UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

ANA PAULA DALLA BARBA WENDT

A DIFÍCIL (MAS IMPORTANTE) TAREFA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL DE REALIZAR INTERVENÇÕES COM FAMILIARES DE PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL

Palhoça

2008

ANA PAULA DALLA BARBA WENDT

A DIFÍCIL (MAS IMPORTANTE) TAREFA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL DE REALIZAR INTERVENÇÕES COM FAMILIARES DE PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de graduação em Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL como pré-requisito parcial para obtenção de título de Psicólogo.

Orientador (a): Prof.ª Nádia Kienen Drª.

Palhoça
2008

ANA PAULA DALLA BARBA WENDT

A DIFÍCIL (MAS IMPORTANTE) TAREFA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL DE REALIZAR INTERVENÇÕES COM FAMILIARES DE PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do título de Psicólogo e aprovado pelo Curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Palhoça, 21 de novembro de 2008.

_____

Prof. Orientadora Nádia Kienen, Dr

Universidade do Sul de Santa Catarina

_____

Prof. Maria do Rosário Stotz, Dr.

Universidade do Sul de Santa Catarina

_____

Prof. Saidy Karolin Maciel, Msc

Universidade do Sul de Santa Catarina

RESUMO

Após a Reforma Psiquiátrica ocorre o retorno dos pacientes com transtorno mental à sociedade, o que cria uma nova realidade para a família e para os próprios pacientes. A família que até então tinha sido isenta da participação no cuidado do familiar adoecido, torna-se o principal responsável pelo seu cuidado, o que passa a produzir sobrecargas emocionais e econômicas que antes não existiam. Os serviços substitutivos auxiliam na reinserção dos pacientes com transtorno mental, mas parecem ser escassas as intervenções voltadas aos familiares que necessitam de orientação e atendimento voltados para as suas necessidades. Esta pesquisa propõe-se a investigar quais são os objetivos propostos e os resultados alcançados nas intervenções realizadas por profissionais da saúde mental com familiares de pacientes com transtorno mental, na percepção desses profissionais. Para tanto foram identificadas três instituições com serviços especializados em Saúde Mental na Região da Grande Florianópolis. Foram realizadas três entrevistas semi-estruturadas com os profissionais da saúde mental que realizam intervenções com familiares de pacientes com diagnóstico de transtorno mental, uma em cada um dos três diferentes serviços especializados em Saúde Mental dessa região. Os aspectos abordados nas entrevistas diziam respeito a: características das intervenções que os profissionais realizam com os familiares de pacientes com transtorno mental, os objetivos dessas intervenções, os critérios utilizados para selecionar as famílias que fazem parte das intervenções, as dificuldades encontradas na realização das intervenções e os resultados alcançados. Foi possível identificar: que estão sendo realizados diferentes tipos de intervenções, com diferentes objetivos e com critérios distintos para selecionar os familiares que participam das intervenções. Também foram identificados a motivação que levou os profissionais a realizarem tais intervenções, a relevância de realizar tais intervenções e as dificuldades em realizá-las, tais como a falta de tempo e a falta de recurso dos familiares para poderem participar das intervenções. Outra dificuldade, relativa à resistência dos familiares também foi relatada. Isso porque, segundo os profissionais entrevistados, enquanto um familiar fica na posição de membro sintomático, os demais membros da família podem continuar funcionando da mesma maneira, isentando-se de mudarem os padrões de funcionamento estabelecidos no sistema familiar. Constatou-se com a pesquisa que há, por um lado, dificuldade de conseguir o engajamento da família no tratamento e, por outro, a necessidade de participação e envolvimento dos familiares para que seja possível produzir mudanças significativas para o paciente e para os familiares.

Palavras-chave: Família, Saúde Mental, intervenções em saúde mental.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização dos Profissionais entrevistados _____ 32

Quadro 2 - Tipos de formação profissional _____ 36

Quadro 3 - Tipos de intervenções realizadas com familiares _____ 39

Quadro 4 - Motivação dos profissionais para realizar intervenções com familiares _____ 43

Quadro 5 - A relevância na opinião dos profissionais _____ 45

Quadro 6 - Tipos de dificuldades encontradas _____ 48

Quadro 7 - Objetivos propostos nas intervenções realizadas com familiares _____ 50

Quadro 8 - Critérios utilizados para selecionar as famílias _____ 54

Quadro 9 - Quais são os resultados alcançados que os profissionais conseguem perceber. _ 57

Quadro 10- Comparação entre os objetivos propostos e os resultados alcançados_59

LISTA DE SIGLAS

SUS – Sistema Único de Saúde

PSM – Programa de Saúde Mental

PSF – Programa de Saúde da Família

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV

OMS – Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

RESUMO 4

LISTA DE QUADROS 5

LISTA DE SIGLAS 6

1 INTRODUÇÃO 9

1.1 TEMA 10

1.2 PROBLEMÁTICA 10

1.3 OBJETIVOS 12

1.3.1 Objetivo geral 12

1.3.2 Objetivos Específicos 12

1.4 JUSTIFICATIVA 13

2 MARCO TEÓRICO 18

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E OS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS 18

2.2. TRANSTORNOS MENTAIS, O NORMAL E O PATOLÓGICO. 21

2.3. RELAÇÕES ENTRE REFORMA PSIQUIÁTRICA E FAMÍLIA. 23

2.2.1 As intervenções feitas na área da Saúde com famílias 29

3 MÉTODO 31

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA 31

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA 32

3.2.1 Caracterização dos Sujeitos 32

3.3 PROCEDIMENTOS DE CONSTRUÇÃO DO ROTEIRO DE ENTREVISTAS 33

3.4.1 Contato com os sujeitos da pesquisa 34

3.4.2 De realização das entrevistas 34

3.5 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS UTILIZADOS. 35

3.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS 35

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS 36

4.1 TIPOS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DAS PESSOAS QUE REALIZAM AS INTERVENÇÕES E TIPOS DE INTERVENÇÕES REALIZADAS 36

4.2 MOTIVAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA REALIZAR AS INTERVENÇÕES 43

4.3 OBJETIVOS, CRITÉRIOS E RESULTADOS 49

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 60

RERERÊNCIAS 64

APÊNDICES **67**
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA 68
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 69

1 INTRODUÇÃO

Essa pesquisa apresenta-se como o Trabalho de Conclusão de Curso articulado ao Estágio Especifico do Núcleo Orientado em Psicologia e Saúde, realizado durante o último ano do Curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina, UNISUL. Esse estágio está sendo realizado no Centro de Saúde da Bela Vista no município de São José, no ambulatório de saúde mental, Programa da Saúde Mental (PSM).

Pelo fato de o estágio estar diretamente relacionado ao Programa de Saúde Mental e a população atendida pelo programa ser de pacientes com transtornos mentais, durante o estágio percebeu-se que a demanda existente não partia apenas dos sujeitos que estavam em atendimento psiquiátrico e psicológico, mas também dos familiares cuidadores que participavam do tratamento apenas como acompanhantes ou que de tempos em tempos vinham ao programa de saúde mental solicitar por algum tipo de orientação, relacionada ao paciente ou a medicação. E a partir dessas questões, começou a ser desenvolvido pelos estagiários da nona e décima fase do curso de Psicologia o grupo de familiares, com a supervisão da Profª Nádia Kienen. Diante das dificuldades encontradas para realizar as intervenções com os familiares de pacientes com transtorno mental, pensou-se em realizar um estudo que possibilitasse identificar os tipos de trabalhos que estão sendo desenvolvidos com familiares na Região da Grande Florianópolis, bem como os resultados obtidos pelas intervenções.

