Damiana)

“Meu pai era um pastor, quase...” (Delbert)

Após esta fase da família e da relação do casal ser marcada pelo ciúme e as fantasias de traição de José, houve uma outra época importante para a família e para o relacionamento do casal. Segundo José, ele tomava haldol para dormir e fazia acompanhamento psiquiátrico em Brasília, pois sofria de muito medo, temia morrer, temia ver profissionais de saúde pois havia recebido um diagnóstico de doença incurável aos 19 anos. Nesta época a família vivia no interior de Goiás, Donato tinha aproximadamente um ano de vida. Sobre essa época, Élia conta sobre José e a culpa associada à fantasia de traição, mais uma vez:

“É. Ele tinha medo de tudo. Ele achava que se, se ele olhasse para uma mulher, ele tava pensando que tava desejando ela. Ele tinha medo de conversar, até com mulher.” (Élia)

E José fala que em uma conversa com o psiquiatra chegou à seguinte conclusão:

“Meu maior medo é de olhar pra mulher. Olhar nos olhos da mulher. Por quê? Eu tinha prometido fidelidade à minha esposa, sabe, e o meu pensamento pecava, sabe. Contra qualquer olhar. Eu tô desejando a mulher e eu tô errando contra a minha mulher e eu tô me prostituindo. A palavra que eu usava era essa. Eu tô me prostituindo. Então aquilo para mim era o problema maior do mundo.” (José)

Para dormir, tomava o haldol. José conta que deixou de tomar o remédio por decisão própria após ler a bula da medicação e descobrir que a dose que ele utilizava era para crianças, e achar então que seu efeito era psicológico e que ele não precisava disso. Nessa época ele tinha aproximadamente 35 anos, e só então ele se reconheceu como sendo José, sobre este tema ele se refere a si mesmo em terceira pessoa e conta que até ter 35 anos, não se conhecia.

Ao falarmos sobre este tema, Élia sentiu-se muito incomodada, dizendo já não agüentar tais histórias. O tratamento psiquiátrico de José o obrigava a viajar e deixar mais uma vez a família. Nesta época, Élia conta que se sentia só.

Podemos ver que a relação de Élia e José sempre esteve permeada por valores religiosos. Inicialmente este lugar da religião aparece como causadora de conflitos com os pais de Élia. Depois, em face à magia de outra religião, o casal sofre com o ciúme atribuído à macumba. Posteriormente José recorre à religião para impedir que suas fantasias de traição se tornassem concretas. Nota-se ainda que as curas e resoluções de problemas sempre estão permeadas por orações, e estas assumem um lugar de solucionar conflitos.

Nota-se, ao conversar com o casal, que José sempre quer contar os fatos de sua vida individual e familiar em detalhes, e que Élia mostra-se cansada das

histórias. Ela alega que já ouviu muitas vezes as mesmas coisas, que já cansou de escutar os detalhes de tudo. Na última entrevista, ao falarmos sobre um problema sério de saúde de José, Élia diz que ele conta sempre tudo para todas as pessoas que conhece. Este problema de saúde impede o ato sexual entre o casal e está presente desde o início deste ano. Aparentemente tal doença está ligada à relação atual com Donato e ao desencadeamento de pródromos.

Apesar dos fatos aqui descritos, corporalmente o casal parental sempre está próximo, havendo toques e carinhos entre os dois. Aparentemente cuidam-se muito, convivendo pacificamente nos dias atuais. Esta relação é muito marcada pela convivência com Donato, a qual será melhor descrita a seguir.

- Relação de Élia e Donato.

O relacionamento entre mãe e filho é marcado desde o início da gravidez, por diversos eventos importantes e que refletem até os dias atuais. A princípio, Élia não queria mais ter filhos, porém engravidou de Donato e segundo ela, Deus enviou-lhe mais um filho maravilhoso.

Durante a gravidez, Élia sofria de asma e usava muita medicação. Ainda gestante levou um choque que a jogou longe, sendo outro dos fatores aos quais ela atribui as dificuldades do parto.

O parto de Donato acarretou uma viagem da família até uma cidade com hospital melhor equipado, como descrito na linha da vida familiar deste trabalho. O relato sobre este acontecimento é confuso, porém afirmam que embora tenham ocorrido complicações durante o parto, os médicos nunca

detectaram nenhum tipo de lesão neurológica decorrente dos problemas ocorridos.

Élia e José se referem à sobrevivência de Donato como sendo milagre. Tal significação também é vista quando Élia conta sobre um atropelamento sofrido por Donato na infância o qual não chegou a machucar fisicamente o menino. A família denuncia que Élia sentiu-se muito culpada pelo atropelamento. A seu ver, o fato teria sido evitado se ela fosse mais cuidadosa.

Ao falarmos sobre a época atual e perguntarmos a Donato sobre sua relação com a mãe e a possibilidade de colocar limites em invasões de privacidade por parte dela, em sua vida, Donato diz:

“Eu brigo direto com minha mãe. Ela vai no meu quarto e quer até vestir roupa em mim. Eu brigo com ela: -Mãe, pelo amor de Deus mãe. Eu tenho 32 anos, por favor, deixa eu me virar sozinho com minha roupa, com o meu cabelo! (...) Quanto a minha mãe é isso, ela me trata como criança, é muito no pé.” (Donato)

Nota-se que Élia trata Donato de uma maneira diferenciada dos demais membros da família. Quando entravamos em assuntos ligados às crises de Donato, por exemplo, Élia sempre pedia para parar, dizendo que isso incomodava muito a seu filho. Também foi possível observar que Élia sempre parte em defesa de Donato frente a qualquer acusação ou crítica vinda de José e direcionada ao filho caçula.

José refere-se à relação de Élia com Donato como sendo de extrema proteção, fazendo até mal para o filho. Ele critica que ela deixa sempre muita comida para Donato, o que faz com que o filho fique ainda mais obeso. Estes comportamentos e características da relação de Donato e Élia também geram ciúmes por parte dos irmãos e do próprio José, os quais foram perguntados sobre o ciúme, respondendo todos positivamente e logo após justificando o

comportamento superprotetor da mãe em função de possíveis sentimentos de culpa.

Ao mesmo tempo em que Élia demonstra sempre assumir um papel de protetora ou defensora do filho mais novo, ela também o critica. Diz que ele é preguiçoso e que sempre foi assim. Tal opinião é compartilhada pelo pai. Percebemos que Élia duvida das capacidades de Donato e também da possibilidade de melhora de seu quadro de sofrimento psíquico.

Élia é sempre muito afetuosa com Donato, assim como com os outros filhos. Esta forma de relação da mãe com os filhos marca uma das últimas crises descritas pela família. Segundo Dário, antes da última crise de Donato, ele e sua mãe estavam sentados juntos, assistindo televisão e fazendo carinhos um no outro, em frente a Donato. Este, vendo a cena de afeto entre a mãe e o irmão, levantou-se e retirou-se do ambiente onde estavam, falando sozinho como costuma fazer. Logo após este episódio, Donato colocou fogo nos colchões onde sua mãe estivera com seu irmão e algum tempo depois, tentou suicídio pela quarta vez.

Vemos que existe uma relação fundida e conflitual entre Donato e Élia, conturbada pela idéia de proteção versus a idéia de invasão de espaço. Donato demonstra além do ciúme com relação à Élia, alguns outros sentimentos e comportamentos compartilhados com o pai, conforme relatado no item a seguir.

- Relação de Donato e José

José e Donato mantêm uma relação conflituosa e fundida, assim como é a relação de Donato com Élia. Percebemos alguns comportamentos que se repetiram ao longo do processo de entrevistas familiares para coleta de dados e que chamaram nossa atenção para essa relação. Sempre que José contava

sobre seu ciúme por Élia, ou sobre suas experiências com saúde mental e o sofrimento com seu avô Otávio, ou com sua tia, Donato chamava a atenção de todos, começando a falar sozinho ou retirando-se do ambiente em que nos encontrávamos. Este comportamento de Donato só aconteceu em contexto diferenciado quando falávamos sobre a forma como a família lida com sexo.

Donato sempre é acompanhado às consultas psiquiátricas ou levado à internação por seu pai. É José quem assume o lugar de decidir o que acontecerá com o filho, no sentido de ser sempre ele que toma a iniciativa de procurar atendimentos médicos, sendo as vezes impedido por Élia.

Percebemos que ao relatar a história dos dois, José sempre buscou incentivar Donato a trabalhar, ensinando ofícios ao filho, assim como fez com os demais. Porém, após as crises iniciais de Donato, José aparentemente desistiu de ver seu filho trabalhando e aceitou o lugar de “doente” atribuído à Donato.

Durante uma das entrevistas podemos perceber que Donato frequentemente entra em conflito com seu pai. Quem acalma as discussões é Élia, reprimindo José de formas variadas. O exemplo que tivemos foi relativo à forma como José reagiu ao relato de Donato para justificar o fato de ele não querer mais ser atendido pelo psiquiatra que acompanha a família atualmente.

Esta é uma parte do diálogo significativa para a compreensão da dinâmica relacional dos dois. Ao perguntarmos como a família poderia ajudar Donato a ficar melhor, ele responde:

“Eu preciso que acompanhem, porque eu vou falar a verdade, se vocês acharem que é loucura, eu não vou gostar. Eu tô bem da cabeça, como vocês estão vendo, eu tô bem, ouvi tudo e entendi tudo que vocês conversaram. Fiquei na minha só respondi na hora que me solicitaram, mas o que eu vou expor é sério. A consulta com o Dr.Roberto, se vocês

quiserem acreditar, meu pai e minha mãe principalmente, acharem que eu tô maluco, pode achar, que eu vou ficar chateado, eu vou. Eu fui em umas duas consultas com ele, ele me aplicou... transparentemente, eu não sei se você estudou a faculdade dinossauro, como essas que tem aí, me aplicou floxicol¹ (sic) na coluna, acabou com a minha coluna. Cheguei em casa com dor... sem sentir essa parte do nervo da coluna todinha. Então, eu já falei com ele, com o pessoal, que eu não gosto dele, eu quero trocar. Já falei com todo mundo, com o pai, a mãe, não sei mais quem, eu quero trocar. O pessoal não faz a mínima pra trocar. Eu não tô a fim mais de levar injeção na coluna de jeito nenhum.” (Donato)

E o pai contra-argumenta:

“Ele é tão ruim médico, sabe, que ele nunca te deu uma injeção, ele mandou a enfermeira aplicar essa que eu mais sua mãe toma, só que ela prevalece para 30 dias. Eu mais sua mãe toma todo dia, em comprimido. Então o médico é muito ruim mesmo, porque mandou fazer uma injeção que dá para 30 dias.” (José)

Durante a discussão desencadeada por este diálogo entre Donato e José, Élia mostrava-se interessada em compreender o que havia acontecido no consultório médico, quem havia aplicado a injeção em Donato. Perguntava coisas ao filho, enquanto o pai discordava do relato de Donato.

Depois de algum tempo tentando explicar o que aconteceu e tendo seu relato contraposto pelo relato do pai, Donato disse não querer mais participar da entrevista, frente ao aparente apoio de Damiana às falas do pai. Neste momento, perguntamos o que incomodava tanto Donato. Tal pergunta resultou no seguinte diálogo:

¹ O nome correto da medicação é Clopixon.

José: (...) “porque eu falei que o médico é ruim. Concordei com ele. Mostrando um exemplo que ele é ruim. Quando ele encontrou o Dr. pela primeira vez ele tava péssimo...”.

“Peço desculpas se eu fui falar aqui bem do médico, porque quem tá cuidando de mim e da sua mãe é ele, tá? E com plena capacidade”.

Dário: “Mas pai, você tem que falar direito. Você e a Damiana”.

José: “Agora se ele não dá certo...”.

Delbert: “Vocês tem mania de falar em metáforas”.

Daniel: “Irônico, né?”.

Dário: “É, ele tem muito isso. Ironia machuca”.

Dinalva: “Exatamente. É a maneira como as coisas são ditas. E todos nós tivemos com papai... todos nós fomos adolescentes. Todos nós tivemos o papai, pela maneira que ele... Papai nunca encostou em mim e em nenhum dos filhos. Mas assim, a explosão era sempre muito dura com palavras, né? Hoje você sabe o tanto que ele se segura ”.

Nas falas acima, notamos que a ironia sempre esteve presente na maneira de expressão de José. Tal característica é compreendida pelos filhos como uma forma dura, comparada à agressão física, em sua função.

Outro fator marcante da relação entre Donato e José é a similaridade entre vivências, embora com significações diferentes, atribuídas tanto por eles mesmos quanto pelo restante da família. Ambos sofreram efeitos ruins em sua vida, como consequência de macumbas feitas por mulheres. Os dois vêem o diabo, sendo que Donato recebe ordens deste, quando em crise. Os dois conversam sozinhos, mas José o faz com Deus e Donato não sabe, ou não fala para os outros com quem esta conversando quando fala sozinho, e por vezes refere-se às conversas como sendo visões. Donato e José também se assemelham em relação às mulheres. Ambos se dizem muito mulherengos,

porém não lidam bem com o desejo, diretamente associado à culpa. Tal fato é identificado na história de José e Élia descrita acima, e em dados de prontuário de Donato, nos quais o médico relata que Donato esteve sentindo-se muito culpado ao masturbar-se pensando em mulheres com quem não chegava nem a conversar.

Esta similaridade de vivências é identificada pelo próprio Donato, como vemos a seguir, quando este argumenta com José sobre sua experiência com o psiquiatra que resultou na discussão já apresentada neste texto. Donato fala ao pai:

“O senhor não entende, pai, sabe? Eu tenho visões transparentes... Igual o senhor tem visão de Igreja, que o senhor dorme, Deus conta as coisas pro senhor, o senhor acorda, com revelação, né, que o senhor falou? Eu tenho visões transparentes, também, eu vejo o que as pessoas fazem comigo. Aí eu vi aquelas agulhas enfiadas em mim e a picada doendo. Logo a coluna tava doendo.” (Donato).

Percebe-se ainda uma relação de dupla significação, pois ao presenciarmos a discussão descrita acima e pensarmos em falas sobre o respeito ao espaço pessoal de Donato, vemos que este por vezes refere-se ao pai como uma pessoa que o respeita e o trata como homem.

Este dado se faz ver ao analisarmos a fala de Donato em uma outra entrevista, quando relata a forma como o pai o trata em comparação ao tratamento dado a ele pela mãe:

“Meu pai é melhor, me manda eu fazer as coisas, não vai ficar me caçoando, né pai?! “ (...) “Isso, ele me trata como homem” (Donato).

Concluimos nossos comentários sobre a relação entre Donato e José ressaltando que:

- Donato identifica-se com o pai em sua vivência de sofrimento psíquico com sintomatologia e conteúdo análogos, porém com atribuição de significado à vivência diferenciada.
- José ao mesmo tempo em que valoriza o filho, desvaloriza certas atitudes e falas que vão de encontro à sua opinião.
- Donato tenta buscar espaço de fala porém é limitado ao mesmo tempo pela mãe e pelo pai, de formas diferentes. O pai desvaloriza seu lugar, contra-argumentando e a mãe o superprotege.

4.3 – A Linha da Vida Familiar e Mudanças no Ciclo de Vida familiar.

A linha da vida foi construída com a família durante três entrevistas. Foi necessário este número de encontros, pois durante a elaboração da linha da vida fomos coletando dados constituintes da entrevista semi-estruturada baseada no CFAM.

Por conseguinte, preenchemos a linha familiar durante a segunda, a quinta e a sexta entrevistas familiares. Estiveram presentes a estas entrevistas todos os familiares participantes do processo de coleta de dados, sendo que Daniel faltou à segunda entrevista e Dalva esteve presente no quinto encontro via internet, utilizando o programa Live Messenger com Web Cam e som, após concordar com os termos do TCLE. Ao sexto encontro, durante o qual se deu a finalização da linha familiar, todos estiveram presentes, menos Dalva. Na primeira entrevista de elaboração da linha da vida, só eu estive levantando os dados com a família, nas outras duas, estive acompanhada por um auxiliar de pesquisa, estagiário do grupo GIPSI.

Compreendemos que na estruturação da linha da vida familiar se possibilita a verificação da dimensão de *desenvolvimento* da família, proposta pelo CFAM enquanto dimensão constitutiva da estrutura familiar.

O marco escolhido pela família para iniciar a linha da vida foi o começo do namoro do casal parental. As demais datas seguiram ordens de nascimento, mudanças de casa e cidade, casamentos dos filhos, nascimentos dos netos do casal parental, mortes e as crises de Donato. As datas e acontecimentos serão descritos de forma mais extensa a seguir:

1962 - José e Élia iniciam seu namoro (seis meses até o casamento).

1963 - Casamento de José e Élia / Conflito com a mãe e com o pai de Élia por questões religiosas (diferença entre a religião da família de Élia, protestante, com a do José, católico). Perderam o contato com os pais de Élia.

1964 - Nascimento de Dalva. Élia conta que teve muitos enjôos. Nessa época o pai de Élia já havia retomado a relação com a filha.

1965 - Nascimento de Daniel (fórceps). Retomada do contato com a Dna. Léa (mãe de Élia) desencadeada pela epilepsia de Zaida (irmã de Élia), após o nascimento de Daniel. Viviam em uma terceira casa, após o casamento;

1966 - Nascimento de Damiana. O casal discutia muito por motivo de ciúmes, principalmente do José com relação à Élia. Nunca houve confirmação nem mesmo suspeita fundamentada em fatos reais de traição por parte de Élia. A mãe de Élia, Dna. Lea, apartava as brigas do casal. Nessa época José passou a não viajar mais com muita frequência (era caminhoneiro) e a tomar atitudes como levantar o muro da 3ª casa onde viveram, para que o sujeito com quem a mulher supostamente o traía não fugisse. Há relatos

de diversos comportamentos exacerbados como reação a suspeita de traição da mulher, descritos no genograma.

1968 - Nascimento de Dário. Mudaram-se para a quarta casa. Damiana caiu em uma cisterna e em um pote de cal. Com relação a esta época, José e Élia relatam a falta de recursos financeiros.

1968 - Nascimento de Delbert. Neste ano, Dário com aproximadamente um ano, quebra a perna.

1971 - Nascimento de Dinalva. A família muda-se da cidade de origem para uma cidade em Goiás como forma de evitar conflitos com Josefo, irmão de José, que o havia “difamado” (sic). Antes de mudar com a família toda, José passou seis meses procurando moradia e trabalho na nova cidade. A mudança ocorreu quando Dinalva completava 1 mês de idade. Esta mudança foi muito marcante para a família, sinalizando uma mudança de ciclo de vida familiar. Houve uma transformação intensa das relações sociais, José assumiu a coordenação de uma igreja católica da nova cidade de residência da família. Segundo relatos, o padre havia abandonado a sacristia e José assumiu os encargos de padre para fugir às tentações de trair a esposa e por ser um homem muito religioso.

1974 - Nascimento de Donato. Segundo relatos, Donato estava “virado na barriga” e Élia passou muito mal antes do parto. Tiveram que viajar 10 horas até chegar a um hospital mais equipado para fazer o parto, que foi cesariana. Os filhos Dário e Delbert também foram na viagem. Ao nascer, Donato teve que permanecer internado, respirando com auxílio de um balão de oxigênio, por problemas de circulação e respiração os quais não deixaram resquícios físicos. Élia e José referem-se ao fato de Donato ter sobrevivido como sendo um milagre. A causa dos problemas respiratórios

e circulatórios de Donato ao nascer é atribuída ao fato de Élia utilizar “bombinha para asma” durante a gravidez e ter tomado um choque em uma lâmpada. A seguir, apresentamos uma fala do pai de Donato sobre os acontecimento supracitados:

“Aí ele não tinha a circulação sanguínea normal e foi preciso ficar no balão assim o tempo todo. Inclusive ele foi batizado dentro do hospital. O médico achou que ele não recuperava” (José).

Neste mesmo período, a Sr. Lana (irmã de José) muda-se para a casa de José após brigar com o pai (Sr. Josefo) e tentar suicídio. Viveram aproximadamente dois anos juntos. As filhas identificam uma grande influencia desta tia em sua educação.

1975 a 1980 - Grande interação entre Daniel e o avô paterno, Josefo. José viajava muito à Brasília para tratamento médico e psicológico.

1978 - Josefo mora um tempo na casa de José e família. Compartilhava o quarto com Daniel, que relata que foi seu confidente e amigo próximo durante essa época.

1982 - Josefo morre. À época já não vivia com José, compartilhando residência com os irmãos na cidade mineira onde todos viviam anteriormente. Momento muito marcante para Daniel, segundo seu próprio relato.

1983 - A família muda-se para Brasília, onde reside atualmente. Novamente José muda-se antes da família para encontrar uma casa e um trabalho antes de trazer mulher e filhos. Dalva já morava em Brasília com uma tia, para poder estudar. O motivo da mudança foi inicialmente a possibilidade de os filhos freqüentarem escolas melhores, principalmente Damiana. Esta namorava com um rapaz na época e José desgostava de tal relacionamento, fato que também influenciou na decisão de mudarem.

1984 - Mudam-se de casa novamente. Os filhos relatam que a mudança para Brasília acarretou em uma grande alteração do estatus social da família toda, antes vista como “rica” na cidade do interior de Goiás. Tiveram que reconstruir laços sociais, o que para os filhos de José e Élia se repetia com muita frequência por terem várias mudanças de residência ao longo da vida. José conta que sofreu muito na época pois os vizinhos chamavam seus filhos de “favelados”. À época, José adquiriu um estabelecimento comercial para empregar todos da família nuclear, menos Dalva e Daniel que já trabalhavam em outros lugares. Viviam em um apartamento improvisado, em cima do comércio da família, no qual as divisões dos cômodos eram de madeirite e onde o casal dormia em um “giral improvisado”. Não havia privacidade. Os filhos contam que ouviam as conversas noturnas dos pais e que o pai sempre se queixava muito das despesas com a alimentação dos filhos.

1985 - A família relata que Donato comia muito nessa época.

1986 - Daniel começa a servir ao exercito. Nessa época ele já trabalhava em um dos ofícios exercidos pelo pai e pelo avô paterno.

Neste ano morre Dna. Fabrícia, mãe de José. Élia foi a cuidadora da sogra até o momento de seu falecimento após um derrame.

Segundo relatos dos filhos, nessa época todos já namoravam, menos os dois mais novos.

1987 - Todos os filhos tinham empregos formais com exceção de Dinalva e Donato. Ela concorria em concursos de modelo, onde ganhava um pouco de dinheiro e Donato “fazia bicos” – trabalhos informais ensinados pelo pai.

1988 - Élia compra uma nova casa para a família, por ordem de José. A escolha de Élia gera brigas entre o casal por questões financeiras.

1989 - Damiana fica grávida ainda solteira, fato que incomoda muito a José.

À época José trabalhava em uma outra cidade, Élia sentia-se muito só mas ainda assim sempre apoiou sua filha grávida. Dinalva começou a cursar a universidade. Donato ganha muito peso, começam a aparecer relatos do que poderíamos chamar de pródromos ou sintomas negativos.

1990 - Acontece a primeira crise de Donato identificada pela família. Donato conta ter ficado estranho após assistir ao filme "Platoon". Por ter visto o filme, começou a apresentar comportamentos considerados estranhos, abraçando os irmãos, pedindo desculpas e dizendo sempre que os amava muito. Damiana e Dalva casaram neste mesmo ano, o que resultou em sua saída da casa dos pais. Damiana se casou com o pai de seu primeiro filho. Neste mesmo ano Dário, Donato e um amigo de Donato viajam juntos para a cidade em Goiás onde residiam anteriormente. Dário e Donato referem-se à viagem com muito afeto.

1991 - Casamento de Daniel.

1992 - Casamento de Dário e nascimento do segundo filho de Damiana.

1993 - Casamento de Delbert.

1994/1995 - O casal José e Élia sofre um acidente de carro, no qual não houve vítimas. No acidente perdem-se todas as fotos da família. Ao relatar o acontecido, Élia afirma que José nunca a escutou e que ela havia alertado o marido sobre o perigo de sofrerem um acidente.

1996 - A família nuclear que ainda vivia na mesma casa (José, Élia, Dinalva e Donato), muda-se para cidade do entorno do Distrito Federal. Neste mesmo ano Dinalva "junta" com um homem quinze anos mais velho,

considerando-se casada. Nasce a primeira filha de Dário. Dalva separa-se do primeiro marido.

1998 - Dinalva separa-se do primeiro marido.

2000 - Donato é mandado pela família à escola profissionalizante onde fica interno e isolado da família durante alguns dias da semana, por sugestão da irmã Dalva, que já não vivia com a família há anos, mas queria ajudar o irmão nas crises.

Nenhum dos integrantes da família nuclear, a não ser o José, gostava de viver na cidade do entorno. Foi um momento identificado como de afastamento da família extensa (filhos já casados e formando famílias nucleares com os cônjuges), pela própria distância entre as residências.

Nessa época a família paterna passa por séria crise financeira, segundo José, a qual foi resolvida graças a ajuda prestada por ele e por suas preces pelo irmão. “Foi a mão de Deus” (sic.) que ajudou, segundo José.

2002 - A família nuclear volta a viver no Distrito Federal, na mesma cidade satélite onde viviam quando chegaram a Brasília. Donato já não estudava na escola profissionalizante.

2003 - Élia recebe uma herança de seu pai.

2005 - Acontece mais uma crise de Donato, na época de Natal. Este coloca fogo em almofadas da casa de sua cunhada, esposa de Daniel.

2006 - Adoção do filho de Daniel. Separação de Dário, período em que voltou a viver na casa dos pais. Separação de Dinalva, que também voltou a viver com os pais. Última crise de Donato, até os dias atuais. Diagnóstico de depressão de Élia e de José.

Por decisão da família, encerramos os relatos sobre a linha da vida com os acontecimentos do ano de 2006.

Podemos notar as mudanças de ciclos de vida familiar em pontos marcantes para a família como um todo, ou para algum de seus elementos ou subsistemas, que influenciaram a vida de todo o grupo familiar. Compreendemos os ciclos de vida da família pesquisada, da seguinte forma:

O *primeiro ciclo* de vida familiar inicia-se com o namoro e o casamento do casal parental, José e Élia, no ano de 1963. Este ciclo, de formação da família, segue até o ano de 1974, com o nascimento de Donato.

Nesta época, o ciúme entre José e Élia torna-se marca da relação conjugal e resulta em comportamentos persecutórios de José. Este é atribuído a conteúdo de crenças (macumba).

Durante este primeiro ciclo, percebem-se pontos marcantes para a vida familiar, tais como o rompimento (1963) e a retomada (1965) do contato do casal com dona Lea, mãe de Élia, e a mudança de cidade (de Minas Gerais para Goiás) de moradia da família em 1971, após o nascimento de Dinalva.

O nascimento de Donato é mais um fato extremamente marcante para a família. Foi um parto complicado, que resultou em internação do bebê para acompanhamento durante os primeiros dias após o nascimento. Após ter sua vida desacreditada pelos médicos, segundo relato familiar, a sobrevivência de Donato foi compreendida como milagre. Antes de parir, Élia teve que viajar para outra cidade buscando um melhor atendimento médico, o que levou ao nascimento de Donato na mesma cidade em Minas Gerais onde nasceram os irmãos e os pais. Desta forma, notamos que todos da família estudada nasceram na mesma cidade.

O *segundo ciclo* de vida da família é marcado pela adaptação à nova cidade de moradia da família, em Goiás, e pelo crescimento dos filhos. Neste ciclo, dois fatos marcam a vida familiar de maneira intensa. São eles os períodos de convívio com a Tia Lana, irmã de José, que viveu com eles durante dois anos, entre 1975 e 1977, e o convívio com o pai de José, o Sr Josefo durante 1980.

Nesta época a família assumiu um lugar social importante na cidade onde moravam, eram vistos como uma família grande e influente. Segundo José, ele era carola da igreja, tomando conta da instituição como se fosse padre, não convertido. Os filhos tinham muitos amigos, estudavam e aprendiam ofícios com o pai.

O período é marcado por dois acidentes importantes: Dinalva e Donato foram atropelados por veículos automotivos, em momentos diferentes e com significados diferentes para a família. O acidente envolvendo Dinalva não pareceu ter grande importância, sendo relatado em tom de brincadeira. O acidente envolvendo Donato é visto como resultado do descuido de Élia, gerando um sentimento de culpa da mesma. Segundo os pais, Donato sobreviveu, mais uma vez, por milagre. Nenhum dos acidentes levou a lesões físicas das crianças.

O *terceiro ciclo* tem seu início em 1982, com a mudança de moradia da família para a cidade de Brasília. Nota-se que a filha mais velha do casal, Dalva, já morava na cidade com uma tia paterna, fato não relatado de maneira detalhada pela família.

Esta mudança resulta em uma diferença de estatus social da família, um choque cultural para os filhos e é um momento de rompimento de laços sociais anteriores e criação de novos, na nova cidade. Os filhos relatam que nesta

época conheceram coisas como a televisão, fizeram novos amigos e que gostaram muito de mudar de cidade.

José relata grandes dificuldades para manter a família financeiramente e sublinha que sofreu muito com a queda de status social vivida durante esta fase. Na cidade em Goiás, onde viviam anteriormente, eram conhecidos como pessoas influentes e de classe média-alta. Em Brasília eram anônimos, seus filhos eram chamados pelos vizinhos de “favelados” (sic.) e todos tinham muitas dificuldades financeiras.

Também é fato marcante deste período a inserção no mercado de trabalho dos filhos do casal parental. À época, Daniel, Dário e Delbert começaram a trabalhar em empregos formais, seguindo ofícios do pai ou em um estabelecimento comercial que o pai montou. As filhas Dalva e Damiana também se inserem no mercado de trabalho, porém em uma ocupação igual entre as duas e diferente das ocupações do pai. Os filhos mais novos, Dinalva e Donato, trabalhavam ajudando o pai ou informalmente, sem vínculo empregatício ou estabilidade.

No final deste ciclo, os filhos relatam que todos namoravam, menos Donato, muito novo e, de certa maneira, excluído do círculo social dos irmãos desde o nascimento.

O *quarto ciclo* de vida do grupo familiar inicia-se em 1989. Neste ano Damiana engravidou do namorado com quem se casou, após o nascimento do filho. Dinalva foi aprovada no vestibular. Os filhos todos namoravam e trabalhavam. José viajava muito, como sempre, porém Élia relata que nesta época sentia-se muito só. Em 1990 ocorreu a primeira crise identificada de Donato, após assistir a um filme. Inicia-se, com a crise, a história de acompanhamento de Donato por hospitais psiquiátricos e internações.

Neste período da vida familiar acontecem os casamentos dos filhos de José e Élia, e suas conseqüentes mudanças com relação à família de origem. Todos, menos Donato, se casaram entre os anos de 1990 e 1996. Todos mudaram de casa e iniciaram novas famílias nucleares junto aos cônjuges.

Após os casamentos dos filhos, o convívio diário da família nuclear passa a ser entre Donato, José e Élia. Os demais filhos só visitam a casa dos pais em momentos de festa, quando o pai convoca reuniões familiares ou quando têm algum problema. Visitas informais são pouco freqüentes, segundo relato.

A família ressalta os nascimentos e adoções de crianças nas famílias nucleares de cada um dos filhos do casal parental, ocorridas neste período. As crises de Donato durante as quais ocorreram quatro tentativas de suicídio e internações no HSVP decorrentes destas tentativas também recebem destaque, assim como e a depressão de Élia e de José, medicadas pelo mesmo psiquiatra que acompanha Donato.

Em 2006 Dário retornou à casa dos pais, residindo com a família nuclear de início, em decorrência de separação conjugal com sua esposa. Durante este período ocorreu a ultima tentativa de suicídio de Donato, e sua ultima internação até os dias atuais. Dário reatou relações com sua esposa e saiu novamente da casa dos pais.

No final do ano de 2006 Dinalva também se separou do marido e voltou a viver na casa dos pais. A partir desta mudança, começam a viver juntos na mesma residência: José, Élia, Donato, Dinalva e sua filha Aniela.

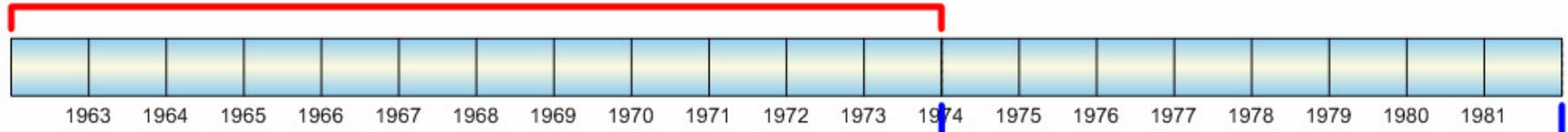
Atualmente a família está configurada conforme descrito no genograma. Dário separou-se novamente de sua esposa durante o processo de coleta de dados com a família estudada.

Linha da Vida Familiar

- Início da formação da família nuclear estudada
- Nascimento dos filhos de José e Élia
- Mudança de cidade

- Adaptação a nova cidade
- Crescimento dos filhos
- Acidentes

1º Ciclo de vida familiar

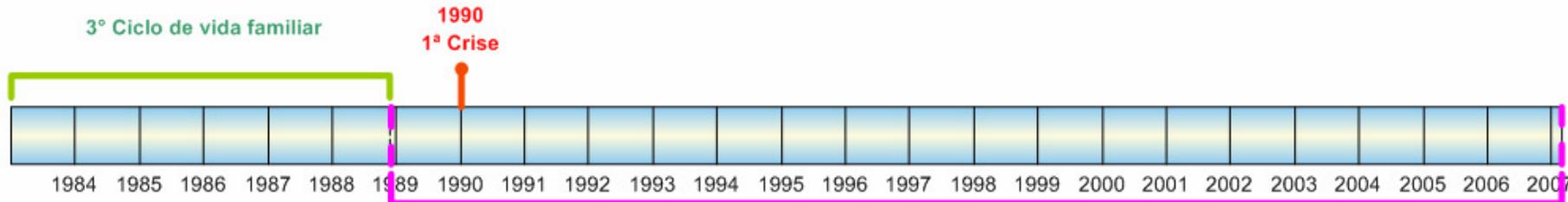


1962

1982

2º Ciclo de vida familiar

3º Ciclo de vida familiar



1983

2007

4º Ciclo de vida familiar

- Mudança para Brasília
- Choque cultural; queda de status social
- Inserção dos filhos no mercado de trabalho

- Casamento dos filhos - saída da casa dos pais
- Redução da família nuclear ao trio José, Élia e Donato
- Nascimento dos netos de José e Élia

4.4 – Análise de conteúdo das entrevistas – A estrutura familiar.

Esta análise foi realizada por três juízas psicólogas que conheceram a técnica de análise de conteúdo durante o curso de graduação. O trabalho de análise foi acompanhado e finalizado por mim, responsável pela pesquisa.

Foram analisadas as seis entrevistas feitas com a família durante as quais levantamos os dados da linha da vida familiar, do genograma e das questões da entrevista semi-estruturada baseada no CFAM. A entrevista para preenchimento da PANSS esteve fora da análise de conteúdo realizada por ser focada nas crises e pelo fato de não estarem todos os familiares presentes quando esta ocorreu.

Categoria 1 – SOFRIMENTO

Foram relatados vários casos de mortes, acidentes, doenças, humilhação, mudanças de casa e de cidade. Em especial, a família relatou que a vinda à Brasília foi acompanhada por um choque cultural, social e econômico que levou à restrição da privacidade dos membros e a conflitos familiares.

| VERBALIZAÇÃO | TEMA | FREQ. |
|---|----------------------------|--------------|
| Ela era epilética, né. Quando descobriram, o remédio ela já começou a tomar. Mas muitas das vezes ela se queimou, se machucou, sabe. | DOENÇA (Física) | 18 |
| Minha tia. Ela tinha epilepsia. Aí não havia tratamento naquele tempo. E ela se aprontava idêntico ao que eu tinha vivido. Idêntico. | | |
| Circulação. Como não desinchou o coração, com os roncões da mãe ele inchou o tórax completo. Então, o coração e o pulmão ficou tudo sem espaço suficiente pra pulsar normal. | | |
| Metástase é quando o câncer espalha pelo corpo todo. Tá na quimioterapia direto(...), ela consegue ficar em pé, mas segurando assim... com a perna assim. Aí ela me deu aquele abraço, sabe, aí eu falei “que saudade, tia, que abraço mais gostoso”. Ela “é”, a risada dela. Super alegre. E ela falou “Deus ainda me deixou braços fortes para poder dar abraços”. E me abraçou bem apertado. | | |
| Eu diria que Brasília foi um choque cultural muito forte. | MUDANÇA | 36 |
| Olha, pode ter sido uma fuga pro meu pai, fugir dos familiares, tentar uma vida nova com dignidade, mas pra gente foi tudo de bom. Porque a gente lembra de tudo. | | |

| | | |
|--|--------------------|-----------|
| O motivo que fez a gente deixar a (cidade no entorno do DF), vir pra cá feito um burquinho na (cidade satélite de Brasília), foi por isso. Ter que ficar mais perto do hospital, dos filhos, porque uma hora que eu não estiver o filho vem, passa e corre pro hospital. | | |
| O que me machucou mesmo foi o que eu falei na outra gravação. Foi que meus filhos não tinham bicicleta nova... fim de ano, né?! Que eu não podia comprar presentes novos. Isso aí já foi falado, né?! Então o que mais me machucava era isso: era ser humilhado pelo pessoal chamando meus filhos de favelado. | HUMILHAÇÃO | 7 |
| Eu fiquei até preocupada. Com meu pai... a gente conversou com ela, porque ela tava muito poderosa. Aí a gente conversou com ela: mãe, papai sempre botou dinheiro dentro de casa. Pena e tal. A gente teve que conversar com ela, que ela tava muito poderosa. | | |
| Fugi de perto do Josué, que era meu avalista. Josué e papai que eram meus avalistas. Então eu tive que fugir de perto dele que eu não agüentava mais ver a cara do homem que ele ia vir me depreciar, ainda mais irmão. Isso machuca demais... | | |
| Mamãe cuidava da casa e a gente morava em cima do mercado. Essas lojas lá do (...) que a gente morava em cima. Daí os móveis eram bem, bem... dividia pelos móveis. Isso me incomodava muito, porque eu tava na minha 12, 13 anos... corpinho e tal. E eu me incomodava. Às vezes eu via uma brecha de um irmão olhando... Isso afetou a minha sexualidade. Eu não ter privacidade. Isso afetou muito. | PRIVACIDADE | 10 |
| Eu ouvia. Não as intimidades. Eles sempre conversavam sobre os problemas lá na cama. Eu escutava. Esses problemas de falta de dinheiro, que num sei o que... | | |
| | TOTAL | 71 |

Categoria 2 - SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE

Os entrevistados relataram casos de transtorno mental na família que resultaram em internações e na utilização de medicamentos para diferentes finalidades. O medo foi sintoma relatado, caracterizado por medo de morrer, de desejar outras mulheres e de médico. Também apareceram relatos de tentativas de suicídio e curas.