Para tanto, este trabalho segue descrito da seguinte maneira: o tema de pesquisa, seguido pela problemática, objetivos gerais e específicos da pesquisa. O segundo capítulo tratará do marco teórico, sendo que em primeiro lugar são problematizadas questões acerca dos transtornos mentais e dos conceitos de normal e patológico. Em seguida são elucidadas questões referentes às relações entre a reforma psiquiátrica e a família. Posteriormente são apresentadas as intervenções feitas na área da saúde com famílias, além de ser discutida a relação entre o Sistema Único de Saúde e os serviços substitutivos. O método da pesquisa e todas as características da coleta e análise dos dados estão no terceiro capítulo.

No quarto capítulo são apresentados e analisados os dados obtidos com a pesquisa.

Portanto, a pesquisa que segue, foi elaborada a fim de avaliar as relações entre os objetivos propostos e resultados alcançados pelas intervenções de profissionais da saúde com familiares de pacientes com diagnóstico de transtorno mental na percepção dos profissionais.

1.1 TEMA

Intervenções realizadas com familiares de pacientes com diagnóstico de transtorno mental por profissionais da saúde mental.

1.2 PROBLEMÁTICA

Em 1948 a Organização Mundial da Saúde define a saúde como estado de bem-estar completo no âmbito físico, mental e social e não como a ausência de doença. Essa concepção rompe com o pensamento biomédico de unicausalidade, onde a doença era vista exclusivamente do ponto de vista orgânico sem considerar as dimensões psíquicas e sociais, o tratamento era predominado pela indústria farmacêutica. A responsabilidade por estar doente até então era única e exclusivamente do indivíduo doente, que recebia a doença como culpa ou castigo, por ações ou omissões individuais. Mesmo a saúde sendo definida como bem-estar, ainda era alvo de críticas, pois ela não poderia ser considerada estática. Seria utópico. Então a saúde passa a ser uma condição de equilíbrio ativo entre o ser humano, seu ambiente natural, familiar e social, considerando que não é possível falar em saúde plena, e sim que a saúde será sempre relativa e integrativa das dimensões do indivíduo. (BOCK, 2003).

Até a década de 1970 a Psicologia se concentrava nas ações de atendimento individual realizadas em consultório, mas logo que se inicia uma ação mais ampla em saúde pelo direito à saúde de qualidade, há a inserção de áreas como o Serviço Social e a Psicologia nesse movimento. Além dessa ação considerada mais ampla, há também um movimento interno dentro da própria Psicologia para que houvesse o desenvolvimento de uma Psicologia Social Comunitária, que surge para ampliar a área de atuação do psicólogo, para além do âmbito do indivíduo (BOCK, 2003). Dessa forma, a Saúde Coletiva também aparece como mais uma possibilidade de ampliação da intervenção com os indivíduos, à medida que surge uma preocupação com ações de promoção de saúde, de prevenção de doenças, bem como de cura e de reabilitação, sendo esses, considerados cuidados primários em saúde (KAHALLE, 2003).

Ainda na década de 1970 ocorre também a Reforma Psiquiátrica no Brasil, que foi considerada um grande marco na História da Saúde Coletiva, não só no Brasil, como no

mundo. Ela é um movimento social caracterizado por um conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que têm como meta transformar a relação da sociedade com o sujeito denominado "doente mental", transformando as instituições, substituindo os manicômios, transformando os saberes e as práticas destinadas aos cuidados em saúde mental, que busca conseguir dessa maneira reintegrar o sujeito à sociedade e fazendo com que esse retornasse ao núcleo familiar. E hoje, em 2008, podemos dizer que já ocorreram as transformações para podermos considerar que a Reforma Psiquiátrica alcançou seus objetivos? Há estudos sendo realizados tais como: Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental, de Campos e Soares, 2005; Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família**,** de Pereira e Pereira Junior, 2003. E com isso nascem novas formas de pensar o sujeito, que estão tentando mudar aos poucos a visão da sociedade em geral frente ao "doente mental".

Michel Foucault (1978 apud MASSARO, 1994) afirma que a sociedade sempre procurou excluir uma parte de si mesma. Num primeiro momento, tal exclusão era voltada a fatores conectados com a morte, como se vê os incontáveis relatos sobre os leprosos. Posteriormente, a aversão se voltou contra a loucura, que estaria mostrando o vazio que se encontra no interior da existência. Amarante (2003) destaca a importância de ocorrer uma mudança de saberes em todos os âmbitos: na dimensão técnico – assistencial, nas quais seriam tratadas as questões relacionadas ao modelo assistencial, que até então considera o "doente mental" incapaz de tomar decisões no âmbito da razão e do juízo pela sua alienação, no campo jurídico–político que traz a importância de rediscutir termos e redefinir relações sociais e civis para que os termos relacionados aos transtornos mentais não sejam ligados a periculosidade, irracionalidade e incapacidade civil e por último, o campo sociocultural que visa a transformação do lugar considerado o local da loucura, tendo um aspecto estratégico que visa transformar as concepções ligadas a loucura transformando as relações entre sociedade e loucura.

Com a Reforma Psiquiátrica e o abandono dos hospitais Psiquiátricos, o "doente mental" retorna ao núcleo familiar, e com isso ocorrem mudanças importantes a serem levadas em consideração. Vale ressaltar que a estrutura familiar contemporânea, segundo Melman (2006), centrada na afeição e na intensificação das relações entre pais e filhos, começou a surgir a partir da presença constante da criança na escola. Mesmo com a família centrada, o familiar que sofria de algum tipo de transtorno mental sempre foi encaminhado aos hospitais psiquiátricos, que desde o século XIX e até meados do século XX, foi o único recurso de tratamento oferecido a famílias. Durante os anos em que os pacientes ficaram

internados nos hospitais, as famílias e a comunidade não participavam da doença, os sentimentos presentes nas famílias eram de perda e culpa. No entanto, de acordo com Pereira e Pereira Junior (2003), a família passa a ser vista como um recurso da comunidade para intervir junto ao paciente, como uma primeira rede social, sendo considerada uma unidade básica de saúde. Antes da Reforma Psiquiátrica havia a culpabilização dos familiares por causa do internamento e após a reforma psiquiátrica houve a necessidade de aprender a conviver com o paciente. Vários estudos demonstram que há uma sobrecarga na família e que ela tem encargos objetivos e subjetivos. (CAMPOS e SOARES, 2005. PEREIRA, 2003. PEREIRA, XAVIER e FADDEN, 2007. MELMAN, 2006.).