| VERBALIZAÇÃO | TEMA | FREQ. |
|---|--------------|--------------|
| Aliás uma data em relação a um filme que passou na época, que estourou bilheteria. E eu consigo ver isso aí como foi um mês depois aconteceu. Ele entrar. Foi o filme Platoon. É apenas uma coincidência. | CRISE | 27 |

| | | |
|---|----------------------|-----------|
| <p>Enquanto ele não estava em crise, ele tinha a mente hiperativa, não parava um minuto.</p> <p>Um canil... Enfim, mas depois que eu dispensei o Donato mesmo, falei “Daniel, não quero mais”, ficou uns 2 ou 3 anos com a gente, trabalhando. E às vezes enfrentava uma crise, Donato tinha uma crise, ficava dois meses sem ir trabalhar. Mas a gente já sabia disso, fichado ainda... Enfim...</p> <p>Teatrinho, acho que já rolou também isso, acho que você também já ficou... acomodado. A gente vai repetindo o comportamento desde que eles sejam legais pra gente, de alguma maneira. Você acaba repetindo alguns comportamentos. Então, assim, no momento eu acho que você é culpado ou deixa de ser culpado de alguma coisa, sabe?</p> <p>Parece que veio numa crise de arrependimento de tudo o que ele fez a gente passar na cabeça dele, né, e pediu desculpa pra todo mundo.</p> | | |
| <p>Eu tinha aproximadamente 14 anos quando meu avô faleceu. Ele esteve internado em (Minas Gerais), num pequeno tempo, talvez uns 3 meses, uma coisa assim. E ele voltou uns, uns, uns dias. Não deixaram ele voltar para a casa dele, porque ele morava só. Aí ele esteve na minha casa, dos meus pais. Mais ou menos 40 dias.</p> <p>Eu me desafiei sabe, porque eu tomava 5 gotinhas de Haldol. Quando eu olhei na bula que 5 gotas de Haldol era o suficiente para uma criança de 5 dias de nascida que não está dormindo muito bem. Eu falei: “Gente, olha meu corpo, meu físico a comparar com o de uma criança com 5 dias de nascida.”</p> <p>Só internamos ele quando ele tentou suicídio. Suicídio. A gente só internou ele quando não teve condições de cuidar em casa. Mas teve uma vez que eu mandei internar ele sem suicídio.</p> <p>Ele é tão ruim médico, sabe, que ele nunca te deu uma injeção, ele mandou a enfermeira aplicar essa que eu mais sua mãe toma, só que ela prevalece para 30 dias. Eu mais sua mãe toma todo dia, em comprimido. Então o médico é muito ruim mesmo, porque mandou fazer uma injeção que dá para 30 dias.</p> | TRATAMENTO | 23 |
| <p>É. E o meu avô que é Otávio, que é casado com esta (mulher), é esse que teve pobrema, pobrema (sic).... é, de desequilíbrio mental.</p> <p>E com esse desequilíbrio dele, ele dormia muito pouco, né. E no final, não havia tratamento suficiente. Ele acabou sendo internado por duas vezes (...) no sanatório. (...) E ele faleceu lá.</p> | DOENÇA MENTAL | 12 |

| | | |
|---|-------------------------------------|------------------|
| <p>Sabe o que ele falou, na primeira consulta que nós fomos? Não sei se você se recorda. Conversamos muito, aí ele falou, o Donato, “os médicos me falou que eu sou esquizofrênico”. Ele mesmo contou pro Dr (...). Aí o Dr. Conversou, conversou “esquizofrênico não, cara, você não é esquizofrênico não, você não tem nada de esquizofrenia. Eu acho que você □o muito bem e vou te ajudar”. “Aí, doutor, confio em você, confio no senhor”. Saiu de lá abraçado no médico, “vai com Deus”. O finalzinho que ele falou é que me... a tranquilidade que ele falou pro Donato “vai com Deus, Deus te acompanhe”.</p> | | |
| <p>Então medo eu não tinha. Então eu discordei do médico na hora. E o psiquiatra: “É medo. Seu medo, José, é de você mesmo.” E eu: “Ótimo. Mas por quê?” “Não, é assim, assim, assim...” Fomos conversando. Meu maior medo é de olhar pra mulher. Olhar nos olhos da mulher. Por quê? Eu tinha prometido fidelidade à minha esposa, sabe, e o meu pensamento pecava, sabe. Contra qualquer olhar. Eu □o desejando a mulher e eu □o errando contra a minha mulher e eu □o me prostituindo. A palavra que eu usava era essa. Eu □o me prostituindo. Então aquilo para mim era o problema maior do mundo.</p> | <p>SINTOMA</p> | <p>40</p> |
| <p>Medo de morrer. Eu tinha um pânico de morte que eu não podia ver uma psicóloga vestida de branco, um médico, uma enfermeira.</p> | | |
| <p>Veja a situação. Levantar cinco horas da manhã, pra ir la pra porta da mamãe... a única pessoa que sabia que se passava na minha casa era a minha mãe. Mas que era sério era. Porque não é que os olhos viram não. Era coisa da cabeça mas era verdadeira.</p> | | |
| <p>Sim, mas o que eu quero dizer para a senhora é que são visões de cada um, nada de realidade, são fantasias.</p> | | |
| <p>O senhor não entende, pai, sabe? Eu tenho visões transparentes... Igual o senhor tem visão de Igreja, que o senhor dorme, Deus conta as coisas pro senhor, o senhor acorda, com revelação, né, que o senhor falou? Eu tenho visões transparentes, também, eu vejo o que as pessoas fazem comigo. Aí eu vi aquelas agulhas enfiadas em mim e a picada doendo. Logo a coluna tava doendo.</p> | | |
| <p>Mas que nem ele, que fechou a cama de casal, dizendo que não dava para aquela cama ficar mais lá, que queria uma cama de solteiro, porque tinham oito mulheres namorando toda noite. Sendo que nós que tínhamos o controle do portão e ninguém entra naquela casa.</p> | | |
| <p>Ela saiu da casa do meu pai porque ele depreciou ela diante do namorado, aí ela tentou suicídio. Aí ela veio morar com a gente, depois ela casou e foi seguir a vida dela.</p> | <p>TENTATIVA DE SUICÍDIO</p> | <p>9</p> |
| <p>O primeiro suicídio foi com copo. Lá no apartamento da minha filha.</p> | | |
| <p>Se você não gosta nem de hospital psiquiátrico, se põe no meu lugar ficar falando internamente de suicídio que eu cometi. A fraqueza, que todo mundo tem fraqueza.</p> | | |
| <p>Então lá em casa, quando você falar que não quer ir em tal terapeuta vou te lembrar disto que estou falando agora, que vocês vai fazer de tudo para poder se curar.</p> | <p>CURA</p> | <p>21</p> |

| | | |
|---|--------------|------------|
| Maria, acredito que existe um círculo vicioso, até já falei que sou tão explosiva quanto meu pai. Eu sou mais direta. Já falei para minha mãe que no dia que meu pai morrer o Donato sara. No dia que meu pai morrer acaba o problema. | | |
| Eu tento muito, tento muito mesmo, mas as vezes é pela vida, pelos problemas que eu tive, vida que eu levei, o Diabo atentando mesmo, que o Capeta atenta, insônia, as vezes eu não durmo. Eu não consigo ter força de vontade para me sentir bem. Não consigo. | | |
| | TOTAL | 137 |

Categoria 3 – HISTÓRIA DA VIDA FAMILIAR

A família contou diversas histórias sobre sua trajetória incluindo mortes, acidentes, casamentos, gravidez e nascimentos, sempre questionando se todos lembravam dos acontecimentos relatados. O ciúme entre os pais foi relatado de maneira enfática, e algumas histórias relativas a comportamentos de José eram desconhecidas para os filhos, até então. Os pais estiveram presentes durante o casamento dos filhos e eventuais separações. Os filhos retornaram à viver com os pais após as separações.

| VERBALIZAÇÃO | TEMA | FREQ. |
|---|--------------|--------------|
| O trauma maior eu era criança, sabe. Tinha uns 6, 8 anos, sabe, igual, saí correndo feito louco mais ou menos uns três quilômetros gritando: “Papai! Papai! Oh, papai, a Luana morreu! Papai! Papai, a Luana morreu! | MORTE | 12 |
| Ele morreu no convívio familiar dele, a gente tava em Goiás já e ele tava em Minas Gerais com os irmãos todos. O sentimento eu não sei definir não | | |
| Ele ficava esparramando cal ao redor do muro todinho, da passarela até no portão, pra largar a pegada do andante.Pra achar a pegada de quem estava perturbando nossa vida. | CIÚME | 29 |
| Já sei de quem que eu puxei, ter marido ciumento. Foi de vocês dois aí, né. Eu tava na sua barriga? Ah, e hoje eu tenho um marido que me, que não dorme de ciúme. | | |
| Esse pecado eu num levo pra Deus... Eu ganhei muitas cantadas, sabe?! Eu levei muitas cantadas. Fiquei mesmo, bonita. Ele me deixava sozinha. Eu saía da casa da irmã dele, aí teve tentação pro meu lado. Teve cara novinho que eu passei pra frente. Eu brava de você, comadre Cida junto comigo, fui passear na casa da mãe dele e dois cara me seguiu. Me seguiu que quase me derrubou. | | |
| Pois é, a gente foi pra (a cidade no interior de Goiás) e minha mãe tinha bastante ciúmes do meu pai. | | |

| | | |
|--|------------------|-----------|
| Ele era ciumento demais, nossa senhora. Ele chegava de viagem e verificava até as minhas roupas. | | |
| É, mas eu sofri com isso, viu?! Ele ciutando de mim, eu esperando ela aí com nove meses e... | | |
| E você era neném! Mas mamãe sempre te deu muito carinho! E por isso a gente, filho, tinha um pouquinho de ciúmes de você! | | |
| É. Ele chegou a pensar que a Damiana não era filha dele. | | |
| Eu também. Eu tinha dois anos. 68. Mãe, eu lembro disso. Eu caminhando... como é que pode a pessoa ter memória? Eu caminhando em direção ao quintal, que tava acabando pra fazer uma cisterna. Fundo, uns dois metros e meio pra baixo. Eu andando e caí lá e chorando e papai me procurando e jogaram o balde. Aí quando me acharam eu tava lá chorando e eu não tenho medo de escuro, não tenho medo de buraco, de nada. | ACIDENTE | 7 |
| O Delbert. Quando o Delbert nasceu, o Dário quebrou a perna. Ele vinha montado num cabo de vassoura, sabe. E correndo em cavalinho. Ela rapando a água da chaminé, que descia na chaminé quando faz chuva, né?! Molhava a cozinha toda, ia amarrar pano e vinha correndo lá da sala onde tinha degrau, dois degraus. A cozinha era mais baixa. E montado nesse rodo... | | |
| É como eu falei. Eu cresci ouvindo a história do meu pai. | HISTÓRIAS | 30 |
| Eu percebo meu pai, ele acha bom em contar e percebo que ele se engrandece com isso. Ele dá uma... Até que ele vai... Ele é detalhista até, né. E isso, ele acha muito bom contar. Isso até no caso de vocês novas aqui. E eu também não sabia de tudo. Mais em relação aos dois que já tinha morrido que já tinham morrido eu já tinha ouvido falar. Mas esse fato lá de (cidade no interior de Minas Gerais) também... | | |
| Hoje, por exemplo, eu parei para escutar ela inteira para poder fechar os buracos que tinha. Mas o corpo dela eu já tinha escutado. | | |
| Eu casei, juro. E mudei de Brasília, fui pra (...). Aí a Dalva foi lá me visitar, um mês depois, foi lá me visitar com o namorado. Namorados, não eram nem noivos. Aí viu minha vidinha lá... Minha casinha... Pó, minha irmã mais nova já casou, né?! Fez pressão lá pro namorado, compraram a aliança lá mesmo e ficaram noivos lá em (cidade onde Damiana vivia). E aí já marcaram o casamento pra novembro. | CASAMENTO | 20 |
| Paí, o senhor concorda que a gente começa a linha da vida da família a partir do casamento de vocês? Ou o senhor quer que comece mais antes? | | |
| José: Não, é a partir do casamento. | | |
| Fui casada dez anos, tem nove meses que a gente tá separado. Ele já foi casado.(...). Então tem uma enteada (...). | | |
| Aí o Donato nasceu. Aí vem eu, num momento difícil, né, pai?! Porque a mamãe engravidou lá... a gravidez parece que num foi nada fácil, né, mamãe? | GRAVIDEZ | 7 |

| | | |
|---|-------------------|------------|
| (...) Eu queria que ele apaixonasse de novo por mim. Aquela historia da gravidez. Eu engravidei, a gente tinha 4 anos de namoro. Não era isso que eu planejava, o que vai ser da minha vida. Eu não gostei muito da postura. E o meu pai sempre: Vai casar quando? Toda vez que meu pai via perguntava, vai casar quando?. Ai quando meu pai falava isso eu lembrava que ele não tava querendo casar. Ai a coisa começou a pressionar. Pra quem me via todos os dias, começou a não querer me ver todo dia mais. | | |
| Vou mencionar, não sei detalhe direito, mas talvez o papai lembre... Quando o Donato nasceu, ele nasceu com problemas no coração. É isso, pai? Nasceu com o coração e o pulmão do tamanho do coração de adulto. Não é isso?! Inchados. | NASCIMENTO | 8 |
| Pra mim tem muita coisa importante, né?! Minha vida foi uma luta, né?! De comércio, de crescimento, né?! Filho nascendo... mas eu acho que mais individual. Eu era muito ligado ao papai e à mamãe. Assim, quando o Éder nasceu, nós estávamos aqui fazendo... que eu tinha feito a parte de cima, eu tinha recém pintado, né?! E aí, como a tinta ainda estava muito forte, aí a (esposa) foi ganhar o neném lá, né?! Lá na casa da mamãe, (...). E aí, a (esposa) foi ganhar o neném no hospital, mas também a gente ficou um tempo lá, que a mamãe ajudava a olhar, né?! | | |
| | TOTAL | 120 |

Categoria 4 – CRENÇAS

A vivência e a prática religiosa são bastante presentes na vida familiar, assim como a crença em Deus. Parte da família frequenta a igreja católica e outra parte é evangélica. Além disso, relataram vivências com macumba, feitas por pessoas próximas a família, namoradas e amigos. A crença religiosa assume ainda uma forma de tentativa de cura e de ajuda nos momentos difíceis da família.

| VERBALIZAÇÃO | TEMA | FREQ. |
|---|-----------------|--------------|
| Eu não sei o detalhe mais porque tem muito tempo que ele me falou. Parece que foi uma ex namorada que fez a macumba e depois foi que a gente começou a passar essa dificuldade total, (...) | MACUMBA | 11 |
| To brincando. É porque ela começou a querer fazer macumba pra mim | | |
| Dalva e seu esposo entraram na igreja adventista do sétimo dia porque ele trabalha num grupo que todos era adventistas, a empresa. Eles tinham que guardar o por do sol as sexta pro sábado e ele teve que se enquadrar. Ele tentou arrastar todo mundo, a gente ate foi lá no por do | RELIGIÃO | 8 |

| | | |
|--|--------------|-----------|
| sol. Mas a gente não vê muita verdade naquilo. O Delbert e a esposa a gente vê que é verdade, por isso que eu fui. A eu comecei na verdade a ir à evangélica pelo Donato, pra ajudar, eu tentei levar ele umas duas vezes, depois não quis mais e eu disse: Tudo bem. Eu vou por você, vou continuar indo pra orar por você. Porque eu sentia que lá era mais forte. E continuei indo. | | |
| É um termo que eu sempre uso: Que Deus me bitolou, quebrou minhas quinas, me lapidou. Deus quebrou minhas quinas, e eu senti que isso realmente aconteceu depois que eu fiz 35 anos. Desde criança eu venho buscando esse aperfeiçoamento, essa melhora. Eu senti a melhora justamente nessa época, depois dos meus 35 anos. Foi aí que eu descobri que eu não era um carola, um católico obcecado. Eu era um homem comum, sujeito a pecar, a cometer besteiras. | DEUS | 7 |
| Muita lágrima. Senhor, eu não to dando conta de trabalhar. Me ajuda pelo menos a fazer essa reunião de família. Eu to brigado com Dalva, com Dinalva, eu não suporto essa solidão, essa tristeza de vê-las com raiva de mim... Pelo amor de Deus, me ajuda. E Deus abriu-me as portas... | | |
| É. Aí eu entrei atrás dele. Fui tirar o bêbado pra não falar com ela, porque ela tava passando mal, né. Aí deu um jeito e Deus abençoou. | | |
| | TOTAL | 26 |

Categoria 5 – DINÂMICA FAMILIAR

Os entrevistados relataram trabalhar e/ou assumir algum tipo de responsabilidade familiar ou financeira desde muito jovens. Este fator é associado à conquista da autonomia. Descrevem-se como acolhedores, honestos e batalhadores, apesar das desavenças e agressões existentes entre eles, identificadas principalmente por meio da comunicação. Apontaram também várias situações de conflitos e afastamento na família.

| VERBALIZAÇÃO | TEMA | FREQ. |
|---|-----------------|--------------|
| Eu lembro eu grávida da Dalva, ele chegou o pé no meu nariz, eu soltei um tapa... | AGRESSÃO | 35 |
| Eu lembro de uma surra que vocês ficaram amarrados. Em cima da cama. | | |

| | | |
|---|------------------------------------|------------------|
| <p>Eu defendi muito o Donato porque do jeito que ele está às vezes... Os filhos falavam que eu paporicava demais. E eu pensava que já estava com um problema, e ainda junta o pai, que é nervoso e chega às vezes até a bater nele. Com dezenove anos ele apanhou do pai lá (...). Lá em (cidade do entorno do DF) ele queria pegar até o ferro para bater nele. Estava dependendo desta parte. É bem nervoso. Aí falei que não ia pegar nada para bater nele. Porque às vezes ele está no quarto e ele chama para ajudá-lo na piscina. Porque toda vida ele você preguiçoso mesmo. Então o pai chamava ele para ajudar na piscina e ele ficava enrolando deitado na rede lá na área. Aí o José saía com o cinto e dizia que ele não valia um saco de bosta e sentou o couro na perna dele e ele saiu com raiva lá para o quarto.</p> | | |
| <p>Não tem comparação, né?! Aí eu falei, não, eu quero assumir minha firma. Aí eu falei com meu pai: como é que vai ser aqui em casa? Porque essa é a nossa fonte de renda aqui em Brasília. Os aluguéis são pouquinho, que não sei o quê. Aí eu falei: pai, faz o seguinte, eu seguro as pontas aí de comida aqui em casa, mas eu quero as máquinas pra mim. Aí ele disse então tá, você vai comprar o supermercado pra casa e usa as minhas máquinas, mas vai ter que comprar as suas. Aí seis meses, rapidinho, eu consegui comprar minhas máquinas.</p> | <p>AUTONOMIA E TRABALHO</p> | <p>13</p> |
| <p>Agora não. Agora eu sei me cuidar sozinho. Não gosto pegue no meu pé, não gosto de carinho, assim, de mãe, irmão muito em cima, muito grudado, grudado. Mas eu reconheço a responsabilidade que cada um tem comigo. Preocupação que tem com minha doença, depressão, tudo eu reconheço.</p> | | |
| <p>Eu não tinha entendido o que você tinha falado! Mas eu vivia isolado, vocês tinham carro bom, e não me chamavam para sair nem nada! Num davam valor às minhas coisas, não me davam presentes! Não é verdade? Eu não interagia com vocês, não jogava bola! Não ia no cinema!</p> | <p>AFASTAMENTO</p> | <p>22</p> |
| <p>Os carros, os netos. Só que nessa mudança, ele pensou ali em receber os filhos, aí não pensou se eles estavam na (universidade)... que Donato tinha amigos na porta de casa, que era o melhor amigo dele, que é até hoje,(...). Era na porta de casa, ele teve que deixar tudo isso e mudar pro (cidade no entorno do Distrito Federal).</p> | | |
| <p>A gente se reunia, tinha churrasco, zoológico, parque da cidade. Tinha eventos que reunia todo mundo, tanto na família do tio lá, lá também começou a casar. Aí começaram a construir as famílias, os solteiros de lá foram diminuindo, daqui também foram diminuindo. Conseqüentemente, a gente, isso é uma verdade, a gente passou a deixar, porque tem duas famílias né, a deixar de ta aos domingos sempre com o papai e a mamãe. Por coincidência começou a morar mais longe, então a gente também começou, ah meu Deus, tem que ir lá, papai e mamãe....</p> | | |

| | | |
|--|--|-----------|
| Não é inveja. É só espelhar pra poder ter uma coisa positiva | IDIOSSINCRASIA (comparações entre os membros) | 8 |
| O Daniel é o seguinte: Ele é tranquilo mas ele tem o temperamento de que se chegar num ponto ele ultrapassa. Aí ele estoura. | | |
| | TOTAL | 78 |

Categoria 6 – GÊNERO

Os entrevistados relataram as diferenças de gênero na família, identificando os homens como machos e turrões e as mulheres como cuidadoras e afetivas. Relatam que José sempre fez questão de que todos os filhos (homens e mulheres) se casassem virgens e não viessem a se separar, como forma de preservar a reputação da família. Porém, apesar do pai pregar a idéia de sexo só depois do casamento, os filhos relataram que tiveram experiências sexuais antes de casarem, porém preservaram-se durante um certo período de tempo anterior ao casamento, durante o qual evitavam manter relações sexuais.

| VERBALIZAÇÃO | TEMA | FREQ. |
|--|--------------------|--------------|
| Não, eu gostava mais que namorar. Eu preferia botar na bicicleta que botar nas namoradas.6 | SEXUALIDADE | 36 |
| Deve ter umas coisas sim, besterinha, mas que fica gravado na mente de uma pessoa por toda vida. A minha primeira relação sexual, meu pai me levou na casa de uma prostituta, uma preta feia danada. (...) | | |
| Fico com vergonha demais de falar dos meus pontos fracos com mulher. Coisas da vida com mulher. Morro de vergonha nem sai nada. | | |
| Não quero mexer com mulher mais não. | | |
| Toda mulher é social. | MULHER | 13 |
| Na verdade, quando vocês fazem farra, as mulheres fazem terapia. | | |
| Mãe é tudo, ela abraça tudo que for possível para fazer um filho feliz, né mãe? | | |
| Eu tenho a consciência tranqüila, eu sou muito macho. | HOMEM | 12 |
| Deixa eu falar. Aqui o homem é que tem atitude e permanece nela tanto errado ou não. E mulher que é maleável. | | |
| Acho que os homens não deveriam ser tão machão assim. Encarar isso com uma coisa forte, ser mais flexíveis e liberais, em todos os sentidos. | | |
| | TOTAL | 61 |

Como resultado da análise de conteúdo, é indispensável comentarmos que algumas falas ou fatores constituintes da estrutura que não demonstraram uma frequência de destaque nas entrevistas, e que devem ser consideradas e abordadas, segundo a característica qualitativa da análise. Assim, utilizando a divisão estrutural proposta pelo CFAM e comentada no item 2.1 deste trabalho, apresentamos as formas de estruturação familiar que se destacaram, associadas às categorias e temas descritos acima.