E com o sofrimento que surge a partir da convivência veio a necessidade de inserir as famílias em um projeto terapêutico. (MELMAN, 2006. GABBARD, 2006). A partir dessa elucidação sobre o que está sendo feito na Área da Saúde após a Reforma Psiquiátrica, o questionamento que aparece é:

Quais as relações entre os objetivos propostos e resultados alcançados pelas intervenções de profissionais da saúde mental com familiares de pacientes com diagnóstico de transtorno mental, na percepção desses profissionais?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Comparar as relações entre os objetivos propostos e resultados alcançados pelas intervenções de profissionais da saúde mental com familiares de pacientes com diagnóstico de transtorno mental, na percepção desses profissionais.

1.3.2 Objetivos Específicos

a) Caracterizar os tipos de intervenções com familiares feitas por profissionais da saúde na Grande Florianópolis;

b) Identificar quais os profissionais da saúde que realizam intervenções com familiares de pacientes com transtorno mental;

c) Caracterizar a percepção dos profissionais da saúde acerca dos objetivos das intervenções feitas por eles com familiares de pacientes com transtorno mental;

c) Caracterizar a percepção dos profissionais da saúde acerca dos resultados das intervenções feitas por eles com familiares de pacientes com transtorno mental.

1.4 JUSTIFICATIVA

A associação entre famílias e loucura, segundo Foucault (1997 apud TOLEDO 2006), teria se estabelecido mesmo que de um modo considerado obscuro, antes mesmo do nascimento da Psiquiatria. Mas, segundo Melman (2006), com o nascimento da Psiquiatria, esta toma para si a tarefa de intervir pedagogicamente sobre a família, procurando criar uma moral que deveria ser respeitada e seguida pelas famílias, regulando as relações familiares. Ainda segundo esse autor, a psiquiatria moralizante foi oferecida como paradigma de organização exemplar às instituições de uma sociedade que estava se organizando, e insistia na necessidade de separar o "doente mental" do ambiente familiar. Uma das justificativas para que isso ocorresse era retirar as influências negativas, já que o "doente mental" era visto como símbolo da indisciplina e da desordem moral, para que não pudesse contaminar os demais membros da família. (MELMAN, 2006, AMARANTE, 1994). Com isso o "doente mental" permaneceu recluso durante um longo período, o que fez com que a sociedade e família permanecessem afastadas, sem contato com esses sujeitos.

A partir da Reforma Psiquiátrica, que desde 1970 busca substituir os manicômios por iniciativas sociais, culturais, políticas, cientificas e jurídicas, modificando assim os conceitos e a relação da sociedade com os sujeitos com transtorno mental, a proposta é a de diminuir o número de pacientes internados e o tempo de internação dos mesmos, além de contar com a participação das famílias e comunidades na assistência em saúde mental. (PEREIRA e PEREIRA JUNIOR, 2003). A partir disso podemos pensar, será que os objetivos propostos a partir da Reforma Psiquiátrica foram alcançados? Família e comunidades participam na assistência à saúde mental? Com o retorno do paciente para o seu núcleo familiar, as famílias se viram estimuladas e pressionadas a voltar a assumir a responsabilidade pelo cuidado dos seus familiares doentes, mesmo que essas não estivessem preparadas para

recebê-los após os vários anos sem o convívio com o paciente. Estudos a partir desse retorno irão revelar o grande impacto que a doença representa para a família, com significativas desorganizações nas formas habituais de lidar com situações do cotidiano. (MARSH, 1992; MELMAN, 2001; OSTMAN, 2000; ROSE, 1996; apud CAMPOS e SOARES, 2003).

Estudos também irão demonstrar a importância de intervir junto às famílias como forma de auxílio no tratamento dos pacientes, assim como uma maneira de diminuir o próprio sofrimento dos familiares. Esses estudos irão elucidar como ocorre sobrecarga familiar, como é a adesão aos serviços substitutivos em Saúde Mental, e quais as dificuldades enfrentadas pelas famílias (CAMPOS E SOARES, 2005. PEREIRA E PEREIRA JUNIOR, 2003).

Pesquisas feitas em bases de dados tais como Scielo indicam que poucas intervenções têm sido relatadas e talvez, também realizadas com os familiares, e o que está sendo feito não é necessariamente intervenção característica de psicólogos. Isso porque a maioria dos textos é escrita por profissionais da área de Enfermagem, que já vive com essa realidade há mais tempo, por ser uma profissão mais antiga e que conviveu muito tempo com os sujeitos que apresentavam transtornos mentais dentro dos manicômios. Além de ser mais antiga, intervém sobre esse tipo de fenômeno a partir de outro enfoque, diferente do da Psicologia.

Nesse processo da Reforma Psiquiátrica uma das preocupações foi o impacto sobre os familiares, diante da desinstitucionalização. Isso porque antes da desinstitucionalização não era preciso conviver com o "doente mental", que era encarcerado dentro dos hospitais psiquiátricos, o que fez com que a maioria das pessoas não tivesse que lidar com os comportamentos estranhos e bizarros dele. A partir da deinstitucionalização houve sofrimento de pacientes e familiares afinal essa é uma nova realidade para ambos: há sofrimento dos dois lados, mas quem fica sobrecarregado nesse processo é a família ou o familiar que será designado como o cuidador, que despenderá de mais tempo auxiliando o paciente, e sofrerá sobrecarga (YACUBIAN E LOTUFO NETO, 2001). O cuidador tem também a responsabilidade potencializada pela falta de esclarecimentos e informações por parte do sistema de saúde que não fornece respostas definitivas sobre a causa e o prognóstico da doença. (CAMPOS e SOARES, 2005).

A sobrecarga familiar pode ser definida, segundo Goldman (1982 apud CAMPOS e SOARES, 2005), como estresse emocional e econômico a que as famílias se submetem a partir da alta do paciente e seu retorno ao lar, principalmente quando os laços familiares tinham sido rompidos pelo padrão de cronicidade, no caso dos pacientes que permaneceram por longos períodos nas instituições psiquiátricas. A sobrecarga é dividida em encargos

objetivos e subjetivos. Os encargos objetivos incluem: o tempo utilizado para assistência, redução das relações sociais e do tempo livre, dificuldade econômica e dificuldade quanto ao trabalho. Os encargos subjetivos incluem: o desenvolvimento de sintomas de ansiedade, efeitos psicossomáticos, sentimentos de culpa, de vergonha, de desorientação quanto às informações sobre os distúrbios mentais e isolamento social. (PEREIRA e PEREIRA JUNIOR, 2003). O estudo feito por Soares e Campos em 2003 na cidade de Goiânia nos mostra que cuidadores do sexo feminino sofrem mais com os encargos subjetivos da doença enquanto os cuidadores do sexo masculino sofrem mais com os encargos objetivos. Levando em conta os aspectos descritos até então, podemos pensar na necessidade de avaliar os tipos de intervenções feitas por profissionais da saúde em relação aos familiares, por ter em vista a quantidade de aspectos que interferem nas relações deles com o paciente e consigo mesmos.