A *estrutura interna*, constituinte da dimensão estrutural da família estudada, é composta pela composição familiar, a saber:

A família se reconhece como tal, constituída pelos vínculos de consangüinidade. É composta pelo casal parental (Élia e José) e os filhos (Dalva, Daniel, Damiana, Dário, Delbert, Dinalva e Donato). O casamento representa uma forma de entrada à esta família, ou seja, os cônjuges passam a ser vistos como familiares, assim como os filhos. Porém, nesse momento, o filho casado passa a fazer parte de uma nova família e a família de origem inicial passa a ser parte da família extensa do membro que se casou. Em casos de separação, o ex-cônjuge deixa de fazer parte da família. Nota-se que o sistema familiar possui uma fronteira nítida e permeável, pela observação de estes fatores descritos acima.

As funções de *gênero* são interligadas à noção de *subsistemas* dentro deste grupo familiar. Vemos que “gênero” é uma categoria de nossa análise das entrevistas, composta pelos temas: “sexualidade, mulher e homem”. Esta subcategoria diz da forma como a família se organizou com relação à identificação de *funções e papéis* de cada um dentro da família, assim como diz da *sexualidade* de seus membros.

A família identifica então *subsistemas* com *fronteiras claras* que possibilitam a noção de pertencimento, ligadas ao gênero e também à temática de “autonomia e trabalho” da categoria “dinâmica familiar”, uma vez que as ocupações dos membros também são associadas ao gênero. Para a família, homens são identificados como pessoas de atitude e teimosos, trabalham em ofícios aprendidos com o pai; mulheres são identificadas como pessoas sociais que lidam com a educação dos filhos e com questões de organização financeira e são sempre muito afetivas.

Esta categoria está ainda associada ao tema “afastamento” da categoria “dinâmica familiar”, quando Donato afirma que sempre esteve afastado do subsistema fraterno e masculino, pela diferença de idade e por não trabalhar. Por ser homem não pertenceu ao subsistema fraterno e feminino. Os dois subsistemas incluíam o casal parental em alguns momentos. Assim, identificamos o subsistema parental como englobando um terceiro elemento, o filho Donato.

Diferente dos demais subsistemas, o subsistema composto por José, Élia e Donato, que passou a ser identificado enquanto família nuclear depois dos casamentos dos demais filhos do casal parental, assume uma característica de possuir a *fronteira rígida e impermeável*. Fato observado tanto na dinâmica de funcionamento da família, quanto na fala de Dinalva, comentada na apresentação das relações observadas no genograma quando ela afirma que os três vivem um “triângulo amoroso” e diz:

“A relação parecia uma laranja. Eu tentava entrar e não conseguia, no grupo dos três”.

Notamos que esta divisão em subsistemas sofreu poucas alterações através dos ciclos de vida familiar. Destacamos que nas falas dos familiares, a

principal mudança foi do subsistema composto pelos pais e Donato, que se tornou rígido e impenetrável por outros membros. Esta característica, no entanto, não impede que José participe do subsistema masculino composto também pelos filhos com exceção de Donato, e nem que Élia participe em alguns momentos do subsistema feminino composto também pelas filhas. Donato, porém, não circula entre subsistemas, está de certa forma, “preso” no subsistema que sua irmã Dinalva caracterizou como uma laranja, ao mesmo tempo que não é incluído nos subsistemas fraternos.

A estrutura externa da família é composta pela família extensa, à qual pertencem os indivíduos com parentesco de consangüinidade, e os indivíduos inicialmente pertencentes à *família nuclear* que conforme descrito anteriormente, passam a fazer parte da família extensa após o casamento. Tal característica assume uma forma diferenciada em momentos de crise familiar. Frente à necessidade de lidar com questões importantes, a família nuclear inicial une-se, formando um grande sistema familiar nuclear como era antes dos casamentos dos filhos, na busca de resolução para a crise. Esta união normalmente ocorre através de chamados de José, para resolver questões desencadeadas por crises de Donato ou questões de saúde de outros membros. Assim, a família se une novamente. O outro momento de reunião da família extensa se dá pela reunião anual da família extensa de José, onde todos os irmãos dele se encontram e levam suas famílias nucleares. Esta reunião é uma festa da qual Donato não gosta de participar e que já resultou em uma de suas crises. Élia também não gosta das reuniões, fato associado pela família ao medo das possíveis atitudes do filho e por vergonha de Donato ser “doente”.

Também fazem parte da *estrutura externa* da família os *sistemas sociais maiores* dos quais esta participa e com os quais se relaciona. Os principais sistemas maiores dos quais eles participam e com os quais tem ligação são os grupos religiosos, os grupos de trabalho, as amizades e as instituições e profissionais da atenção à saúde.

Estes grupos interligam-se às temáticas “mudanças” da categoria “sofrimento” de nossa análise, uma vez que os vínculos sociais sofreram impactos diferenciados entre os membros da família, em função das mudanças de cidade. Em Brasília, todos ampliaram seus círculos sociais, menos José, Élia e Donato.

Donato relata que tem apenas um amigo, do qual se separou após a mudança de moradia da família para a cidade do entorno do Distrito Federal. José relata que as mudanças de cidade também resultaram em uma mudança de estatus social, o que alterou sua rede social. Este dado aparece no tema “humilhação” da categoria “sofrimento” de nossa análise. Podemos dizer que atualmente a inserção social dos membros do subsistema composto por Élia, José e Donato se limita aos vínculos familiares e de atenção à saúde.

Nota-se que os membros da família associaram-se a diferentes grupos religiosos, porém para todos, em diversos momentos dos ciclos de vida da família, a religião ocupa um lugar marcante de cuidado, lei, resolução de problemas, noção de pertencimento e significação de eventos da vida. Esta importante posição da religião no sistema de crenças da família destacou-se em nossa análise na categoria “crenças” que conta com as temáticas “macumba, religião e Deus” e na categoria “sofrimento psíquico grave” uma vez que todos os temas desta categoria, sejam eles: “crise, tratamento, doença mental, sintoma, tentativa de suicídio e cura”, contêm conteúdos religiosos em

algum momento. Assim, esta categoria está associada tanto ao sistema social maior da família quanto às *influências e crenças* componentes da *dimensão funcional* da família.

O vínculo com instituições de atenção à saúde não apareceu na análise de conteúdo das entrevistas, porém se destaca em nosso estudo uma vez que Donato participa do programa “vida em casa” do HSVP e tem um histórico de internações, assim como é assistido por um psiquiatra que atende também a seus pais. Não há o conhecimento de instituições como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) pelos familiares, assim como não há um tratamento familiar por nenhuma das equipes que atendem a Donato e a seus pais que vá além de orientações sobre como lidar com Donato. Reiteramos que o atendimento dos pais é em função de os dois apresentarem quadros depressivos descritos no item 4.1 deste trabalho.

A dimensão do *desenvolvimento* da família é abordada neste trabalho de forma mais aprofundada no item 4.2 onde apresentamos a linha da vida familiar, e se faz presente em nossa análise de conteúdo das entrevistas na categoria “história da vida familiar” composta pelos temas: “morte, ciúme, acidente, histórias, casamento, gravidez e nascimento”, sendo uma das categorias com maior número de frequência de verbalizações (120).

Através da verificação da grande ocorrência de verbalizações nesta categoria, notamos a importância que a história familiar assume para os membros desta família, fator que podemos associar à noção de pertencimento dos membros vinculada ao reconhecimento de uma história comum que os une e da qual todos participaram. Durante as entrevistas, a temática da história

familiar foi valorizada pelos membros da família, inclusive como desencadeador de encontros de todos os membros.

A *dimensão funcional* focaliza aspectos presentes no eixo sincrônico da vida familiar. Para verificar tal dimensão, observamos o *funcionamento instrumental* e as *funções expressas* presentes na família, de acordo com a nossa teoria de fundamentação.

No que se refere ao *funcionamento instrumental* vemos uma forte ligação entre esta subcategoria da análise da estrutura familiar com as questões ressaltadas na categoria “gênero” de nossa análise de conteúdo, principalmente no que se refere às temáticas “homem” e “mulher”. As mulheres ocupam um lugar de apoio afetivo exercido de diferentes formas e os homens apresentam a função de proverem financeiramente as famílias. Nota-se que atualmente na família nuclear, quem exerce a função de cuidar da limpeza, alimentação e organização da casa é Élia, com auxílio de uma ajudante externa à família. É Élia que exerce o *papel* de identificar sentimentos entre os familiares, sendo ela que costuma identificar problemas e ajudar a resolvê-los. Podemos dizer que é Élia o apoio emocional de todos na família. José é o responsável pelo controle da medicação de Donato e de Élia.

Com relação às *funções expressas* na família vemos que há variados padrões de comunicação estabelecidos. Estes padrões estão presentes em diversos temas de nossa análise e principalmente na categoria “dinâmica familiar” na temática “agressão” e “afastamento”. Também estão associado os padrões de comunicação à temática “histórias” da categoria “história da vida familiar”.

José rompe com a característica familiar masculina segundo a qual os homens são identificados como teimosos e fechados. Tal fato é percebido ao

verificarmos as colocações de Élia, ressaltadas no genograma da família, ao dizer estar cansada de José contar sempre as histórias de sua vida às pessoas. Élia, no entanto, mostra-se muito fechada, assim como Donato. Os dois apresentam quadros de somatização e Élia aparentou grandes mudanças com relação a tal fato, no processo de coleta de dados para esta pesquisa. No início falava muito pouco, dizendo não lembrar-se dos fatos de sua vida, assim como Donato o fez algumas vezes. Com o passar do tempo, mostrando uma melhora de seu quadro depressivo, foi se colocando mais nas entrevistas, chegando a cantar uma música para os entrevistadores ao final da quarta entrevista.

As mulheres da família identificam-se como denunciadoras de fatores familiares conflituosos ou disfuncionais. Dinalva sempre se coloca no lugar de apontar de forma direta, questões que ela observa. Mostra-se incisiva e as vezes dura em suas colocações, sendo sempre quem questiona as atitudes dos demais familiares e assim como Damiana, exercem de maneira forte e clara a *comunicação verbal* de questões familiares.

Há um padrão de comunicação indireta exercido por José que é identificado pelos familiares como uma forma de agressão. É uma comunicação velada, com traços de ironia, que resulta em uma defesa prévia de Donato quando vai falar sobre certos assuntos, como ressaltado anteriormente na descrição da relação entre Donato e José feita na apresentação do genograma. Este padrão de comunicação é também entendido por nós como uma comunicação prioritariamente *circular* que está diretamente associada ao sofrimento psíquico grave observado na família e que envolve os padrões de funcionamento de Donato e José.

Daniel também exerce um padrão velado de comunicação, utilizando muitos recursos de comédia e brincadeiras para se comunicar. Os demais irmãos se mostraram diretos em sua forma de comunicação, embora todos da família com exceção de Damiana e Dinalva, tenham afirmado sempre guardar muitas coisas para si mesmos, de forma a não incomodar aos demais ou para reservar seu espaço privado.

Observamos que associados às formas de comunicação estabelecidas pela família estão as *funções e papéis dos familiares*, também vinculados à “história de vida da família” e às questões de “gênero”.

Vemos que Élia assume o papel de resolver problemas de maneira velada, pois quem assume tal papel de forma direta é José, com auxílio de Daniel e Damiana em alguns momentos específicos. Daniel auxilia o pai a resolver questões de trabalho, financeiras, de negócios e em momentos de crise de Donato, ajuda a levá-lo ao hospital. Damiana auxilia em questões ligadas à saúde como procurar auxílio médico e em algumas questões afetivas, sendo confidente do pai.

Dinalva ocupa o lugar de denunciar as questões familiares e ser confidente da mãe. É ela quem mais se aproxima afetivamente de Donato, desde quando eram crianças, ocupando o papel de ajudar o irmão na escola, por exemplo.

Delbert e Dário mostraram-se bastante afetuosos, porém não ocupam nenhum papel marcante identificado por nós na família a não ser o de cuidar de forma indireta dos demais familiares.

A nosso ver, Donato exerce um papel especial no grupo familiar ao notarmos que ele está sempre a par dos sentimentos que acontecem na

família. A sua maneira, lida com estes e os expõe ou vela com suas crises, tem para si o papel familiar de paciente identificado.

5 – Considerações finais.

Percebemos que a família apresenta uma estruturação flexível a mudanças externas, porém não a mudanças no funcionamento da estrutura familiar. Os subsistemas são bem definidos, com fronteiras flexíveis e nítidas, conforme citamos anteriormente. Entretanto, o subsistema caracterizado pela aliança e coalizão entre os pais e o filho Donato nos chama a atenção. Este subgrupo se diferencia dos demais por apresentar uma fronteira nítida, porém inflexível, caracterizando um subsistema de fronteira rígida e, portanto, disfuncional (Minuchin, 1990a). Tal organização constitui-se na relação com os demais subsistemas da família, o que podemos notar quando os irmãos de Donato, que constituem os demais subsistemas familiares, o identificam ao mesmo tempo como doente e protegido pela mãe e o excluem de seus subsistemas por questões de gênero e idade. Dedicaremos, portanto, mais atenção a tal organização e relação entre subsistemas dentro do grupo familiar, por encontrarmos em sua constituição e funcionamento, o lugar do sintoma na família.

Segundo Bowen (1978, em Wright e Leahey, 2005) uma terceira pessoa pode ser inserida e inserir-se em uma relação de outras duas como forma de diminuir o nível de ansiedade da relação da dupla inicial, proporcionando mais estabilidade à essa relação, triangulada com a entrada do terceiro elemento. Observamos este padrão de relação entre José, Élia e Donato de maneira bem delimitada.

O triângulo se faz presente enquanto configuração relacional na família desde o nascimento de Donato, tornando-se mais rígido com o passar do tempo. Esta organização de relações influencia fortemente a maneira como

Donato interage com os demais subsistemas presentes em seu sistema familiar maior. Donato apenas tem relações mais próximas com uma outra integrante do sistema familiar, a irmã Dinalva. Ela nos denunciou o triângulo, mostrando-se sempre muito incomodada com tal padrão relacional. Os demais familiares afirmam que sentem culpa por não ajudar o irmão a melhorar, embora tenham tentado inseri-lo em seus trabalhos, uma vez que são donos de empresas, e acompanhem mais de perto a vida dos pais e de Donato em momentos de crises identificadas.

Segundo Satir (1976), disfunções conjugais podem afetar as funções parentais relativas a algum dos filhos do casal, sendo este o que se torna Paciente Identificado, como citado anteriormente. Para esta autora, caso os pais nutram baixa auto-estima e confiem pouco um no outro, podem confiar ao filho o lugar de conferir um aumento da auto-estima e por conseqüência, aliviar as tensões do relacionamento parental. Este fato pode ser observado na organização da família estudada ao verificarmos que a relação de Élia e José sempre teve muita influencia do ciúme de José, constituído por conteúdos religiosos e de magia. Tal dado aparece tanto na descrição da linha da vida familiar como nas relações demarcadas no genograma e na análise de conteúdo de nossas entrevistas e nos diz de um sofrimento psíquico extenso a todos os elementos do subsistema triangulado.

Um outro fator identificado por nós como associado ao sofrimento psíquico grave apresentado, é ligado à necessidade da criança desenvolver a auto-estima como “uma pessoa com domínio” e como “pessoa sexuada” (Satir, 1976 pág. 81).

Na família de Donato, a relação com Élia não abriu espaço a esta validação em função da história do nascimento e do crescimento de Donato. A

atribuição de valor de milagre à sua sobrevivência quando bebê e a culpa de Élia com relação ao atropelamento de Donato quando criança, marcam sua relação com o filho e impedem primariamente uma construção de um espaço no qual seu crescimento seja validado pela mãe.

Ao mesmo tempo, vemos que José invalida as posições do filho ao pormenorizar sua fala na dinâmica da comunicação entre os dois e não reconhecer sua capacidade de trabalho, fator identificado na família como afirmativo da construção de um espaço de individualização e independência.

O movimento demonstrado de invalidação de Donato enquanto sujeito é compreendido por nós como atrelado à invalidação da sexualidade de Donato. Este fato se faz presente pelos relatos de culpa de Donato, com relação a seus desejos, ao mesmo tempo em que nos denuncia uma identificação com o pai.

Segundo Satir (1976, pág. 84) a validação da identificação sexual se dá principalmente pelo fato da relação entre homem e mulher servirem de modelo de relação gratificante e funcional. Isto não ocorreu na vida de Donato uma vez que a relação parental necessitou de sua entrada e absorção como forma de alívio das tensões entre o casal. A independência de Donato necessitaria de uma demonstração parental de reconhecimento dele enquanto sujeito sexuado e capaz de ser independente, ao mesmo tempo em que demonstrasse ser uma relação funcional e gratificante para ambos os elementos do casal.

Este processo se deu de forma diferente com os demais filhos, a nosso ver, em função da própria organização de subsistemas fraternos e de gênero. Por serem subsistemas bem definidos e com fronteiras permeáveis, houve uma maior liberdade para a inserção dos sujeitos que constituem estes subsistemas em uma rede social maior, com mais referências de relações entre homem e mulher.

O processo de identificação de Donato com José é para nós um dado da herança e um reflexo de um funcionamento estrutural da família. Afirmamos isso ao percebermos que todos os filhos do sexo masculino seguem algum ofício aprendido com o pai, deixado como uma herança e que valida a posição do pai ao mesmo tempo em que valida a posição dos filhos como sujeitos adultos e independentes por estarem inseridos no mercado de trabalho.

As filhas mulheres seguiram trabalhos aprendidos com a mãe, que embora sempre tenha sido dona de casa, ocupou funções como a de cuidadora e administradora de dinheiro, funções hoje ocupadas pelas filhas em suas tarefas de trabalho. Este fato também tem a função de validação do lugar materno e valida a posição de adultas independentes das filhas.

Neste contexto, Donato não seguiu nenhum dos ofícios do pai, porém, percebemos sua identificação com José através de outros aspectos. Donato, assim como José, tem visões e as associa a conteúdos religiosos. Também sofreu interferência de macumba em sua vida, feita por uma ex-namorada e toma medicação controlada, assim como o pai. Vemos a similaridade de conteúdos e de formas de construção de sintomas nosológicos entre o quadro de sofrimento psíquico grave de Donato e as características das visões e experiências de vida de José. Além desses fatores, Donato valida o papel de cuidador exercido pelo pai e constituído ainda em sua família de origem, principalmente pela relação com o avô Otávio. Jose se reconhece como alguém a ser bitolado por Deus através do sofrimento.

Esta relação nos diz de uma identificação e da aceitação de um legado familiar, além de destacar o sintoma constituído enquanto crise em sua primeira ocorrência, no momento familiar de saída dos filhos da casa dos pais para casarem, estando todos já inseridos no mercado de trabalho.

A nosso ver, a crise de Donato naquele momento da vida familiar nos afirma essa identificação com o pai, a angustia de Donato em perder o contato com os outros subsistemas da família, assim como a angustia dos pais em ficarem sós e terem que lidar com a ansiedade de sua relação conjugal de uma nova maneira, frente à possibilidade de saída de Donato.

No contexto descrito acima, compreendemos que a família apresenta uma organização estrutural como um *imbróglio* (Palazzoli e cols. 1998, pág. 92) descrito anteriormente neste trabalho. Este envolve a relação entre José, Élia e Donato, que mostra ser um processo interativo complexo, estruturado em torno de uma prática comportamental que evolui e é específica. Segundo Palazzoli (1998, pág. 93) esta forma de relação é posta em prática por um dos pais e caracteriza-se pela ostentação de uma relação de uma díade, aparentemente privilegiada, intergeracional e que na realidade não é verdadeira. A falta de autenticidade do ilusório privilégio é decorrente do fato da relação ser um instrumento de uma estratégia voltada *contra* algum elemento da relação familiar, normalmente outro genitor.

Assim, localizando o sofrimento psíquico grave e as crises nos diferentes momentos do ciclo de vida da família, identificamos que a associação entre indivíduos participantes do *imbróglio* construído na relação triangulada, e na relação das pessoas envolvidas nesse subsistema com os demais constituintes do grupo familiar, varia de acordo com a funcionalidade sistêmica do sintoma.

Desta forma, afirmamos a importância de verificar a maneira como as relações são estabelecidas nas famílias, tanto em sua funcionalidade quanto na organização de subsistemas, como forma de compreender a construção de sintomas no seio da relação familiar, quando estamos trabalhando com saúde mental.

Por vezes há uma associação de Donato com a mãe, de forma a trazer o pai de volta ao convívio familiar. Esta relação é sustentada pela aliança entre os dois, fundamentada na ameaça de traição da mãe, que quando se concretiza desencadeia crises. Como exemplo, temos a crise vivida ao final do ano de 2006, descrita anteriormente.

Em outros momentos, há uma associação de Donato com o pai, impedindo concretizações de desejos e fantasias sexuais de José e validando seu lugar de cuidador na relação, função estruturadora do papel familiar de José conforme exposto neste trabalho.

Em determinadas ocasiões, acontece a associação do casal contra Donato, levando à crises que resultam em reuniões com os demais elementos da família.

Compreendendo o sintoma inserido na estrutura familiar, ao localizarmos sua constituição no funcionamento estrutural da família, chegamos à sua relação com o sistema social maior do qual o grupo familiar participa. Carreiro (2004, pág. 93) apresenta a perspectiva do sofrimento mental como um projeto de inserção social por proporcionar uma forma de afiliação institucional de cuidados à saúde. Tal afiliação decorre da necessidade de afiliação à instituições como forma de inclusão social. Assim, para além da funcionalidade sistêmica do sintoma de Donato no interior da estrutura familiar que apresentamos, vemos a funcionalidade social do sintoma, que carrega em si uma solução misturada com um outro fator de sofrimento.

Ao mesmo tempo em que a identificação de um sofrimento denominado de doença pela sociedade exclui o sujeito e sua família de diversas esferas sociais, esta identificação fornece um lugar social de doente ao indivíduo assim denominado. Este lugar se dá pela afiliação à instituição de atenção à saúde,

como é o caso da relação de Donato com o HSVP, ao mesmo tempo em que justifica sua não-afiliação a outras instituições sociais, como seria o caso se ele trabalhasse.

Esta reflexão sobre o lugar do sintoma no aspecto social amplo observada neste estudo de caso, nos leva a sugerir a observância de significações do sofrimento mental no trabalho clínico com famílias com sofrimento psíquico grave identificado.

Observamos na família estudada uma organização de grupo familiar contemporânea que apresenta características estruturais pressupostas pela teoria familiar sistêmica para a compreensão do estabelecimento de quadros de sofrimento psíquico grave, qual seja, por exemplo, a organização de subsistemas da família que opera em extremos entre emaranhamento e desligamento (Minuchin, 1990a). Assim, com o objetivo de trabalhar com famílias em sofrimento psíquico grave em nosso contexto sócio-cultural, é possível utilizar fundamentações teóricas clássicas, que puderam ser observadas como estando de acordo com os dados por nós observados.

Neste contexto, concordamos com a afirmativa de Minuchin (1990a) de que o problema se localiza em padrões de interação da família. Com nosso estudo e as reflexões colocadas por nós até então, concluímos que ao trabalhar com famílias em sofrimento psíquico grave, torna-se fundamental observar certos aspectos de seu funcionamento estrutural que se destacaram em nossa pesquisa de forma a otimizar as intervenções e possibilitar um trabalho familiar congruente com nossa realidade sociocultural.

Reafirmamos a importância de observar a história familiar do grupo com o qual se trabalha de maneira a acessar a localização temporal do sofrimento identificado. Outra função do conhecimento da história familiar é a possibilidade

de verificar fatores intergeracionais do sofrimento e da saúde na família, ligados aos papéis e funções dos sujeitos no grupo familiar e ao sistema de crenças da família, que está diretamente vinculado à identificação do sofrimento.

Ainda como fator de destaque no trabalho em saúde mental com famílias, ressaltamos a necessidade de compreender a forma como os subsistemas são estabelecidos no seio familiar, suas características de fronteiras e de funcionamento assim como dos padrões de comunicação estabelecidos entre os sujeitos que compõem os subsistemas. Tal compreensão permite acessar mais uma vez o estabelecimento de funções e papéis, a possibilidade de circulação dos sintomas caso este se estabeleça em sistemas de fronteiras muito fechadas e inflexíveis e as noções de pertencimento dos sujeitos aos subsistemas.

Conquanto se identifiquem formas de comunicação, esta compreensão de estabelecimento de funções e papéis também estará ligada à funcionalidade do sintoma no sistema estudado, dentro de seu funcionamento estrutural. Estas características foram verificadas por nós como estreitamente ligados à saúde mental dos elementos do sistema, uma vez que este fator é dependente da capacidade sistêmica estrutural em adaptar-se e sofrer e provocar mudanças. Desta forma, torna-se possível intervir desafiando o sintoma, a estrutura e a realidade familiar consideradas por Minuchin (1990b, pág.75) como as principais estratégias da terapia familiar estrutural.

A maneira como entendemos a construção do sintoma leva à possibilidade deste circular na família, quando não observado o grupo familiar e trabalhado em sua estrutura. Esta circulação pode acontecer no sentido de novos sintomas emergirem frente à necessidade de desencadeamento de

mudanças estruturais não realizadas através do sintoma inicial ou ainda desencadeadas pelo movimento sistêmico contrário às mudanças, como uma forma de tentativa de manutenção de um funcionamento da estrutura já não mais possível.

Para além da observação de aplicabilidade teórica, nos posicionamos de forma a justificar o trabalho terapêutico de intervenção precoce com famílias, ao observarmos com clareza neste estudo e na bibliografia consultada, que o sintoma se estabelece no seio da organização familiar. Este fato não exclui a necessidade de observar e trabalhar com o paciente identificado portador do sintoma a priori, porém reafirma e enfatiza a importância da família na saúde mental. Entendemos que com este estudo de caso, reafirmamos a importância de compreender o sintoma em sua constituição sistêmica, justificando a terapêutica com a família e com o paciente identificado.

Assim, sugerimos que as políticas de revisão das formas de tratamento e intervenção em saúde mental junto à quadros de sofrimento crônicos ou em intervenções precoces adotem o trabalho com as famílias dos pacientes identificados para além da orientação psicopedagógica e do aconselhamento, incluindo a família na terapia, uma vez que o sintoma está, comprovadamente, ligado à estrutura familiar, sua dinâmica de funcionamento e sua história.

Tendo em vista as sugestões feitas acima, ressaltamos uma das dificuldades encontradas para a realização deste trabalho. Não foi possível a realização de um encaminhamento da família para atendimento terapêutico familiar na rede pública de saúde uma vez que não está disponível tal serviço nos centros de atenção à saúde mental que existem no Distrito Federal atualmente. Tal fato é por nós visto como um foco demandante de atenção. Embora haja políticas de revisão dos serviços disponíveis e de implementação

de CAPS e NAPS, não existem possibilidades de encaminhamento para atendimento familiar de pacientes crônicos que possibilitem o trabalho integrado com as equipes que já assistem a pacientes e suas famílias como acontece com a família participante deste trabalho.

Outra limitação de nosso estudo ocorreu em função das informações do prontuário de Donato. Apesar da revisão das formas de trabalho das instituições de atenção à saúde, notamos que os prontuários carecem de informações mais precisas sobre os atendimentos realizados com os pacientes. Neste estudo, vemos que o prontuário de Donato apresenta hipóteses diagnósticas incertas, o que nos chama a atenção ao fato de que não houve um processo de psicodiagnóstico, ou diagnóstico psiquiátrico, relatado em prontuário em nenhuma de suas internações.

Este fator foi ainda um dificultador na execução de nosso trabalho na fase de levantamento de prontuários para entrar em contato com os pacientes, conforme descrito no projeto de pesquisa inicial. Não foi possível identificar os diagnósticos nosológicos em prontuário, dificultando nosso contato com os pacientes.

Deixamos como sugestões para próximos trabalhos, questões que nos saltam aos olhos após este estudo de caso, a saber:

Como o sintoma circula na estrutura, caso por si só não execute mais sua funcionalidade sistêmica dentro do grupo familiar? Este estudo deve potencializar uma extensão da concepção teórica de intervenção precoce para além da crise, sendo precoce no que concerne à função do sintoma estabelecido na estrutura familiar.

As significações religiosas da crise e do conteúdo da crise como forma de inserção no sistema sócio-cultural de crenças. Como a forma de significação

dos próprios sinais que levam por vezes à identificação de sofrimento psíquico acontece?

Estudo das formas de estabelecimento de vínculo com a família, por parte dos profissionais de saúde, focalizando o lugar sistêmico ocupado pelo profissional no processo de construção do sistema terapêutico, com foco na resistência das famílias em seguirem processos terapêuticos. Como o lugar do terapeuta e suas ações interagem com o lugar do sintoma na estrutura familiar?

Assim, concluímos nosso trabalho esperando ter respondido a nossos objetivos iniciais e pressupondo que a construção do conhecimento possibilite melhores formas de trabalho junto às pessoas que sofrem, através da melhora das nossas técnicas e da provocação à reflexão constante sobre aquilo que se faz na clínica em saúde mental, tendo a família como foco principal.

6 - Bibliografia

Andolfi, M. (1981). *A terapia familiar*. Lisboa: Veja.

Áries, P. (1981). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Guanabara.

Ackerman, N. (1971). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares: Psicodinamismos de la vida familiar*. Buenos Aires: Paidós.

Ausloos, G. (1995). *Las capacidades de la familia*. Barcelona: Herder.

Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bertalanffy, L. V. (1977). *Teoria Geral dos Sistemas*. Petrópolis. Vozes.

Bauer, M. W. (2002). Análise de Conteúdo Clássica: uma revisão. Em: Bauer, M.; Gaskell, G. (Ed.) *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Editora Vozes.

Bronowski, J. (1979). *A escalada do homem*. São Paulo/Brasília: Martins Fontes/Editora Universidade de Brasília.

Boszormenyi-Nagy, I. e Framo, J. L. (1976). *Terapia Familiar Intensiva Aspectos Teóricos y Prácticos*. México: Editorial Trillas.

Carreteiro, T. C. (2004). A doença como projeto: uma contribuição à análise de formas de afiliação e desafiliações sociais. Em: Sawaia, B. (org.) *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes.

Carter, K. e McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Carvalho, N. R. (2006). *Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos a partir de pacientes e familiares*. Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- Chaves, A. C. e Shirakawa, I. (1998). Escala das síndromes negativa e positiva – PANSS e seu uso no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Volume 25, Número 6. Novembro / Dezembro. São Paulo. Disponível na World Wide Web <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r256/psi256b.htm>
- Chen, E. (1999). *Early intervention in schizophrenia patients - rationale for its implementation and practice*. HKMJ, Vol. 5. No. 1
- Costa, I. I. (1999). *A família, a constituição do sujeito e o futuro da humanidade*. Anais do I Congresso Norte-Nordeste de Psicologia. Bahia. Disponível na World Wide Web <http://www.ufba.br/~conpsi/conpsi1999/F004.html>
- Costa, I. I. (2003). *Da fala ao sofrimento psíquico grave: Ensaios acerca da Linguagem Ordinária e a Clínica Familiar da Esquizofrenia*. Brasília: Abrafipp.
- Costa, I. I. (2006). *Intervenção precoce nas psicoses: uma proposta de promoção da saúde mental*. No prelo.
- Costa Silva, S. (2006). *Estrutura e dinâmica das relações familiares de uma comunidade ribeirinha da região amazônica*. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília.
- DeMaria, R; Weeks, G. e Hof, L. (1999). *Focused Genograms: Intergerational Assessment of Individuals, Couples, and Families*. New York: Brunner-Routledge.
- Deslandes, S; Assis, S. (2003). Abordagens Qualitativa e Quantitativa em Saúde: o diálogo das diferenças. Em: Minayo, M. C. de S.; Deslandes, S. (org.) *Caminhos do Pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Eaton, W. W. e cols. (1995). *Prodromes and precursors: Epidemiologic data for primary prevention of disorders with slow onset*. Am J Psychiatry 1995; 152:967-972.
- Elkaïm, M. (1998). *Panorama das Terapias Familiares*. São Paulo: Sumus.
- Feres-Carneiro, T. (1992). Família e Saúde Mental. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Vol. 8. Brasília.
- Framo, J. L. (1976). Fundamentos y técnicas de la terapia familiar intensiva. Em: Boszormenyi-Nagy, I; Framo, J. L. *Terapia Familiar Intensiva: Aspectos Teóricos y Prácticos*. México: Editorial Trillas.
- Gerson, R. e McGoldrick, M. (1995). Genetogramas e o Ciclo de Vida Familiar. Em: McGoldrick, M. e Carter, B. (org.) *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Keshavan, M. S. e Shooler, N. R. (1992). *First-Episode Studies in Schizophrenia: Criteria and Characterization*. Vol 18. No 3.
- Lopes, J. L. (2001). A psiquiatria na época de Freud: evolução do conceito de psicose em psiquiatria. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. [online]. mar. 2001, vol.23, no.1 [citado 16 Junho 2003], p.28-33. Disponível na World Wide Web: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000100007&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1516-4446.
- McGorry, P. D., Edwards, J. (2002). *Intervenção Precoce nas Psicoses*. São Paulo: Janssen-Cilag Farmacêutica.
- Miermont, J. (1994). *Dicionário das Terapias Familiares: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minayo, M. C. S. (2006). *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.

- Minuchin, S. (1990a). *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minuchin, S. (1990b). *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Moon, S. M. e Trepper, T. S. (1996). Case Study Research. Em: Sprenkle, D. H. e Moon, S. M. (Ed.) *Research Methods in Family Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10* Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organização Mundial da Saúde (2001). *Relatório Sobre a Saúde no Mundo 2001*. Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. Biblioteca da OMS.
- Organização Mundial da Saúde (2003). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília. Disponível na World Wide Web
<http://www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=62>
- Palazzoli, M. S; Cirillo, S. Selvini, M. e Sorrentino, A. M. (1998). *Jogos psicóticos na família*. São Paulo: Sumus.
- Passos, M. (2005). Nem tudo que muda, muda tudo: um estudo sobre as funções da família. Em: Feres- Carneiro (org.). *Família e Casal: efeitos da contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio.
- Ponciano, E. (2002). Família nuclear e terapia de família: conexões entre duas histórias. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Ano 2, No 2, Segundo semestre 2002. Rio de Janeiro: UERJ.

- Quintana, M. (1997). *Quintana de Bolso: rua dos cataventos & outros poemas*. Porto Alegre: L&PM pocket.
- Richardson, R. J. (1999). *Pesquisa Social: Métodos e Técnicas*. São Paulo: Atlas.
- Sluzki, C. E. (1997). *A Rede Social na Prática Sistêmica: Alternativas Terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Satir, V. (1976). *Terapia do grupo familiar: um guia para teoria e técnica*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora S. A.
- Silva, E. A. da (2007). *Dores dos cuida-dores em saúde mental: estudo exploratório das relações de (des) cuidado dos profissionais de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia-GO*. Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília.
- Vasconcelos, M. J. E. (1995). *Terapia Familiar Sistêmica: bases cibernéticas*. São Paulo: Editorial Psy.
- Winnicott, D. (1993). *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. (1996). *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes.
- Wright, L. M. e Leahey, M. (2005). *Nurses and Families: A guide to Family Assessment and Intervention*. Philadelphia: F. A. Davis Company.

ANEXOS

ANEXO 1

Descrição das codificações da CID-10

F 20-F 29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes

Este agrupamento reúne a esquizofrenia, a categoria mais importante deste grupo de transtornos, o transtorno esquizotípico e os transtornos delirantes persistentes e um grupo maior de transtornos psicóticos agudos e transitórios. Os transtornos esquizoafetivos foram mantidos nesta seção, ainda que sua natureza permaneça controversa.

Este agrupamento contém as seguintes categorias:

[F20 Esquizofrenia](#)

[F21 Transtorno esquizotípico](#)

[F22 Transtornos delirantes persistentes](#)

[F23 Transtornos psicóticos agudos e transitórios](#)

[F24 Transtorno delirante induzido](#)

[F25 Transtornos esquizoafetivos](#)

[F28 Outros transtornos psicóticos não-orgânicos](#)

[F29 Psicose não-orgânica não especificada](#)".

F20 Esquizofrenia

Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, idéias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos.

A evolução dos transtornos esquizofrênicos pode ser contínua, episódica com ocorrência de um déficit progressivo ou estável, ou comportar um ou vários episódios seguidos de uma remissão completa ou incompleta. Não se deve

fazer um diagnóstico de esquizofrenia quando o quadro clínico comporta sintomas depressivos ou maníacos no primeiro plano, a menos que se possa estabelecer sem equívoco que a ocorrência dos sintomas esquizofrênicos fosse anterior à dos transtornos afetivos. Além disto, não se deve fazer um diagnóstico de esquizofrenia quando existe uma doença cerebral manifesta, intoxicação por droga ou abstinência de droga. Os transtornos que se assemelham à esquizofrenia, mas que ocorrem no curso de uma epilepsia ou de outra afecção cerebral, devem ser codificados em [F06.2](#); os transtornos que se assemelham à esquizofrenia, mas que são induzidos por drogas psicoativas devem ser classificados em [F10-F19](#) com quarto caractere comum .5.

F20.0 Esquizofrenia paranóide

A esquizofrenia paranóide se caracteriza essencialmente pela presença de idéias delirantes relativamente estáveis, freqüentemente de perseguição, em geral acompanhadas de alucinações, particularmente auditivas e de perturbações das percepções. As perturbações do afeto, da vontade, da linguagem e os sintomas catatônicos, estão ausentes, ou são relativamente discretos.

Esquizofrenia parafrênica

Exclui:

estado paranóico de involução ([F22.8](#))

paranóia ([F22.0](#))

F32 Episódios depressivos

Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e freqüentemente idéias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos "somáticos", por exemplo perda de interesse ou prazer, despertar matinal

precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.

F 32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos

Episódio depressivo correspondente á descrição de um episódio depressivo grave ([F32.2](#)) mas acompanhado de alucinações, idéias delirantes, de uma lentidão psicomotora ou de estupor de uma gravidade tal que todas as atividades sociais normais tornam-se impossíveis; pode existir o risco de morrer por suicídio, de desidratação ou de desnutrição. As alucinações e os delírios podem não corresponder ao caráter dominante do distúrbio afetivo.