Há também o sofrimento dos familiares causado pelo sentimento de culpa em relação ao surgimento da doença, além de conflitos e desavenças que antes não eram presentes na família. Há o sofrimento por ser uma doença crônica, por falta de conhecimento sobre o processo de adoecimento (sentimento de culpa) e por dificuldades de manejo desse paciente. O sofrimento conhecido hoje como transtorno mental faz parte da nossa história. Há relatos que trazem a presença do dito "louco" desde os tempos mais remotos. Szasz (1984) chega a elucidar que em séculos passados as mulheres com algum transtorno chegaram a ser consideradas bruxas. Médicos como Pinel, Esquirol e Charcot falam da classificação de feiticeiras como "doentes mentais". Depois esses sofredores foram afastados da sociedade, encarcerados em hospitais junto com os moradores de rua, leprosos, desempregados. O objetivo era recolher, alojar e alimentar aqueles que se apresentavam espontaneamente ou aqueles que eram encaminhados pela autoridade real ou judiciária. (FOUCAULT, 1972). Com isso os governos pretendiam limpar as ruas.

A partir da Reforma Psiquiátrica surgem Serviços Substitutivos e entre eles houve a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que:

> [...] são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular a sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca de autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. A principal característica do CAPS é buscar integrar os sujeitos com transtornos mentais a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, o espaço onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. (BRASIL, 2004).

Dentre as atividades oferecidas pelos CAPS há o atendimento para a família que prevê o atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino e atividades de lazer com familiares.

Entre os serviços substitutivos há também o Programa de Volta para Casa, que é um programa criado pela lei federal 10.708 em 2003 que prevê o direito a pessoas com transtornos mentais, egressas de internação, de receber um auxílio-reabilitação que tem como estratégia a emancipação desses sujeitos. Segundo o relatório de gestão em Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), o número de beneficiários em 2003 era de 206 pessoas, e em 2006 foi para 2.519. Esse número nos mostra a quantidade de pessoas que conseguiram sair do modo asilar, em quatro anos, e voltaram ao convívio social. Muitos deles retornaram também a conviver com familiares, fora aqueles que durante os anos que permaneceram internados acabaram perdendo contato com os seus familiares. A reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar que fez com que o número de leitos fosse reduzido de 51.393 em 2002 para 39.567 em 2006. Esse mecanismo permitiu a redução e substituição significativa de leitos psiquiátricos, especialmente no que diz respeito a leitos de longa permanência, além de contribuir para o fechamento de vários hospitais psiquiátricos que se encontravam em péssimas condições de funcionamento.

É importante informar que, de acordo com o Brasil (2007), cerca de 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes, mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% da população necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual. A partir desses dados, a pergunta que fica é: e o que acontece com esses pacientes? Alguns retornam ao núcleo familiar, e os outros contam com a implantação das residências terapêuticas, que são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder as necessidades de moradia dos sujeitos com transtorno mental egressos da internação. Essas residências têm o objetivo de respeitar cada paciente e o ritmo de readaptação de cada pessoa à vida em sociedade. (BRASIL, 2006). E ao retornar à sociedade, tem que aprender a conviver novamente com a família.

A partir dessas elucidações podemos pensar: Será que as atividades com famílias preconizadas pelo Ministério da Saúde estão sendo desenvolvidas? Claro que existem muitos municípios tais como São José em Santa Catarina que ainda nem possuem CAPS, mas e os municípios que possuem, desenvolvem todas as atividades previstas? E se as atividades estão sendo desenvolvidas, há indicadores que demonstrem que o que está sendo feito está tendo resultado? Sabemos que o trabalho com famílias é importante, mas temos que avaliar se há indicadores que comprovem a melhora da família diante dessas intervenções. Quais são as limitações dessas intervenções? Há consistência entre elas e o que é preconizado com relação

a esse tipo de intervenção? Existem bases de planejamento, quais tipos, quais as diferenças, quais os tipos de profissionais que estão atuando nisso tudo?

A importância desse trabalho se dá à medida que se propõe a caracterizar os tipos de trabalhos feitos com familiares e quais os resultados alcançados com esses tipos de intervenções.

2 MARCO TEÓRICO

A seguir serão apresentadas questões a respeito do Sistema Único de Saúde e os serviços substitutivos em Saúde Mental e discutidos assuntos relevantes no que tange ao novo papel da família junto ao tratamento de pacientes com transtornos mentais, quais as intervenções realizadas com os familiares de pacientes com diagnóstico de transtorno mental. Serão discutidos também os aspectos referentes aos conceitos de normalidade, patologia e transtorno mental.

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E OS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS

Primeiramente para falarmos sobre Saúde Mental e serviços substitutivos no Brasil, devemos levar alguns aspectos em consideração. Os serviços substitutivos têm como base os princípios objetivados pelo Sistema Único de Saúde. De acordo com Kujawa et al (2003) a partir da proclamação da Constituição em 1988, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS). Este segue princípios que objetivam garantir o seu funcionamento e o alcance de seus objetivos. São eles:

- Universalidade: visa garantir que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, e fundamenta-se no artigo 196 da Constituição Federal.

- Integralidade: propõe-se a permitir que as pessoas tenham atendimento de vários profissionais de diferentes campos de atuação quando isto se fizer necessário. Este princípio também se relaciona com a preocupação em promover atendimento em todos os níveis de atenção, desde a atenção básica, passando pelos serviços de referência e chegando ao hospitalar.

- Equidade: é aquele que permite um equilíbrio entre a população no que tange a sua condição de saúde, possibilitando atendimento diferenciado as pessoas de acordo com seus problemas, buscando como resultado uma equidade entre as condições de saúde. (BRASIL, 2004)

Além do SUS, o Ministério da Saúde, seguindo as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) contidas na Carta de Caracas (1990), define uma nova

política de saúde mental que redireciona os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo de base comunitária. (BRASIL, 2004).

Com a saída dos pacientes dos hospitais psiquiátricos, foi necessária a criação de um modelo de atendimento substitutivo para os sujeitos com transtorno mental. Para que houvesse esse modelo substitutivo em saúde, o Governo Brasileiro, de acordo com as diretrizes do SUS e com a política de saúde mental, reduziu progressivamente os leitos psiquiátricos e expandiu a rede extra-hospitalar, como os CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais. O Governo almeja também incluir as ações da saúde mental na atenção básica, implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, além de implantar o programa "De Volta Para Casa" e mantê-lo como um programa que visa auxiliar na reforma psiquiátrica, na saída dos pacientes dos hospitais e propõe-se a promover os direitos dos usuários e de seus familiares incentivando a participação no cuidado do paciente.

Diante do cenário vigente no Brasil até a década de 1970, já visto anteriormente, essa nova política de Saúde Mental e a nova concepção de sujeito, como sendo um sujeito biopsicossocial, vem para mudar o cenário hospitalar e faz com que ele seja substituído por outros serviços de saúde. Isso não significa que os Hospitais Psiquiátricos tenham sido extintos, mas lentamente estão caminhando para isso.

Um dos serviços criados a partir de então foi o hospital – dia de saúde mental, que foi um dos primeiros equipamentos do SUS a garantir o cuidado em meio aberto à pacientes com transtornos mentais. É um serviço em processo de superação, que está cedendo o espaço aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Já que os CAPS se propõem a realizar o mesmo cuidado com mais opções de atendimento.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), segundo o Brasil (1994), é um serviço de atendimento de saúde mental, criado para ser substitutivo à internação psiquiátrica; é aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde. É lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais, tais como a psicose, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justificam a sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. (BRASIL, 2004).