Episódios isolados de:

- depressão:
- major com sintomas psicóticos
- psicótica
- psicose depressiva:
- psicogênica
- reativa”

Fonte: CID-10

ANEXO 2

Termo de consentimento livre e esclarecido

Este documento se refere à sua participação informada, no processo de investigação e pesquisa no qual trabalhamos, e do qual você(s) estará(ão) aceitando ou não participar como sujeito(s) de pesquisa.

Esta pesquisa procura investigar a estrutura familiar na situação de sofrimento psíquico grave. É um estudo para realização do mestrado, feito por mim, Maria del Carmen Cárdenas Jansen, psicóloga, CRP 01-11034, sob orientação do Professor Dr. Ileno Izídio da Costa, da Universidade de Brasília.

Vocês participarão de entrevistas familiares e/ou individuais, atividades que serão por mim realizadas com você(s), acompanhada por um auxiliar de pesquisa estudante de psicologia, sendo nossos encontros registrados por escrito e/ou filmados. Estes procedimentos serão explicados e orientados sempre que necessário. É indispensável lembrar a importância de sua participação e a possibilidade de interromper esta a qualquer momento que assim você(s) desejar(em), desde que esta interrupção seja informada antecipadamente. A sua participação nesta pesquisa será composta por aproximadamente 5 (cinco) encontros com os pesquisadores.

A participação nesta pesquisa será importante para seu acompanhamento terapêutico e ainda para o desenvolvimento de formas de tratamento mais eficientes. As questões que surgirem no decorrer deste estudo, assim como o material de devolução dos resultados, poderão ser encaminhados para orientação de seu acompanhamento terapêutico nas unidades de saúde onde vocês já estão sendo assistidos.

Todas as informações relativas à pesquisa e aos atendimentos serão trabalhadas sob sigilo ético, sendo que os nomes serão modificados e qualquer possibilidade de identificação pessoal de vocês será preservada na divulgação dos resultados da pesquisa. Os dados da pesquisa serão parte de meu trabalho de dissertação de mestrado, sendo assim divulgados no meio científico.

Cada pessoa da família receberá um documento como este para preenchimento e *só participar da pesquisa aqueles que estiverem de acordo com as informações aqui fornecidas, através da assinatura deste documento,*

sendo necessário, para que a participação de vocês aconteça, que todos da família concordem e estejam presentes em todos os encontros familiares.

Sendo assim, estando informados e esclarecidos sobre o procedimento de coleta de dados do qual estarão participando; assinando este termo de consentimento livre esclarecido regulamentado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e Princípios Éticos Internacionais para participação em Pesquisa, atestando sua intenção de participação neste projeto e no caso de ser o responsável legal por algum menor ou alguém incapacitado legalmente de assumir tal tipo de decisão, estarão declarando sua intenção de participação no processo de pesquisa acima descrito. Obrigada por sua colaboração!

Eu _____, CPF _____
Idade _____, declaro estar de acordo com a minha participação nesta pesquisa,
e no caso de ser responsável por _____
meu _____ (grau de parentesco ou relação) CPF _____
Idade _____ também pela sua participação, estando este informado e de
acordo com tal decisão.

Endereço completo _____

Telefone para contato _____

Assinatura

Assinatura do menor ou pessoa pela qual a acima se responsabiliza legalmente

Maria del Carmen Cárdenas Jansen

Pesquisadora

Contatos com a responsável: Psicóloga Maria del Carmen Cárdenas Jansen
Tel. 81518715 CRP: 01-11034.

Contatos com o Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa, a ser realizado pelo tel. do
CAEP (Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos – IP – UnB).

Telefone (s) Institucional (ais): CAEP – 307.2625 Ramal 614 – 273.8894.

Telefone do Conselho de Ética em Pesquisa/ SES/DF – 3325-4955.

Brasília DF __/__/2007.

ANEXO 3
Entrevista familiar baseada no CFAM

Entrevistador: Maria del Carmen

Auxiliar: _____

Local: _____

Data: ___/___/___ Hora de início/fim: _____/_____.

Forma de Registro: _____

Obs: _____

Presentes:

Estrutura Interna:

Composição familiar:

1. Quem vocês consideram como sendo da família?
2. Por quê?
3. Estão todos presentes aqui? Se não, por quê?
4. Todos residem na mesma casa?
5. Como é quando alguém nasce ou morre nesta família?

Gênero:

1. Como é ser homem ou mulher nesta família?
2. As mulheres devem: (ex: fazer tais coisas, não fazer tais coisas).
3. Os homens devem: (ex: fazer tais coisas, não fazer tais coisas).
4. As mulheres não devem:
5. Os homens devem:
6. Há nesta família alguém que exerça tarefas de homens sendo mulher ou vice-versa? Quem? Como?

Obs: observar neste item as tarefas e atribuições de cada gênero na família.

Orientação Sexual:

1. Como é, nesta família, o início de relacionamentos afetivos com outras pessoas? (início de namoros, amizades coloridas, "casos", etc.).
2. Algum de vocês é separado; já viveu outros casamentos? Como é o término destes relacionamentos?
3. Quais são os passos que devem ser seguidos para que um casal seja considerado "casado"?
4. Há alguém homossexual, bissexual ou transgênero nesta família?
5. Se há, como foi o processo de identificação e de compreensão pela opção sexual desta pessoa pelos outros membros da família?

6. Se não, como seria identificar esta opção por parte de algum membro familiar?

Ordem de posição:

1. Quais as idades de vocês?
2. Quantos filhos vocês têm?
3. Algum filho já morreu?
4. Algum aborto aconteceu nesta família?

Subsistemas:

1. Algumas famílias têm subgrupos especiais; por exemplo, a mulher faz certas coisas enquanto o homem faz outras. Existem diferentes subgrupos em sua família?
2. Caso houver, quais efeitos estes têm no nível de estresse de sua família?
3. Quem costuma conversar sobre os problemas da família ou um de seus membros? Enquanto essas conversas acontecem, o que as outras pessoas costumam fazer?
4. Qual o subgrupo mais afetado pelo sofrimento psíquico grave de _____ (nome do paciente identificado)?
5. Quem reúne a família para conversas importantes? Como? Sempre foi essa pessoa?
6. Como as relações de vocês mudaram depois do diagnóstico de _____?
7. O casal tem tempo para estar sozinho e não estar resolvendo questões familiares? Quando e com qual frequência?
8. Como foi para os irmãos, saber do diagnóstico de _____?
9. Quando há problemas na família que nem todos podem saber, quem fica sabendo e quem os resolve?

Fronteiras:

1. O que vocês vêm de mais diferente entre sua família e as demais com as quais vocês têm contato?
2. Como vocês se organizam em pequenos grupos dentro da família?, Quem é parte desses subgrupos?
3. É fácil perceber quem é de cada grupo?
4. Com quem você conversa quando se sente triste? E feliz? (perguntar ao cuidador identificado e ao paciente identificado)?
5. Há alguém em sua família contrário a suas conversas com alguém?
6. Quem seria mais a favor de suas conversas com aquela pessoa?

Funções expressas

Comunicação emocional:

1. Quem na família tende a iniciar as conversas sobre sentimentos?
2. Como vocês poderiam saber e/ou contar que seu pai está se sentindo feliz? Nervoso? Triste? E sua mãe?
3. Qual o efeito que sua raiva tem com relação a seus filhos?
4. O que sua mãe faz quando seu pai está nervoso?
5. Se sua avó se mostrasse triste a seus pais, como você acha que seus pais agiriam?

6. Como vocês agem quando o _____ está nervoso? E triste? E feliz?

Comunicação verbal:

1. Quem dos seus familiares é o mais claro e direto ao comunicar-se de forma falada?
2. Quando você tem coisas difíceis ou chatas para conversar, como sua família reage?
3. Vocês conseguem identificar quando alguém diz algo que não é direcionado exatamente para quem está escutando? Como?
4. Quando isso acontece, normalmente quem o faz?

Comunicação não-verbal:

Observar

1. Posição corporal
2. Contato do olhar
3. Toque
4. Gestos
5. Proximidade ou afastamento entre pessoas
6. Tom de voz
7. Choro
8. Sons internos
9. Gagueiras

10. Quem nesta família demonstra mais preocupação quando alguém está com problemas? Como isso é visto na família?

11. Quem tem mais facilidade de demonstrar sentimentos nesta família, sem necessariamente falar? Como isso acontece?

RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS:

Identificação dos problemas:

1. Quem nesta família identifica quando há problemas? É alguém da família ou alguma outra pessoa de fora?
2. Vocês poderiam me dar um exemplo de problema identificado como emocional por vocês?
3. É um problema de ordem prática?

Padrões de resolução de problemas:

4. Quando vocês identificam um problema de alguém da família, como vocês agem?
5. Quando o problema é da família como um todo, como vocês resolvem? Quem normalmente toma a frente?

Funções e papéis:

1. Quais as obrigações de cada um na família? (como por exemplo limpar a casa, comprar comida, acompanhar o dever de casa das crianças, etc)?

2. Quem cuida de quem na família?

Influência:

1. Como vocês fazem para conseguir alguma coisa com seus pais?
2. Como seus pais fazem para conseguir que os filhos os obedçam?
3. Quando seu irmão quer um favor seu, como ele faz para conseguir que você o atenda?
4. Quando alguém na família realiza algo desejado por todos, como isso é visto na família?
5. Como alguma coisa não bem aceita pela família acontece, como isso é punido?

Controle corporal:

1. Quem é mais carinhoso nesta família?
2. Quem é o mais nervoso?
3. Como essas emoções são demonstradas corporalmente por vocês (abraços, tapas, beijos, etc)?

CRENÇAS

1. Como as crenças da família influenciam na procura por tratamento médico?
2. Qual a religião de vocês?
3. Como é a escolha por seguir essa religião na família?(Há escolha? Alguém não tem a mesma religião?)
4. Como o sofrimento de _____ é compreendido por vocês, segundo o que vocês acreditam?
5. Como vocês acreditam que as pessoas devem ser e se comportar e como isso influencia na criação das crianças nesta família, ou na escolha por parceiros?

ALIANÇAS E COALIZÕES

Relações trianguladas:

1. Quando duas pessoas na família não estão conseguindo se comunicar bem, quem interfere?
2. Esta pessoa é chamada por alguém envolvido na questão de forma direta ou ela já entra no conflito de forma natural?
3. Como você (pessoa que se envolve no conflito como 3º) resolve a questão ou escolhe de que lado ficar?
4. Quando está tudo bem no grupo reunido de algumas pessoas na família, quem tende a começar uma briga ou discussão?

FUNCIONAMENTO INSTRUMENTAL

1. Quem normalmente cozinha, faz as refeições, cuida da casa? Quem ajuda?
2. Quem cuida de _____ quando este está em casa e não se sente bem?

DIMENSÃO FUNCIONAL

Instrumental: (vista acima)

Expressiva:

1. Quem normalmente percebe se as pessoas na família estão felizes ou tristes? Como esta pessoa reage?

2. Como são comunicados acontecimentos difíceis na família (ex: quando alguém morre, fica doente, vai embora, etc.)

DIMENSÃO DO DESENVOLVIMENTO

*Fazer a linha da vida familiar

Verificar fatores:

- Nascimentos
- Crescimento e criação dos filhos
- Saída de casa dos filhos
- Aposentadoria
- Morte.

Obs.: Separações, casamentos e fatores citados pela família como o surgimento do sofrimento psíquico grave devem ser aqui destacados!

CONTEXTO

Fatores étnico-culturais:

1. De onde é sua família? Vocês mantêm costumes da região de onde vocês vêm, tais como festas, comidas, músicas ou outras tradições?
2. Estas tradições influenciam na forma de cuidar da saúde, criar os filhos, etc.?

Raça:

1. Vocês se identificam como sendo de alguma raça em particular?
2. É diferente essa raça, de alguma outra, com a qual vocês convivem? Como vocês percebem essas diferenças?
3. Vocês consideram que são de uma raça diferente da minha?
4. Se sim, nossa conversa seria diferente se fossemos da mesma raça?

Classe social

1. Qual seu trabalho ou ocupação e quantas horas você trabalha por semana?
2. Qual o nível de escolaridade dos membros de sua família?
3. Você considera que sua família passa por problemas financeiros neste momento?
4. Como sua situação financeira influencia no uso de recursos de cuidado à saúde?

Religião:

1. Vocês se consideram membros de algum grupo religioso em particular?
2. Se você tivesse algum problema de família, você falaria com alguém de sua igreja?
3. Você acha que suas crenças religiosas ou espirituais modelam ou influenciam a forma como você leva sua vida ou lida com problemas?
4. A sua igreja influencia a forma como sua família lida com cuidados de saúde ou a socialização da família?

Ambiente:

Verificar com a família:

- Adequação de espaço e privacidade
- Acessibilidade à escolas

- Acessibilidade a cuidados diários
 - Acessibilidade a recreação
 - Acessibilidade a transporte público
 - Acessibilidade ao trabalho ou à lojas
1. Você considera o espaço onde você vive adequado em termos de localização e tamanho?
 2. O que você vê como vantagens ou desvantagens no bairro ou na vizinhança onde você vive?
 3. Quais são os serviços comunitários dos quais sua família faz uso?

Estrutura externa (rede social e família extensa)

Família extensa:

1. Onde seus parentes vivem? Quão freqüentemente vocês têm contato?
2. Quais parentes você encontra ou conversa com relativa freqüência?
3. Você tem parentes com os quais você costuma passar feriados, férias ou eventos importantes? Isso pode ser considerada uma fonte de desentendimentos?
4. Quando alguém na família casa, passa a ser considerado da família extensa ou ainda faz parte da família imediata?
5. Existe alguma pessoa próxima, externa à família formal, que vocês consideram como sendo da família? Qual é o tipo de relação com essa pessoa?

Sistemas maiores:

- Trabalho
- Escola
- Igreja
- Hospital ou Centro de Saúde

Verificar como se relacionam com as pessoas de tais instituições, qual a importância delas e fatores interligados ao funcionamento do sistema familiar.

Verificar também o tempo de contato com elas e a forma como este se deu inicialmente.

1. Quais agências profissionais estão envolvidas com sua família (se houver)?
2. Quais de seus familiares estão ligados a organizações comunitárias, religiosas ou de interesse especial? Quais são os grupos dos quais cada um faz parte?
3. Quais são os tipos de contato que os membros da família têm com os sistemas escolares?
4. E com o sistema de saúde?
5. Vocês sentem falta de algum grupo, centro de saúde ou instituição do tipo, que esteja mais próxima de vocês?
6. Se vocês pudessem, como seria a instituição de saúde mental ideal para trabalhar com a sua família?

7. Vocês já ouviram falar em CAPS ou hospital dia? Tem algum trabalho realizado pela instituição que assiste ao _____ (paciente identificado) junto a vocês? Como é feito o trabalho lá?

ANEXO 4

ESCALA DAS SÍNDROMES POSITIVA E NEGATIVA – PANSS

Instruções: Circule o grau apropriado para cada dimensão após determinada entrevista clínica. Remeta-se ao manual de avaliação para os itens definição, descrição pontos de ancoragem e o procedimento de contagem. 1= ausente, 2= mínimo, 3= leve, 4= moderado, 5= moderadamente grave, 6= grave, 7= extremamente grave.

Escala Positiva

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| P1 - Delírios..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| P2 – Desorganização conceitual | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| P3 – Comportamento alucinatório..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| P4 – Excitação | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| P5 – Grandeza..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| P6 – Desconfiança | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| P7 – Hostilidade..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Escore escala positiva | | | | | | | |
| Números de sintomas avaliados > 3..... | | | | | | | |

Escala Negativa

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| N1 Afetividade embotada..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| N2 – Retraimento emocional..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| N3 – Contato pobre..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| N4 – Retraimento social passivo / apático..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| N5 – Dificuldade pensamento abstrato..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| N6 – Falta de espontaneidade e fluência..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| N7 – Pensamento estereotipado..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Escore escala negativa..... | | | | | | | |
| Números de sintomas avaliados > 3 | | | | | | | |

Escala de Psicopatologia Geral

| | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| G1 – Preocupação somática..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| G2 – Ansiedade..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| G3 – Culpa..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| G4 – Tensão..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| G5 – Maneirismo / postura..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| G6 – Depressão..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| G7 – Retardo motor..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| G8 – Falta de cooperação..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| G9 – Conteúdo incomum pensamento..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| G10 – Desorientação..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| G11 – Déficit atenção..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| G12 – Juízo e crítica..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| G13 – Distúrbio volição..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| G14 – Mau controle impulso..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| G15 - Preocupação..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| G16 – Esquiva social ativa..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Escala de Psicopatologia Geral..... | | | | | | | |

Tipo Sintomatológico:

- 1 – Positivo (3 ou mais sintomas com o escore > ou = 4 na escala positiva e menos de 3 sintomas com escore > ou = 4 na escala negativa);
- 2 – Negativo (3 ou mais sintomas com o escore > ou = 4 na escala negativa e menos de 3 sintomas com escore > ou = 4 na escala positiva);
- 3 – Misto (3 ou mais sintomas com escore > ou = 4 em ambas as escalas);
- 4 – Nenhum Tipo (quando não se aplicam os critérios anteriores)

ESCALA POSITIVA (P)

P1 – Delírios: Crenças que são infundadas, irreais e idiossincráticas. Bases para avaliação: conteúdo do pensamento expressado na entrevista e sua influência nas relações sociais e no comportamento.

- 1 – Ausente - Definição não aplicável.
- 2 – Mínimo - Patologia questionável: pode estar no limite superior da normalidade.
- 3 – Leve - Presença de um ou dois delírios que são vagos, não cristalizados, e não mantidos de forma obstinada. Os delírios não interferem no pensamento, nas relações sociais ou no comportamento.
- 4 – Moderado - Presença ou de um arranjo mutável de delírios, mal sistematizados, instáveis ou de poucos delírios bem formados que interferem ocasionalmente no pensamento, nas relações sociais, ou no comportamento.
- 5 – Moderadamente grave - Presença de numerosos delírios bem formados que são mantidos de forma obstinada e ocasionalmente interferem no pensamento, nas relações sociais ou no comportamento.
- 6 – Grave - Presença de um conjunto de delírios estáveis que são cristalizados, possivelmente sistematizados, mantidos de forma obstinada, e interferem claramente no pensamento, relações sociais e o comportamento.
- 7 – Extremo - Presença de um conjunto de delírios estáveis que são altamente sistematizados ou muito numerosos, e que dominam a maioria dos aspectos da vida do paciente. Isto frequentemente resulta em comportamentos inadequados e irresponsáveis que pode ameaçar a segurança do paciente ou de outros.

P2 – Desorganização Conceitual: Processo desorganizado do pensamento, caracterizado pela ruptura da sequência orientada em direção a um objetivo, por exemplo, circunstancialidade, tangencialidade, associações frouxas, pensamento sem sequência, altamente ilógica, ou bloqueio do pensamento. Bases para quantificação: processos cognitivo-verbais observado durante o curso da entrevista.

- 1 – Ausente- Definição não aplicável.
- 2 – Mínimo- Patologia questionável: pode estar no limite superior da normalidade
- 3 – Leve- O pensamento é circunstancial, tangencial ou paralogico. Há alguma dificuldade em orientar os pensamentos em direção a um objetivo, e algum comprometimento das associações podem ser evidenciados quando sob pressão.
- 4 – Moderado- O paciente é capaz de organizar o pensamento quando as comunicações são breves e estruturadas, mas os pensamentos se tornam vagos ou irrelevantes quando o mesmo está lidando com comunicações mais complexas ou quando se encontra sob pressão, ainda que mínima.
- 5 – Moderadamente grave- Geralmente tem dificuldade na organização dos pensamentos, como evidenciado por dados irrelevantes, falta de conexões, ou perda das associações frequentes, mesmo quando não está sob pressão.
- 6 – Grave- O pensamento está seriamente desagregado e internamente inconsistente, resultando em dados francamente irrelevantes e desorganização dos processos do pensamento, que ocorre quase constantemente.
- 7 – Extremo- Os pensamentos estão desorganizados até ponto onde o paciente se torna incoerente. Há acentuada perda das associações que resultam na falência da comunicação, por exemplo, “salada de palavras” ou mutismo.

P3 – Comportamento Alucinatório: O relato verbal ou comportamento mostram percepções que não são geradas por estímulos externos.

Essas podem ocorrer nas esferas auditivas, visuais, olfatórias ou somáticas. Bases para avaliação: Relato verbal e manifestações físicas durante o curso da entrevista, bem como relatos de comportamento pelos familiares ou enfermagem.

1 – Ausente- Definição não aplicável.

2 – Mínimo- Patologia questionável: pode estar no limite superior da normalidade.

3 – Leve - Uma ou duas alucinações claramente formadas, mas raras ou mesmo várias percepções anormais vagas que não resultam em distorções do pensamento ou comportamento.

4 – Moderado - As alucinações ocorrem frequentemente mas não de maneira contínua, e o pensamento e o comportamento do paciente são só levemente afetados.

5 – Moderadamente grave - As alucinações são frequentes, podem envolver mais do que uma modalidade sensorial, e tendem a distorcer o pensamento e/ou desorganizar o comportamento. O paciente pode Ter uma interpretação delirante destas experiências e reagir à elas emocionalmente e, às vezes também verbalmente.

6 – Grave - As alucinações estão presentes quase que continuamente, causando desorganização importante no pensamento e no comportamento. O paciente as considera percepções reais e o seu funcionamento é prejudicado pro frequentes respostas verbais e emocionais dadas a essas percepções.

7 – Extremo - O paciente está quase totalmente preocupado com as alucinações que realmente dominam o pensamento e o comportamento. As alucinações têm interpretações delirantes rígidas e provocam respostas verbais e comportamentais, incluindo obediência às ordens alucinatórias.

P4 – Excitação: Hiperatividade que se reflete em um comportamento motor acelerado, aumento da resposta aumentada aos estímulos, hipervigilância ou labilidade do humor excessiva. Bases para avaliação: manifestações comportamentais durante o curso da entrevista, bem como relatos sobre o comportamento pela enfermagem ou familiares.

1 – Ausente- Definição não aplicável.

2 – Mínimo - Patologia questionável: pode estar no limite superior da normalidade.

3 – Leve - Tende a estar levemente agitado, hipervigilante, ou em estado de alerta levemente aumentado durante a entrevista, mas sem distintos episódios de excitação ou acentuada labilidade de humor. O discurso pode estar levemente acelerado.

4 – Moderado - Agitação ou estado de alerta aumentado se mostram na entrevista de forma evidente, afetando o discurso e psicomotricidade geral, ou acessos episódicos ocorrem esporadicamente.

5 – Moderadamente grave - Hiperatividade significativa ou acessos frequentes de atividade motora são observados, tornando difícil para o paciente permanecer sentado por mais que alguns minutos ao logo do tempo.

6 – Grave - Acentuada excitação domina a entrevista, restringe a atenção e em algum grau afeta as funções pessoais como comer e dormir.

7 – Extremo- Acentuada excitação interfere seriamente no ato de comer e dormir e torna as interações interpessoais realmente impossíveis. Aceleração do discurso e atividade motora podem resultar em incoerência e exaustão.

P5 – Grandiosidade: Opinião própria exagerada e convicções irreais de superioridade, incluindo delírios de capacidades extraordinárias, riqueza, conhecimento, fama, poder e moralidade. Bases para avaliação: Conteúdo do pensamento expresso na entrevista e sua influência no comportamento.

1 – Ausente - Definição não aplicável.

2 – Mínimo- Patologia questionável: pode estar no limite superior da normalidade.

3 – Leve - Alguma expansividade ou aumento da auto-estima são evidentes, mas sem delírios, mas sem delírios claramente delineados.

4 – Moderado - Sente-se claramente superior sem base na realidade. Podem estar presentes alguns delírios pobremente estruturados acerca de um estado ou de uma capacidade especial mas não age de acordo com eles.

5 – Moderadamente grave - O paciente expressa delírios claramente delineados relacionados a capacidades notáveis, status, de poder influenciam suas atitudes mas não o comportamento.

6 – Grave: O paciente expressa delírios claramente delineados de notável superioridade envolvendo mais que um parâmetro (riqueza, conhecimento, fama, etc...) que influenciam consideravelmente as interações e podem levar o paciente a agir de acordo com eles.

7 – Extremo - Delírios múltiplos de capacidades extraordinárias, riqueza, conhecimento, fama, poder e/ou valor moral, que podem tomar uma qualidade bizarra, dominam o pensamento, as interações e o comportamento.

P6 – Desconfiança/Perseguição: Idéias de perseguição irrealis ou exageradas, como observadas em atitudes de defesa e desconfiança, de hipervigilância suspeitosa, ou francos delírios de que os outros desejam prejudicá-lo. Bases para avaliação: conteúdo do pensamento expresso na entrevista e sua influência no comportamento.

1 – Ausente – Definição não aplicável.

2 – Mínimo – Patologia questionável: pode estar no limite superior da normalidade.

3 – Leve – Presença de atitude de defesa ou mesmo claramente desconfiada, mas os pensamentos, interações e o comportamento estão apenas levemente afetados.

4 – Moderado – A desconfiança é evidente e interfere na entrevista e/ou comportamento, mas não há evidência de delírios persecutórios. Por outro lado, pode haver indicação de delírios persecutórios frouxamente estruturados, mas isso não parece alterar a atitude ou relações interpessoais do paciente.

5 – Moderadamente grave – O paciente mostra acentuada desconfiança, o que leva a distúrbios importantes das relações interpessoais, ou então há delírios persecutórios claramente delineados que tem impacto limitado nas relações interpessoais e no comportamento.

6 – Grave – Delírios de perseguição bem delineados e difusos, que podem ser sistematizados e interferem significativamente nas relações interpessoais.

7 – Extremo – Uma trama de delírios persecutórios sistematizados dominam o pensamento, as relações sociais e o comportamento do paciente.

P7 – Hostilidade – Expressões verbais e não verbais de raiva e ressentimento, incluindo sarcasmo, comportamento passivo-agressivo, ofensa verbal e agressividade. Bases para avaliação: comportamento interpessoal observado durante a entrevista e relatos das enfermagens ou familiares.

1 – Ausente – Definição não aplicável

2 – Mínimo – Patologia questionável: pode estar no limite superior da normalidade.

3 – Leve – Comunicação de raiva indireta ou refreada, tais como: sarcasmo, desrespeito, expressões hostis e irritabilidade ocasional.

4 – Moderado – O paciente apresenta uma atitude claramente hostil, mostrando frequente irritabilidade e expressões diretas de raiva e ressentimento.

5 – Moderadamente grave – O paciente está altamente irritável e por vezes se torna verbalmente agressivo ou ameaçador.

6 – Grave – A falta de cooperação e as ofensas verbais ou ameaças influenciam notavelmente a entrevista e causam um impacto importante nas relações sociais. O paciente pode estar violento e destrutivo, mas não está fisicamente agressivo com os outros.

7 – Extremo – A raiva acentuada resulta em extrema falta de cooperação, impedindo interações com os outros, ou resulta em episódios de agressividade física.

ESCALA NEGATIVA

N1 – Embotamento Afetivo: Responsividade emocional diminuída, caracterizada por redução da expressão facial, da modulação dos afetos, e dos gestos comunicativos. Bases para avaliação: observação das manifestações físicas, do tônus afetivo e responsividade emocional durante o curso da entrevista.

- 1 – Ausente – Definição não aplicável.
- 2 – Mínimo – Patologia questionável: pode ser o limite superior da normalidade.
- 3 – Leve – As mudanças na expressão facial e nos gestos comunicativos parecem ser formais, forçados, artificiais, ou carentes em modulação.
- 4 – Moderado – Redução da expressão facial e poucos gestos expressivos resultam em aparência monótona.
- 5 – Moderadamente grave – O afeto está geralmente embotado, somente com mudanças ocasionais na expressão facial e uma escassez de gestos comunicativos.
- 6 – Grave – O paciente apresenta na maior parte do tempo, acentuado embotamento e deficiência de emoções. Pode haver uma extrema descarga afetiva extrema sem modulação, tais como: excitação, furor ou risos inapropriados e desencontrados.
- 7 – Extremo – As mudanças na expressão facial e evidências de gestos de comunicativos estão virtualmente ausentes. O paciente parece mostrar constantemente uma expressão vazia ou “petrificada”.

N2 – Retraimento Emocional: Falta de interesse de envolvimento e compromisso afetivo com os eventos da vida. Bases para avaliação: relatos de funcionamento pela enfermagem e familiares e observação do comportamento interpessoal durante a entrevista.

- 1 – Ausente – Definição não aplicável.
- 2 – Mínimo – Patologia questionável: pode estar no limite superior da normalidade.
- 3 – Leve – Usualmente falta iniciativa e ocasionalmente pode apresentar algum interesse em eventos que o cercam.
- 4 – Moderado – Geralmente o paciente está distanciado emocionalmente do seu ambiente e dos seus desafios, mas com encorajamento, pode se envolver.
- 5 – Moderadamente grave – O paciente está claramente isolado emocionalmente de pessoas e de eventos do ambiente, resistente a todos os esforços de envolvimento. O paciente parece distante, passivo e sem propósito, mas pode se estabelecer comunicação com ele pelo menos breve espaço de tempo e o mesmo é capaz de cuidar de suas necessidades pessoais algumas vezes com assistência.
- 6 – Grave – A falta acentuada de interesse e envolvimento emocional resulta em limitação da comunicação com outros e frequentes negligências das funções pessoais, para as quais o paciente requer supervisão.
- 7 – Extremo – O paciente está quase totalmente isolado, incomunicável e negligente em relação às necessidades pessoais como resultado da profunda falta de interesse e envolvimento emocional.

N3 – Contato Pobre: Falta de empatia interpessoal, espontaneidade na conversação e senso de proximidade, de interesse ou envolvimento com o entrevistador. Isto é evidenciado pelo distanciamento interpessoal e pela reduzida comunicação verbal e não verbal. Bases para avaliação: comportamento interpessoal durante a entrevista.

- 1 – Ausente - Definição não aplicável.
- 2 – Mínimo - Patologia questionável: pode estar no limite superior da normalidade.
- 3 – Leve - A Conversação está caracterizada pelo tom afetado, forçado ou artificial. Pode ser destituído de profundidade emocional ou tender a permanecer num plano impessoal e intelectual.
- 4 – Moderado – O paciente tipicamente está indiferente, mantendo um distanciamento interpessoal bastante evidente. Pode responder questões mecanicamente, agir com enfado ou expressar desinteresse.
- 5 – Moderadamente grave – A falta de envolvimento é óbvia e claramente impede a produtividade da entrevista. Pode haver tendência do paciente evitar o contato visual ou facial.
- 6 - Grave – O paciente está muito indiferente, com acentuado distanciamento interpessoal. As respostas são superficiais e há pouca evidência de envolvimento através de manifestações não verbais. Os contatos visuais e faciais são frequentemente evitados.

7 – Extremo – O paciente encontra-se totalmente alheio em relação ao entrevistador. O paciente parece estar completamente indiferente e sistematicamente evita interações verbais e não verbais durante a entrevista.

N4 – Retraimento Social Passivo/Apático: O interesse e a iniciativa nas intenções sociais estão diminuídos devido à passividade, apatia, falta de energia ou abulia. Isso leva a uma redução dos envolvimento interpessoais e negligência das atividades da vida diária. Bases para avaliação: Relatos sobre o comportamento social por familiares ou pela enfermagem.

1 – Ausente – Definição não aplicável.

2 – Mínimo – Patologia questionável: pode estar no limite superior da normalidade.

3 – Leve- O paciente apresenta interesse ocasional em atividades sociais, mas com pouca iniciativa. Habitualmente envolve-se com os outros apenas quando esses o procuram.

4 – Moderado – O paciente participa passivamente na maioria das atividades sociais, mas de uma maneira desinteressada ou mecânica. Tende a retroceder ao seu isolamento.

5 – Moderadamente grave – O paciente participa passivamente apenas em uma minoria de atividades e virtualmente não demonstra nenhum interesse ou iniciativa. Geralmente permanece pouco tempo com os outros.

6- Grave – O paciente tende a ser apático e isolado, muito raramente participa das atividades sociais e ocasionalmente negligencia necessidades pessoais. Tem poucos contatos sociais espontâneos.

7 – Extremo – O paciente está profundamente apático, isolado socialmente e negligente em relação à sua pessoa.

N5 – Dificuldade no Pensamento Abstrato – Prejuízo no uso do pensamento abstrato-simbólico, conforme se evidencia pelas dificuldades em classificar, formular generalizações e em resolver problemas por se limitar ao pensamento concreto ou egocêntrico. Bases para avaliação: respostas a perguntas sobre similaridades e interpretações de provérbios, e uso das abordagens concretas versus abstratas durante a entrevista.

1 – Ausente – Definição não aplicável.

2 – Mínimo – Patologia não questionável: pode estar no limite superior da normalidade.

3 – Leve – O paciente tende a dar interpretações literais ou personalizadas aos provérbios mais difíceis e pode ter alguns problemas com conceitos que são razoavelmente abstratos ou remotamente relacionados.

4 – Moderação – O paciente frequentemente se utiliza uma abordagem concreta. Tem dificuldade com a maioria dos provérbios e com algumas classificações. Tende a voltar sua atenção para aspectos funcionais e para características mais proeminentes.

5 – Moderadamente grave – O paciente utiliza-se primariamente de uma abordagem concreta, mostrando dificuldade com a maioria dos provérbios e muitas classificações.

6 – Grave – O paciente é incapaz de compreender o significado abstrato de quaisquer provérbios ou expressões figurativas e só poder formular classificações para apenas similaridades mais simples. O pensamento é vazio ou preso a aspectos funcionais, características proeminentes e interpretações fotossincráticas.

7 - Extremo – O paciente só consegue se utilizar de abordagens concretas de pensamento. Não demonstra nenhuma compreensão de provérbios, metáforas comuns ou semelhanças comuns, e como uma base para classificação. Essa avaliação pode ser aplicada para aqueles que não conseguem interagir, mesmo de forma mínima com o examinador devido a um prejuízo cognitivo importante.

N6 – Falta de espontaneidade na Fluência da Conversação: Redução da fluência normal da comunicação associada com apatia, abulia, atitude defensiva, ou déficit cognitivo. Isso se manifesta pela diminuição da fluidez e produtividade do processo de

interação verbal. Bases para avaliação: processos cognitivos verbais observados durante a entrevista.

1 – Ausente – Definição não aplicável.

2 - Mínimo – Patologia questionável: pode ser o limite superior da normalidade.

3 – Leve – O paciente mostra pouca iniciativa na conversação. Suas respostas tendem a ser curtas e não elaboradas, exigindo perguntas diretas por parte do entrevistador.

4 – Moderado – A conversação carece de fluência e se apresenta irregular ou com interrupções. Frequentemente são necessárias perguntas diretas para provocar respostas adequadas e dar sequência à conversação.

5 – Moderadamente grave – O paciente apresenta uma falta acentuada de espontaneidade e se mostra fechado, respondendo às questões do entrevistador apenas com uma ou duas sentenças curtas.

6 – Grave – As respostas do paciente limitam-se principalmente à umas poucas palavras ou frases curtas, com a intenção de evitar ou reduzir a comunicação (por exemplo: “Eu não sei”, “Eu não tenho liberdade para dizer”). Como resultado a conversação é seriamente prejudicada e a entrevista é altamente improdutiva.

7 – Extremo – A manifestação verbal restringe-se a no máximo expressões ocasionais, tornando a conversação impossível.

N7 – Pensamento Estereotipado – Diminuição da fluência, espontaneidade e flexibilidade do pensamento, como se evidencia no conteúdo do pensamento rígido, repetitivo ou vazio. Bases para avaliação: processos cognitivos verbais observados durante a entrevista.

1 – Ausente – Definição não aplicável.

2 - Mínimo – Patologia questionável: pode estar no limite superior da normalidade.

3 – Leve – O paciente demonstra alguma rigidez em atitudes ou crenças. Pode se recusar a considerar posições alternativas ou tem dificuldade em mudar de uma idéia para outra.

4 – Moderado – A conversação gira em torno de um tema recorrente, resultando na dificuldade em mudar para um novo assunto.

5 – Moderadamente grave – O pensamento é rígido e repetitivo até o ponto que apesar dos esforços do entrevistador a conversação é limitada somente a dois ou três assuntos dominantes.

6 - Grave – Repetição incontrolada de necessidades, afirmações, idéias ou perguntas que prejudicam a conversação de forma intensa.

7 - Extremo – O pensamento, o comportamento e a conversação são dominados pela repetição constante de idéias fixas ou frases limitadas, levando a uma intensa rigidez, inadequação e restrição da comunicação do paciente.

ESCALA DE PSICOPATOLOGIA GERAL

G1 – Preocupação Somática: Queixas físicas ou crenças à respeito de doenças ou mau funcionamento do corpo. Isso pode variar de uma sensação vaga de mal-estar a delírios bem definidos de doença física catastrófica. Bases para avaliação: conteúdo do pensamento manifestado durante a entrevista.

1 – Ausente – Definição não aplicável.

2 - Mínimo – Patologia questionável: pode estar no limite superior da normalidade.

3 – Leve – O paciente demonstra preocupações cm temas de saúde ou somáticos, como se evidencia por perguntas ocasionais e desejo de ser reassegurado.

4 – Moderado – Queixa-se de pouca saúde e mau funcionamento corporal, mas não há convicção delirante, e essas preocupações exageradas podem ser aliviadas por reasseguramento.

5 – Moderadamente grave – O paciente expressa queixas numerosas ou frequentes sobre doenças físicas ou mau funcionamento corporal, ou então revela um ou dois delírios bem definidos envolvendo esses temas mas não se preocupa com eles.

6 - Grave – O paciente está preocupado com um ou alguns delírios bem definidos de doenças físicas ou mau funcionamento do organismo, mas o afeto não está completamente imerso nesses temas, e os pensamentos podem ser desviados pelo entrevistador com algum esforço.

7 – Extremo – O paciente relata delírios somáticos numerosos e frequentes ou apenas alguns delírios somáticos de natureza catastrófica que dominam completamente o afeto e o pensamento do paciente.

G2 – Ansiedade – Experiência subjetiva de nervosismo, preocupação, apreensão ou inquietação, variando de preocupação excessiva com o presente ou com o futuro até sensações de pânico. Bases para avaliação: relato verbal durante a entrevista e manifestações físicas correspondentes.

1 – Ausente – Definição não aplicável.

2 – Mínimo – Patologia questionável: pode estar no limite superior da normalidade.

3- Leve – O paciente expressa algum aborrecimento, preocupação excessiva, ou inquietação subjetiva, mas não são relatadas ou evidenciadas consequências somáticas ou comportamentais.

4 – Moderado – O paciente relata claros sintomas de nervosismo que são refletidos em manifestações físicas leves, tais como tremores finos nas mãos e sudorese excessiva.

5 – Moderadamente grave: O paciente relata problemas sérios de ansiedade que tem significativas consequências físicas e comportamentais, tais com tensão acentuada, concentração pobre, palpitações ou prejuízos do sono.

6 – Grave – O paciente apresenta estado subjetivo de medo quase constantes associados a fobias, inquietação acentuada, ou numerosas manifestações somáticas.

7 – Extremo – A vida do paciente está seriamente prejudicada pela ansiedade que está presente quase constantemente e às vezes alcança proporções de pânico ou é manifestado por verdadeiros ataques de pânico.

G3 – Sentimentos de Culpa: Sentimentos de remorso ou auto-acusação por erros imaginários ou reais do passado. Bases para avaliação: relato verbal de sentimento de culpa durante a entrevista e sua influência sobre atitudes e pensamentos.

1 - Ausente – Definição não aplicável.

2 - Mínimo – Patologia questionável, pode estar no limite superior da normalidade.

3 - Leve – O interrogatório revela um sentimento vago de culpa ou auto-acusação por um incidente menor, mas o paciente não está excessivamente preocupado com isso.

4 - Moderado – O paciente expressa preocupação definida com sua responsabilidade por um incidente real em sua vida, mas não está preocupado com isso, e sua atitude e comportamento não estão essencialmente afetados.

5 – Moderadamente grave- O paciente expressa um forte sentimento de culpa associado com auto-depreciação ou acredita que mereça ser punido. O sentimento de culpa pode ter uma base delirante, podem ser relatados espontaneamente, podem ser uma fonte de preocupação e/ou humor deprimido, e não podem ser aliviados prontamente pelo entrevistador.