Os CAPS têm como objetivo oferecer atendimento à população da sua localidade, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social de seus usuários proporcionando acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Visam prestar aos usuários atendimento em regime de atenção diária, gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado. Tem como

responsabilidade organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território, além de dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica. E coordenar junto ao gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem em seu território. Para o sujeito com transtorno mental ser atendido em CAPS ele pode ir diretamente ao serviço, ser encaminhados pelo Programa de Saúde da Família, ou encaminhado pelos Hospitais Psiquiátricos. (BRASIL, 2004)

Os ambulatórios de saúde mental, em geral, prestam atendimento às pessoas com transtornos mentais considerados menos graves pelo governo. Segundo o Brasil (2006) cerca de 9% da população vêm realizando procedimentos como consultas de psiquiatria, psicodiagnóstico, terapias em grupo e terapias individuais. Os ambulatórios são especialmente necessários em municípios maiores que possuem uma grande demanda de atenção aos transtornos em geral ou em municípios que ainda não possuem CAPS. Os ambulatórios ficam com a responsabilidade de atender as pessoas com transtornos mentais graves, buscando articular-se com a atenção básica para que essa acompanhe os sujeitos com transtornos menores. (BRASIL, 2006). Um dos programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde foi o Programa de Volta pra Casa que segundo o Brasil (2003), foi instituído em 2003. Este programa auxilia através do pagamento mensal de um auxílio pecuniário de R$ 240,00 (duzentos e quarenta reais), verba que tem como objetivo contribuir efetivamente para o processo de inserção social do sujeito com transtorno mental, incentivando a organização de uma ampla e diversificada rede de recursos assistenciais e de cuidados, visando facilitar o convívio social, além de assegurar o bem estar global além de estimular o exercício pleno dos seus direitos civis, políticos e de cidadania.

De acordo com o Brasil (2003), os sujeitos que podem ser beneficiários são sujeitos com transtorno mental egressos de internação psiquiátrica, que estiveram internados por um período ininterrupto igual ou superior a dois anos, e que a situação clínica e social não justificam a permanência em ambiente hospitalar e indicam a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social. É importante informar que o auxilio tem a duração de um ano. E que em 2007 o Programa beneficiou mais de 2.622 pessoas segundo o Ministério da Saúde.

As residências terapêuticas foi outro serviço criado. Essas se constituem como alternativas de moradias para um grande contingente de pessoas que passaram muitos anos internadas em Hospitais Psiquiátricos e que não contam com um suporte adequado na comunidade. As residências também podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental que não podem contar com auxílio familiar e social suficiente para garantir uma

moradia. Essas residências são casas localizadas no espaço urbano que visam responder as necessidades de moradia de pessoas com transtorno mental grave, institucionalizada ou não. O número de usuários por residência pode variar de uma a oito pessoas, e essas terão o suporte necessário de um profissional sensível às necessidades de cada um deles. As primeiras experiências com residências terapêuticas no Brasil foram no início da década de 1990, e foram experiências que serviram de base para a elaboração da portaria n° 106/2000 do Ministério da Saúde que fez com que as residências terapêuticas fossem incluídas no âmbito do SUS. (BRASIL, 2004)

Segundo o Ministério da Saúde, após o Relatório de Gestão que foi realizado entre os anos de 2003 e 2006, vem sendo ressaltada a importância da formação de equipes de atenção básica e o apoio matricial de profissionais de saúde mental junto a essas equipes. Este matriciamento consiste nas ações de supervisão, atendimento compartilhado e capacitação em serviço, sendo realizado por uma equipe de saúde mental para as equipes e/ou profissionais da atenção básica. Pela proximidade da equipe básica de saúde com as famílias e comunidades, elas devem ser consideradas estratégicas para garantir o acesso e o enfrentamento de problemas vinculados ao uso abusivo de bebida alcoólica, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico. (BRASIL, 2006) E diante disso, podemos pensar quais os tipos de serviços que têm sido oferecidos aos familiares?

Os centros de convivência e cultura, segundo o Brasil (2006) são dispositivos públicos que também irão compor a rede de atenção substitutiva em Saúde Mental. Estes oferecem espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade aos sujeitos com transtornos mentais.

Com isso podemos observar como está hoje, 2008, o cenário brasileiro no que tange à saúde pública e a saúde mental. Mas para entendermos como se chegou ao cenário vigente devemos compreender como ocorreu, com o passar dos anos, as transformações nos conceitos do que é normal o que é patológico.

2.2. TRANSTORNOS MENTAIS, O NORMAL E O PATOLÓGICO.

No que concerne aos transtornos mentais, esse é um campo vasto de estudos e controvérsias entre autores. A própria denominação “transtornos mentais” é relativamente nova e mesmo assim alvo de críticas. Segundo Puel et all (1997) até os fins do século XVIII

as pessoas que apresentavam transtornos mentais eram vistas como manifestação dos deuses ou possessão demoníaca e sua marginalidade estava ligada a dos miseráveis, dos imorais, dos anciões e dos vagabundos. Até os fins do século XVIII a medicina não procurou saber os causas e conteúdos da "loucura". E então o alienismo começa a conceber a "loucura" como "doença mental", e sua etiologia localizava-se em afetos e impulsos interiores inadequados ao modelo normativo. Os afetos e impulsos em conflito são característicos da loucura e é presente e estimulados na família. (ROSA, 2003)

Para Massaro (1994), o transtorno mental só passa a ser objeto de conhecimento após ter sido "excomungada". A primeira idéia é de ligação com a inumanidade, animalidade e crime. O transtorno marcou para a sociedade a presença do irreal, da não verdade, do não-ser. E a "loucura" só era considerada quando passava a perturbar a relação homem e verdade.

De acordo com o DSM-IV-TR, apesar de não ser considerada completa a definição utilizada para transtorno mental, o mesmo é considerado como síndromes ou padrões comportamentais ou psicológicos clinicamente importantes, que ocorrem em um indivíduo e estão associados com sofrimento ou incapacitação ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento, morte, dor, deficiência ou perda importante de liberdade. Mesmo existindo vários transtornos mentais, segundo Massaro (1994), os mais estudados são sem dúvida, os surtos psicóticos e a psicose, os quais apresentam entre diversos autores, divergências conceituais e práticas. Entre os estudiosos que se propuseram a escrever sobre psicose estão Foucault e a história da loucura, Freud e o redirecionamento da Psicose, Melanie Klein e a angústia da persecutoriedade, Bion e a parte psicótica da personalidade, Laing e a condição esquizóide, Lacan e o discurso do psicótico, Jung e a fundamentação psicológica da psicose e Moreno e o choque psicodramático, entre outras, mas não cabe aqui explicitar cada uma delas. (MASSARO, 1994).