6 – Grave – Fortes idéias de culpa assumem uma qualidade delirante e conduzem a uma atitude de desesperança ou desvalia. O paciente acredita que deva receber severas penalidades por seus erros e pode considerar sua situação de vida atual como punição.

7 – Extremo – A vida do paciente está dominada por irredutíveis delírios de culpa, pelo quais ele se sente merecedor de punições drásticas como prisão, tortura ou morte. Podem estar associados pensamentos suicidas ou atribuir a seus próprios erros no passado os problemas dos outros.

G4 – Tensão: Manifestações físicas evidentes de medo, ansiedade e agitação, tais como rigidez de postura, tremores, sudorese profusa e inquietação. Bases para avaliação: relato verbal mostrando ansiedade, concomitantemente à severidade das manifestações físicas de tensão observadas durante a entrevista.

- 1 - Ausente – Definição não aplicável.
- 2 – Mínimo – Patologia questionável, pode estar no limite superior da normalidade.
- 3 – Leve – A postura e os movimentos indicam leve estado de apreensão, tais como: discreta rigidez de postura, inquietação ocasional, frequentes mudanças de posição, tremores finos e rápidos das mãos.
- 4 – Moderado – Uma clara aparência nervosa emerge de várias manifestações, tais como: inquietação, tremor de mãos evidente, transpiração excessiva, ou maneirismos nervosos.
- 5 - Moderadamente grave – Forte tensão é evidenciada por numerosas manifestações, como tremores nervosos, sudorese excessiva e inquietação, mas a conduta na entrevista não é significativamente afetada.
- 6 – Grave – A intensidade de tensão chega a ponto de perturbar as relações interpessoais. O paciente, por exemplo, pode estar constantemente inquieto, ser incapaz de permanecer sentado por mais tempo, ou mostra hiperventilação.
- 7 – Extremo – A acentuada tensão se manifesta por sinais de pânico ou evidente aceleração motora, tais como andar rapidamente de um lado para outro e incapacidade para permanecer sentado por mais de um minuto, o que torna a conversação impossível.

G5 – Maneirismo e Postura: Postura ou movimentos não naturais são caracterizados por aparência desajeitada, formal, desorganizada, ou bizarra. Bases para quantificação: observação das manifestações físicas durante a entrevista bem como relatos da enfermagem ou da família.

- 1 – Ausente – Definição não é aplicável.
- 2 - Mínimo – Patologia questionável: pode estar no limite superior da normalidade.
- 3 - Leve – Os movimentos são levemente desajeitados ou a postura é levemente rígida.
- 4 – Moderado – Os movimentos são notadamente desajeitados ou desarmônicos, ou uma postura forçada é mantida por períodos curtos.
- 5 – Moderadamente grave – Observa-se rituais bizarros ocasionais ou postura contorcida, ou uma posição anormal é mantida por longos períodos.
- 6 – Grave – Repetição frequente de rituais bizarros, maneirismos, ou movimentos estereotipados, ou uma postura contorcida são mantidos por períodos extensos.
- 7 - Extremo – O funcionamento do paciente está seriamente prejudicado por seu envolvimento constante em movimentos ritualistas, maneirismos ou estereotípias, ou por uma postura fixa não natural, que é mantida a maior parte do tempo.

G6 - Depressão: Sentimentos de tristeza, desencorajamento, desamparo e pessimismo. Bases para avaliação: Relato verbal de humor deprimido durante a entrevista e sua influência observada sobre a atitude e comportamento.

- 1 – Ausente – Definição não aplicável.
- 2- Mínimo – Patologia questionável: pode estar no limite superior da normalidade.
- 3 - Leve – O paciente expressa alguma tristeza ou desencorajamento apenas quando questionado, mas não há evidência de depressão na atitude ou comportamento geral.
- 4 – Moderado – Sentimentos evidentes de tristeza ou desesperança que podem ser relatados espontaneamente, mas o humor deprimido não tem impacto maior sobre o funcionamento social ou comportamento e o paciente pode usualmente ser reencorajado.
- 5 - Moderadamente grave – Humor distintamente deprimido está associado a tristeza, pessimismo, perda de interesse social, retardo psicomotor evidentes, e alguma interferência no apetite e sono. O paciente não pode ser facilmente reencorajado.
- 6 - Grave – Humor acentuadamente deprimido está associado com sentimentos constantes de miséria, choro ocasional, desesperança e depreciação. Além disso, há interferência importante no apetite e/ou sono, bem como nas funções motoras e sociais normais, com possíveis sinais de auto-negligência.
- 7 – Extremo – Sentimentos depressivos interferem seriamente na maioria das funções. As manifestações incluem choro frequente, sintomas somáticos pronunciados, prejuízo

da concentração, retardo psicomotor, desinteresse social, auto-negligência, possíveis delírios depressivos ou niilistas, e/ou possíveis pensamentos ou atos suicidas.

G7 – Retardo Motor: Redução na atividade motora como refletida na lentificação ou diminuição dos movimentos e da fala, diminuição da responsividade aos estímulos, e redução do tônus corporal. Bases para avaliação: manifestações durante a entrevista bem como relatos da enfermagem ou da família.

1 – Ausente – Definição não aplicável.

2- Mínimo – Patologia questionável: pode estar no limite superior da normalidade.

3 – Leve – Diminuição leve, mas perceptível no ritmo dos movimentos e da fala. O paciente pode estar improdutivo na conversação e nos gestos.

4 - Moderado – O paciente está claramente lentificado nos seus movimentos e a fala pode ser caracterizada por produtividade pobre, incluindo longa latência nas respostas, pausas prolongadas ou ritmo lento.

5 – Moderadamente grave – Uma redução acentuada na atividade motora torna a comunicação altamente improdutiva ou limita o funcionamento nas situações sociais e ocupacionais. O paciente pode ser encontrado usualmente sentado ou deitado.

6 – Grave – Os movimentos estão extremamente lentificados, resultando num mínimo de atividade e fala. O dia é gasto essencialmente em sentar-se ociosamente ou deitar-se.

7 - Extremo – O paciente fica quase completamente imóvel e praticamente não responde aos estímulos externos.

G8- Falta de Cooperação – Recusa ativa em cooperar com a vontade de pessoas importantes para o paciente, incluindo o entrevistador, funcionários do hospital, ou familiares, que pode estar associado com desconfiança, atitude defensiva, teimosia, negativismo, rejeição de autoridade, hostilidade ou beligerância. Bases para avaliação: comportamento interpessoal observado na entrevista, bem como relatos da enfermagem ou família.

1 – Ausente – Definição não aplicável.

2 – Mínimo – Patologia questionável: pode estar no limite superior da normalidade.

3 – Leve – Cooperar com uma atitude de ressentimento, impaciência ou sarcasmo. Pode objetar inofensivamente a questionamento durante a entrevista.

4 – Moderado – Ocasionalmente apresenta recusa direta a atender a demandas sociais normais, tais como fazer a própria cama, comparecer a atividades programadas, etc. o paciente pode mostrar uma atitude hostil, defensiva ou negativista, mas usualmente isso pode ser trabalhado.

5 - Moderadamente grave – O paciente frequentemente não atende às solicitações do seu ambiente, pode ser caracterizado pelos outros como um marginal ou como tendo “problemas sérios de atitude”. A falta de cooperação é refletida na atitude de defesa evidente ou irritabilidade para com o entrevistador e indisposição para responder a muitas perguntas.

6 - Severo – O paciente está altamente não cooperante, negativista e possivelmente também beligerante. Recusa a obedecer a maior parte das regras sociais e pode estar indisposto a iniciar ou concluir toda a entrevista.

7 – Extremo – A resistência ativa perturba seriamente todas as áreas mais importantes de funcionamento. O paciente pode recusar a aderirem quaisquer atividades sociais, cuidar da higiene pessoal, a conversar com familiares ou enfermagem, e participar mesmo brevemente numa entrevista.

G9 – Conteúdo Incomum do Pensamento: Pensamento caracterizado por idéias estranhas, fantásticas ou bizarras, desde aqueles que são remotos ou atípicos aqueles que são distorcidos, ilógicos e patentemente absurdos. Bases para avaliação: conteúdo do pensamento expresso durante o curso da entrevista.

1 - Ausente – Definição não aplicável.

2 – Mínimo – Patologia questionável: pode estar no limite superior da normalidade.

3 - Leve – O conteúdo do pensamento é algo peculiar ou idiossincrático, ou as idéias familiares são concebidas em um contexto impar.

4 - Moderado – As idéias são frequentemente distorcidas e ocasionalmente parecem muito bizarras.

5 - Moderadamente grave - O paciente expressa muitos pensamentos estranhos e fantásticos (por exemplo: ser o filho adotivo de um rei, ser um foragido da sentença de morte) ou alguns que são claramente absurdos (por exemplo: ter centenas de filhos, receber mensagens de rádio do espaço exterior por meio de obturação dentária).

6 – Grave – O paciente expressa muitas idéias ilógicas ou absurdas ou algumas tem uma qualidade claramente bizarra (por exemplo: ter 3 cabeças, ser um visitante de outro planeta).

7 - Extremo – O pensamento é repleto de idéias absurdas, bizarras e grotescas.

G 10 – Desorientação: Falta de percepção do paciente em relação ao ambiente, incluindo pessoas, lugar e tempo, que pode ser devido à confusão ou retraimento. Bases para avaliação: resposta às perguntas sobre orientação durante a entrevista.

1 – Ausente – Definição não aplicável.

2 – Mínimo – Patologia questionável: pode estar no limite superior da normalidade.

3 – Leve – A orientação geral é adequada, mas há alguma dificuldade com pontos específicos. Por exemplo: o paciente sabe sua localização, mas não o nome da rua, conhece o nome dos funcionários do hospital mas não suas funções, sabe o mês, mas confunde o dia da semana com o dia adjacente, ou erra na data por mais que dois dias. Pode haver estreitamento de interesse evidenciado pela familiaridade com o ambiente imediato, mas não com o ambiente mais amplo, bem como capacidade para identificar os funcionários, mas o Prefeito, o governador ou o Presidente.

4 – Moderado – Sucesso apenas parcial em reconhecer pessoas, lugares e tempo. Por exemplo: o paciente sabe que está num hospital, mas não seu nome, conhece o nome da sua cidade mas não o bairro ou distrito, sabe o nome do seu terapeuta principal, mas não o de muitos funcionários a que está diretamente relacionado, sabe o ano e a estação mas não o mês.

5 – Moderadamente grave – Fracasso considerável em reconhecer pessoas, lugar e tempo. O paciente tem apenas uma vaga noção de onde ele está e não parece familiarizado com a maioria das pessoas do seu meio. Ele pode identificar o ano correto ou quase corretamente, mas não sabe o mês atual, dia da semana ou estação do ano em que está.

6 – Grave – Acentuado fracasso em reconhecer pessoas, lugares e tempo. Por exemplo: o paciente não tem conhecimento do lugar onde está, confunde data por mais de um ano, só consegue dar o nome apenas de uma ou duas pessoas da sua vida atual.

7 – Extremo – O paciente mostra-se completamente desorientado com relação às pessoas, lugar e tempo. Há grande confusão ou total ignorância sobre seu paradeiro, o ano corrente, e mesmo as pessoas mais familiares, tais como os pais, a esposa, os amigos e o terapeuta principal.

G11 – Atenção Pobre: Falha em focalizar a atenção manifestada por concentração pobre, distraibilidade à partir de estímulos internos e externos, e dificuldade em controlar, manter, ou em mudar o foco para novos estímulos. Bases para avaliação: manifestações durante o curso da entrevista.

1 – Ausente – Definição não aplicável.

2 – Mínimo – Patologia questionável: pode estar no limite superior da normalidade.

3 – Leve – Concentração limitada, evidenciada por vulnerabilidade ocasional à distrações ou falhas da atenção próximo ao fim da entrevista.

4 – Moderado – A conversação é afetada pela tendência a ser facilmente distraído, dificuldade em manter a concentração sobre um dado tópico ao longo do tempo, ou problema em mudar a atenção para novos assuntos.

5 – Moderadamente grave: A conversação é seriamente prejudicada pela concentração pobre, distraibilidade e dificuldade em mudar o foco apropriadamente.

- 6 – Grave – A Atenção do paciente pode ser mantida apenas por momentos curtos ou com grande esforço, devido à acentuada distração por estímulos externos e internos.
- 7 – Extremo – A atenção é tão desorganizada que mesmo uma conversação curta não é possível.

G12 – Falta de Julgamento e “Insight”: Prejuízo da compreensão ou consciência da sua própria condição psiquiátrica ou situação de vida. Isto é evidenciado pelo fracasso em reconhecer a doença ou sintomas psiquiátricos passados ou presentes, negação da necessidade de hospitalização ou tratamento psiquiátrico, decisões caracterizadas pela pobre capacidade de antecipação das conseqüências e planos irrealistas a curto e longo prazo. Bases para avaliação: conteúdo do pensamento expresso durante a entrevista.

1 – Ausente – Definição não aplicável.

2 – Mínimo – patologia questionável: pode estar no limite superior da normalidade.

3 – Leve – Reconhece ter um distúrbio psiquiátrico, mas subestima claramente sua seriedade, implicações para tratamento, ou importância de tomar medidas para evitar recaídas. O planejamento futuro pode pobremente concebido.

4 – Moderado – O paciente mostra apenas um vago ou superficial reconhecimento da doença. Pode haver flutuações em tomar conhecimento de estar doente ou pouca consciência de sintomas importantes que estão presentes, tais como: delírios, pensamento desorganizado, estado de desconfiança e retraimento social. O paciente pode racionalizar a necessidade do tratamento em termos de ele aliviar sintomas de menor importância, tais como: ansiedade, tensão e dificuldade no sono.

5 – Moderadamente grave – Reconhece distúrbio psiquiátrico passado, mas não o presente. Se testado, o paciente pode admitir a presença de alguns sintomas, não relacionados ou insignificantes, que tendem a ser explicados sempre por uma má interpretação, ou pensamento delirante. A necessidade de um tratamento psiquiátrico de forma semelhante não é reconhecida.

6 – Grave – O paciente nega jamais ter tido um distúrbio psiquiátrico. Ele reluta a presença de quaisquer sintomas psiquiátricos no passado ou presente e, embora condescendente, nega a necessidade de tratamento e hospitalização.

7 – Extremo – Negação enfática de doença psiquiátrica passada ou presente. Dá uma interpretação delirante

G13 – Ambivalência Volitiva: Distúrbios do início, manutenção e controle dos próprios pensamentos, comportamentos, movimentos e fala. Bases para avaliação: conteúdo do pensamento e comportamento manifestado no curso da entrevista.

1 – Ausente – Definição não aplicável.

2 – Mínimo – Patologia questionável: pode estar no limite superior da normalidade.

3 – Leve – Há evidência de alguma indecisão na conversação e no pensamento, que pode impedir em pequena extensão os processos cognitivos e verbais.

4 – Moderado – O paciente é frequentemente ambivalente e mostra clara dificuldade em tomar decisões. A conversação pode ser prejudicada por alternância no pensamento, e em conseqüência as funções verbais e cognitivas estão claramente prejudicadas.

5 – Moderadamente grave – O distúrbio da volição interfere tanto no pensamento como no comportamento. O paciente mostra pronunciada indecisão que impede o início e continuidade de atividades sociais e motoras, e que também pode ser evidenciado no discurso interrompido.

6 – Grave – O distúrbio da volição interfere na execução funções motoras simples e automáticas, tais como: vestir-se e arrumar-se, e afeta claramente o discurso.

7 – Extremo – A falha da volição quase completa é manifestada por grande inibição da movimentação e da fala, resultando em imobilidade e/ou mutismo.

G14 – Mau Controle dos Impulsos: Regulação e controle da ação desordenada em relação a seus desejos internos, resultando em descargas de tensões súbitas, sem modulação, arbitrarias, ou mal dirigidas, sem considerar as conseqüências. Bases

para avaliação: Comportamento durante a entrevista e relatos da enfermagem ou familiares.

1 – Ausente – Definição não aplicável.

2 – Mínimo – Patologia questionável: pode estar no limite superior da normalidade.

3 – Leve – O paciente tende a ficar facilmente irritado e frustrado quando diante de stress ou lhe é negado gratificação mas raramente age por impulso.

4 – Moderado – O paciente torna-se irritado e ofende verbalmente à mínima provocação. Pode ser ocasionalmente ameaçador, destrutivo, ou ter um ou dois episódios envolvendo confronto físico ou pequenas gritarias.

5 – Moderadamente grave – O paciente exhibe episódios impulsivos repetidos envolvendo ofensa verbal, destruição de propriedade, ou ameaças físicas. Pode haver um ou dois episódios envolvendo sérias agressões, pelas quais o paciente requer isolamento, restrição física, ou sedação.

6 – Grave – O paciente está na maioria das vezes impulsivamente agressivo, ameaçador, exigente e destrutivo, sem nenhuma consideração aparente das consequências. Mostra comportamento agressivo e também pode ser sexualmente ofensivo e possivelmente age em resposta às ordens alucinatórias.

7 – Extremo – O paciente apresenta ataques homicidas, agressões sexuais, brutalidade repetitiva, ou comportamento auto-destrutivo. Requer constante supervisão direta ou contenção externa devido à inabilidade para controlar impulsos perigosos.

G15 – Preocupação: Envolvimento com sentimentos e pensamentos originados internamente e com experiências autistas em detrimento da orientação voltada para a realidade e do comportamento adaptativo. Bases para avaliação: Comportamento interpessoal observado durante o curso da entrevista.

1 – Ausente – Definição não aplicável.

2 – Mínimo – Patologia questionável: pode estar no limite superior da normalidade.

3 – Leve – Envolvimento excessivo com problemas ou necessidades pessoais, de tal forma que a conversação se volta para temas egocêntricos e há um interesse diminuído em relação aos outros.

4 – Moderado – O paciente parece ocasionalmente absorvido em si mesmo, como se estivesse em devaneios ou envolvido com experiências internas, que interferem com a comunicação em pequeno grau.

5 – Moderadamente grave – O paciente parece estar frequentemente envolvido em experiências autistas, como evidenciado por comportamentos que interferem significativamente nas funções comunicacional e social, tais como a presença de um olhar vago, mussitações ou falar consigo mesmo, ou envolvimento com comportamento motor estereotipado.

6 – Grave – Preocupações acentuadas com experiências autistas, que prejudicam seriamente a concentração, habilidade para conversar e orientação em relação ao meio. O paciente pode ser frequentemente observado sorrindo, gargalhando, mussiotando, falando ou gritando para si mesmo.

7 – Extremo – Intenso envolvimento com experiências autistas, que afetam profundamente todo o comportamento. O paciente pode estar constantemente respondendo verbalmente e através de comportamento às alucinações e mostra pouca percepção de outras pessoas ou ambiente externo.

G16 - Esquiva Social Ativa: Envolvimento social diminuído associado a medo injustificado, hostilidade, ou desconfiança. Bases para avaliação: Relatos sobre o funcionamento social pela enfermagem ou familiares.

1 – Ausente – Definição não aplicável.

2 – Mínimo – Patologia questionável: pode estar no limite superior da normalidade.

3 – Leve – O paciente mostra desconforto na presença de outros ou prefere ficar sozinho, embora participe em atividades sociais quando solicitado.

4 – Moderado – O paciente atende a todas ou a maioria das atividades sociais contrariado, mas pode ser persuadido ou pode terminar prematuramente em razão de ansiedade, desconfiança ou hostilidade.

5 – Moderadamente grave – O paciente com medo ou hostilidade mantendo-se isolado de muitas das interações sociais, apesar dos esforços de outros para engajá-lo nessas atividades. Tende a ficar sozinho durante o tempo não planejado.

6 – Grave – O paciente participa de poucas atividades sociais devido ao medo, hostilidade ou desconfiança. Quando abordado, o paciente mostra uma forte tendência a romper as interações e tende geralmente a isolar-se dos outros.

7 – Extremo – O paciente não consegue envolver –se nas atividades sociais devido a medo pronunciado, hostilidade ou delírios persecutórios. Tanto quanto possível ele evita todas as interações e permanece isolado dos outros.