Quando falamos de transtornos mentais estamos também falando de Saúde Mental que de acordo com o Kaplan e Sadock (2007), é definida como a realização bem-sucedida das funções mentais, nos termos de raciocínio, humor e comportamento, resultando em atividades produtivas, relacionamentos satisfatórios e a capacidade de se adaptar a mudanças e enfrentar adversidades. Já, de acordo com Tenório e Rocha (2006), a Saúde Mental é considerada um campo dos cuidados, o que significa dizer que são dispositivos e iniciativas conectadas a um certo gerenciamento da vida, que até então estava impedida ou prejudicada pelo transtorno mental. Amarante (2002), a considera primeiramente como um corpo de conhecimentos que é operacionalizado mediante ao raciocínio médico já que considera que a própria denominação é alvo de críticas e controvérsias.

E para entender o que é transtorno mental e Saúde Mental, devemos primeiramente entender o que é norma perante a sociedade já que de acordo com Jaccard (1981 apud PUEL et. al. 1997) é ela quem define as normas do pensamento e do comportamento. Como os sintomas da enfermidade mental são sempre oponentes à norma social, é a sociedade que determina os limites da loucura. E o que é normal para uma sociedade pode ou não ser para outra. Sabemos que normal não significa saúde. Então o que é normal?

Kaplan e Sadock (2007) irão apresentar quatro perspectivas funcionais da normalidade. Primeiramente apresentaram a noção de normalidade como saúde, que consiste na visão médica que equipara a normalidade à saúde e a considera um fenômeno universal e assim considera que, se um sujeito está dentro dos limites normais, não há nenhuma psicopatologia. Segundo, apresenta a normalidade como utopia, assim como Dalgalarrondo (2008) que a concebe como uma mistura harmônica e satisfatória dos diversos elementos do aparato mental que resulta em um funcionamento ideal. Terceiro, assim como o Compêndio de Psiquiátrica (2007), Dalgalarrondo (2008) e Canguilhem (2006) também apresentarão em algum momento de suas obras a normalidade como média que se baseia no principio matemático da cursa de distribuição normal, assim a faixa intermediária seria o normal e os extremos anormais. E quarto, tanto no Compêndio, quanto para Dalgalarrondo a normalidade aparece como processo, considerando que um comportamento normal é aquele que é resultante de sistemas que interagem (KAPLAN E SADOCK, 2007; DALGALARRONDO, 2008). Dalgalarrondo (2008), além das perspectivas citadas acima, apresenta também a normalidade como normalidade ideal, normalidade como bem-estar, normalidade funcional, normalidade subjetiva, normalidade como liberdade e normalidade como operacional. E segundo Canguilhem (2006) o homem só está em saúde quando se sente mais do que normal, não apenas adaptado ao meio e as suas exigências, mas capaz de seguir novas normas de vida.

Após a elucidação sobre a Saúde mental e os transtornos mentais, o próximo capítulo será destinado aos assuntos sobre as relações entre Reforma Psiquiátrica e famílias, já que a Reforma Psiquiátrica e a família sofreram tantas transformações ao longo dos anos assim como os transtornos mentais. Essas são questões interligadas, não sendo possível falar de uma sem a outra.

2.3. RELAÇÕES ENTRE REFORMA PSIQUIÁTRICA E FAMÍLIA.

Famílias e pacientes com diagnósticos de transtornos mentais sofreram transformações ao longo da historia. Nas sociedades pré-capitalistas os transtornos mentais e o indivíduo com transtorno mental eram assuntos remetidos à competência da família e na sua inexistência ou na impossibilidade de controlar os pacientes que estivessem em crise ou que não se submetessem a ordem social, tornava-se questão pública, de justiça ou de deliberação do rei. (CASTEL, 1978 apud ROSA, 2003).

A partir da institucionalização de pacientes com transtorno mental, o paciente passa a viver dentro de institucionalizações sem poder ter contato com familiares e sociedade em geral. Segundo Foucault (2000), uma data que pode servir como marco da institucionalização é 1656, data essa em que se dá o decreto da fundação do Hospital Geral em Paris. O hospital geral tinha como objetivo recolher, alojar, alimentar aqueles que se apresentavam espontaneamente ou aqueles que eram encaminhados por autoridades, real ou judiciária.

Pinel, no fim do século XVIII foi um dos pioneiros em aplicar a idéia de que os pacientes com transtornos mentais deveriam ser internados. Ele tinha sua idéia calcada em três princípios: 1° Isolar o louco do mundo exterior; 2° Ordem asilar, que tinha como ênfase a consideração às determinantes orgânicas, seu meio básico de tratamento era a medicalização e não era investido no sujeito como participante do tratamento; 3° Que houvesse relação de autoridade entre médico e doente. (PUEL et. al., 1997).

Segundo Foucault (1989), Esquirol apresentava cinco razões para que houvesse internação.

1° Garantir a segurança pessoal dos loucos e de suas famílias;

2° Liberar os loucos das influências externas;

3° Vencer resistências pessoais;

4° Submetê-los a atendimento médico;

5° Impor a eles novos hábitos intelectuais e morais.

Nas relações impostas por Pinel e Esquirol, a relação entre médico e paciente era centrada no poder exercido pela autoridade do médico. Relacionando as idéias dos dois autores, podemos concluir que ambos viam a necessidade de isolar o paciente com transtorno mental do mundo exterior, seja para garantir a segurança dos pacientes e das suas famílias, ou por considerar que os determinantes do processo do transtorno mental eram orgânicos e que apenas o tratamento médico conseguiria subrimir as necessidades dos pacientes.

No Brasil, segundo Tundis (1992), o marco institucional da assistência psiquiátrica ocorreu em 1852, quando D. Pedro II inaugurou o primeiro hospício. Ao abrir, a instituição já abrigava 144 pessoas, sendo que tinha capacidade para 350 pacientes, e pouco mais de um ano depois atingiu sua lotação. Outros asilos que abriam, pouco tempo depois de abertos já se viam cheios de demanda, pedindo por mais verbas e mais hospitais. E com isso podemos concluir que a procura por instituições que recebessem pacientes para tratamento integral era grande.

Os períodos da Assistência Psiquiátrica no Brasil segundo Sampaio (apud PUEL et. al., 1997) são os seguintes:

1° período: 1500 a 1817 - A loucura não é considerada doença.

2° período: 1817 a 1852 - Loucura é doença e seu lugar é rua, cadeia. Porão das Santas Casas.

3° período: 1852 a 1890 - O modelo é alienista. Era dos asilos.

4° período: 1890 a 1941 – Modelo das Colônias. Hegemonia do setor público.

Nas instituições psiquiátricas, a normatização era explícita, por ser uma instituição total e por ter como aspecto fundamental a disciplina, desencadeava em seus internos processos de mortificação e segregação da individualidade e identidade, além de estabelecer uma reorganização social, e se utilizar de táticas visando obter a cooperação dos sujeitos internados. (PUEL et. al., 1997). As instituições tinham como características do sistema: a arquitetura, a separação entre os sexos, a onipresença do regulamento, a ruptura dos laços familiares e com a sociedade, controle rígido do tempo e as relações de poder (MELMAN, 2006).

Segundo Puel et. al. (1997), com o decorrer do tempo, o modelo hospitalar começa a ser alvo de críticas, pois era considerado desumanizador, devido à superlotação do serviço, à precariedade de atendimento, a falta de recursos humanos, físicos e financeiros. Mesmo assim, o hospital continuava sendo eleito como o local de tratamento, embora tenham sido inclusas uma rede de serviços complementares para dar mais eficiência aos resultados da política de saúde mental. Essa rede era preconizada pela psiquiatria comunitária que consistia na existência de ambulatórios, hospital-dia, emergência psiquiátrica e enfermaria psiquiátrica em hospital geral. E mesmo com a criação desses serviços substitutivos e a reforma psiquiátrica, segundo Melman (2006), não é possível falar do tratamento dos pacientes de transtornos mentais graves sem levar em consideração o hospital psiquiátrico, que em todos os lugares ainda representa o eixo e a base da atenção psiquiátrica.

Segundo Rosa (2003), a relação entre a família e o transtorno mental não aparece só como um problema social, mas também como uma questão teórica. Com Esquirol, a relação entre o problema social e a questão teórica foi trabalhada visando justificar a internação e o isolamento do sujeito. O distanciamento entre a família e o familiar com transtorno mental começa a partir de então, já que o paciente deveria ficar em isolamento social completo. E com o isolamento completo, a família que até então era considerada sob ameaça, passa a ser "protegida". Então, a psiquiatria toma para si a tarefa de intervir pedagogicamente sobre as famílias, criando um moral que tinha como objetivo regular as relações familiares, prescrevendo comportamentos e modelos. (MELMAN, 2006).

A partir dos anos de 1970, a família ganha uma nova visibilidade e muitas funções no campo social que antes eram assumidas pelo estado. Com a crise econômica gerando desemprego de seus integrantes, a família se encontra sobrecarregada por não conseguir fazer parte do mundo do trabalho, (ROSA, 2003). O papel da família perante a sociedade passa a ser de amortecedora das crises sociais e vai se transformando acentuadamente até que, a partir dos anos de 1980, recebendo a influência dos estudos feministas, das análises marxistas e dos movimentos da reforma psiquiátrica norte-americana e italiana, o cuidado do familiar com transtorno mental retorna para a própria família, sendo que essa relação diária e as análises teóricas dessa relação começam a ser complexas. No que concerne à desinstitucionalização norte-americana, o fenômeno estava diretamente ligado com a política econômico-administrativa de redução de despesas, o que significou um processo de racionalização de recursos, diferente da reforma psiquiátrica na Itália, onde o processo não pôde ser reduzido ao simples fechamento das instituições, pois abrangeu o desmontar das estruturas mentais, as mudanças na formas de olhar o transtorno e transformar os recursos em instituições sociais, (ROSA, 2003).

Quando se fala de reforma psiquiátrica, existem nomes importantes a serem citados pela sua relevância nesse movimento, tais como Laing e Cooper, na década de 1960, na Inglaterra que afirmavam que a revolução antipsiquiátrica deveria começar com micro-situações, como reestruturação e amor familiar. Na reforma psiquiátrica italiana, o principal nome foi o de Basaglia, que promoveu a ruptura do paradigma clínico, psiquiátrico e desconstruiu os aparatos científicos, legislativos, administrativos, culturais e políticos. Foi ele quem também influenciou a reforma ocorrida no Brasil, na qual um dos nomes que se sobressaem é Paulo Amarante, que afirma que, com a reforma sanitária, ocorre uma reforma estrutural, e passa-se a dispor de amplitude e dinâmica inovadoras na compreensão e construção do conceito de reforma psiquiátrica, que não é apenas uma desistitucionalização,

mas uma mudança configurada como um processo social complexo baseado em quatro dimensões. A primeira dimensão é referente ao campo epistemológico, que está relacionada ao campo da produção de saberes e discute conceitos fundamentais do campo da ciência. A segunda dimensão está relacionada à questão técnico-assistencial na qual emerge a discussão sobre qual o modelo assistencial, a terceira dimensão é a jurídico-politica, que tenta lutar contra a série de noções que relacionam o transtorno mental a periculosidade e irresponsabilidade civil, e a quarta dimensão é a sociocultural que tem aspecto estratégico relacionado a um conjunto de ações que visam transformar a concepção da loucura no imaginário social. A desinstitucionalização então passa a significar diversas formas de tratar o sujeito em sua existência e em relação com as condições concretas da vida. (ROSA, 2003; DUARTE, 1987; AMARANTE, 2003.).

A partir dos anos de 1990, o número de pesquisas sobre a relação da família com o paciente com transtorno mental aumenta, segundo Rosa (2003), e aponta a família para cinco direções: primeiro como um recurso no rol das estratégias de intervenções. Segundo como um lugar possível de convivência do paciente com transtorno mental, desde que os laços familiares possam ser mantidos e reestruturados: a família é vista como um lugar de convívio. Terceiro, a família como sofredora que também é influenciada pela convivência com o familiar com transtorno mental. Quarto, como um sujeito da ação, que se organiza em associações específicas e avalia os serviços além de ser construtor da cidadania do paciente. E quinto, como a provedora de cuidado, porque a família é o principal agente potencializador de medições entre o paciente e a sociedade, formando um lugar privilegiado de cuidados e reprodução cultural. (SANT'ANA & FONTURA, 1996 apud ROSA 2003; MIRANDA, 1999 apud ROSA, 2003; MOTTA, 1997 apud ROSA 2003; PEREIRA, 1997 apud ROSA 2003.)

Segundo Minuchin (2008), a família é um grupo de pessoas conectadas por emoções e /ou consangüinidade, que já viveu juntos tempo suficiente para ter desenvolvido padrões de interação e histórias que justificam e explicam esses padrões de interação. E nessas interações padronizadas entre os membros familiares, as histórias se constroem. Os membros da família adaptam-se às regras familiares que fixam papéis e funções. E estar adaptado, significa favorecer o funcionamento, a antecipação de respostas, a segurança, a lealdade e a harmonia, além de significar, que esquemas viram rotinas, que a espontaneidade é desvantagem e o crescimento é restrito. Embora sempre exista possibilidade de expansão. (MINUCHIN, 2008).

Segundo Minuchin (2008) são as condutas diárias que irão constituir a essência da vida familiar e por elas elucidam-se as variações aceitas de proximidade entre vários

subsistemas da família. Para Rosa (2003), é no cotidiano que se realiza a reprodução social, pela reprodução dos indivíduos e, através do trabalho doméstico percebe-se muito da reprodução dos indivíduos, que se materializa por meio das atividades rotineiras e repetitivas que ao mesmo tempo em que permitem a perpetuação da vida permitem a sua recriação e transformação.

A família, na Teoria Relacional Sistêmica que, segundo Minuchin (2008), nasce na tentativa de encontrar novas maneiras de tratar problemas psiquiátricos importantes como a esquizofrenia, é considerada um sistema e um sistema que engloba vários subsistemas. As diferenças de faixa etária criam um subsistema, os adultos são um subsistema e as crianças outro. E em uma cultura, que prescreve papéis sexuais diferenciados, o gênero cria mais um subsistema.

As famílias como sendo um sistema, são complexas e compostas de indivíduos que vêem o mundo com suas próprias perspectivas individuais e essas perspectivas e pontos de vista mantêm o sistema em um estado de tensão equilibrada. E essas tensões são ativadas todos os dias em cada família, em centenas de interações e em qualquer decisão que tenha que ser tomada em conjunto. Quando a família se depara com um desentendimento, que não possui solução, ela se organiza hierarquicamente, utilizando da autoridade como a maneira de resolver o problema e, assim a satisfação de seus membros tende a desaparecer e os familiares tomam posições polarizadas, mas essa hierarquia pode ser útil e necessária em casos de famílias com filhos, a autoridade é utilizada para resolver conflitos fazendo com que os filhos aprendam com esse processo. É importante destacar as condutas diárias que fazem parte da essência da vida familiar levam as variações aceitas de proximidade entre vários subsistemas da família (MINUCHIN, 2008). E, a partir dessa organização da família como um sistema pode-se questionar, como é a organização de um sistema familiar em que um dos familiares tem diagnóstico de transtorno mental.

Por fim, durante esse tópico foram elucidados vários aspectos, a Reforma Psiquiátrica, o papel da família antes e após a Reforma Psiquiátrica, a concepção da família como um conjunto de subsistemas, o que podem ser consideradas questões necessárias de serem esclarecidas para podermos compreender como essas famílias se encontram hoje, qual o caminho percorrido pelas famílias com paciente com diagnóstico de transtorno mental e qual o papel dela diante do paciente com transtorno mental e perante a sociedade.

2.2.1 As intervenções feitas na área da Saúde com famílias

Primeiramente, quando foi decidida a pergunta da pesquisa, procurou-se investigar em bases de dados como Scielo e na Biblioteca Virtual em Saúde Mental quais eram as intervenções realizadas com familiares de pacientes com transtorno mental. Com essa investigação foram obtidos dois exemplos de intervenções que podem ser realizadas. O primeiro modelo de intervenção encontrado foi o modelo Falloon, descrito não só no artigo, mas citado em Gabbard (2007). Essa intervenção tem como objetivo principal trabalhar com os familiares de pacientes com esquizofrenia, mas conseguiu-se avaliar resultados com outros transtornos além da esquizofrenia, tais como os transtornos de humor. O modelo utilizado tem suas bases na teoria cognitivo-comportamental, na qual a ênfase está nos déficits ou excessos de comportamentos a serem modificados. Trata-se de um modelo de um processo fechado que contem módulos a serem desenvolvidos através de trabalhos unifamiliares, realizando orientações separadas para cada grupo familiar. O objetivo do modelo Falloon é fornecer às famílias alternativas para que elas consigam funcionar de maneira saudável, fornecendo um maior conhecimento sobre o transtorno mental e melhorar as competências de comunicação e resolução de problemas, facilitando assim a gestão dos componentes estressores presentes no cotidiano e nas crises do familiar com transtorno mental. (PEREIRA, XAVIER E FADDEN, 2007).

Outro modelo encontrado é o de psicoedução familiar. De acordo com Yacubian, Lotufo e Neto (2001), a psicoeducação familiar tem como objetivo ensinar as famílias de pacientes com transtorno mental sobre o transtorno em si, quais os tratamentos, as necessidades e capacidades do familiar com transtorno mental, quais as habilidades que podem ser adquiridas e como realizar a prevenção de recorrências de internações e prevenir recaídas para uma convivência harmônica. Quando os familiares se defrontam com o membro familiar que até certo momento era saudável e agora é um sujeito que demanda cuidados, ocorre uma série de dificuldades que precisam ser enfrentadas em relação à saúde do próprio familiar cuidador, tais como a diminuição dos cuidados pessoais, mudanças de humor e a falta de previsibilidade. O comportamento inapropriado do familiar com transtorno mental associado à falta de informações sobre o transtorno, freqüentemente são causas de estresse e tornam os membros da família suscetíveis à ansiedade, depressão e raiva (MUESER & GLYNN, 1995 apud YACUBIAN E LOTUFO NETO, 2001). A psicoeducação apresenta metas a serem alcançadas beneficiando a interação familiar. Entre as metas estão: promover a

aceitação familiar da doença, reconhecer os limites que a doença, além de buscar reduzir as emoções negativas dos membros da família e reforçar a participação do paciente no tratamento. Cabe citar, que a Psicoeducação pode ser utilizada em outros casos que alem das intervenções com familiares, de acordo com Colom e Vieta (2004), a psicoeducação pode ser utilizada para melhorar o desfecho do transtorno bipolar, indo além da medicação.

Já, em um último artigo encontrado, não é explicitado um modelo de intervenção propriamente dito, mas são discutidos assuntos relacionados à reabilitação psicossocial e à saúde da família. São propostas estratégias a serem seguidas, a partir da vinculação entre atenção psiquiátrica e atenção básica de saúde. Brêda e outros (2005) indicam duas estratégias e desafios comuns para intervenção com familiares: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. São apresentados caminhos a serem seguidos e que visam facilitar a efetivação de reabilitação psicossocial de pacientes com transtornos mentais e promover a saúde na família. Os mesmos autores afirmam que há algumas exigências que devem ser seguidas, garantindo assim, o direito à cidadania, o poder de contratualidade social e a capacidade do sujeito com transtorno mental de se situar frente aos conflitos, buscar entender as dinâmicas das diferentes pessoas e famílias, trabalhando família e o familiar com transtorno mental, visando efetuar e ativar as trocas humanas e as suas habilidades, facilitando o convívio familiar (BRÊDA et al., 2005). Diferente dos outros dois modelos citados anteriormente, em que são especificados objetivos e procedimentos a serem seguidos, a proposta de Brêda e outros (2005) discutem a importância de realizar intervenções com familiares indicando seus possíveis resultados. É mais um dos autores que relatam a necessidade de realizar intervenções com familiares.

O número de intervenções encontradas durante a pesquisa foi reduzido, mas é importante citá-los para elucidar que os trabalhos nesse âmbito podem ser realizados. Autores tais como Pereira (2003) e Melman (2006) citam que intervenções familiares promovem a melhora do quadro clínico do familiar com transtorno e conseguem auxiliar na diminuição do número de internações psiquiátricas, além de diminuir a sobrecarga familiar. Mesmo assim, o número de modelos publicados que foi encontrado é pequeno. Com isso resta a dúvida: será que são só essas intervenções que estão sendo feitas? Ou só essas que são publicadas? Existem estudos tais como o de Pereira e Pereira Junior (2003), que demonstram as dificuldades enfrentadas pelas famílias em função do transtorno mental, mas ao mesmo tempo, poucos são os estudos que trazem soluções eficazes para diminuir essas dificuldades. Por isso a importância de realizar um estudo sistematizando, acerca das intervenções realizadas com familiares e os resultados obtidos por eles.

3 MÉTODO

Durante o processo de construção de uma pesquisa o pesquisador deve delimitar quais os meios que ele utilizará para realizar essa pesquisa, como irá realizar a coleta de dados e como irá analisar os dados obtidos. Durante o curso de Psicologia aprende-se a importância de realizar um projeto de intervenção e de pesquisa para conseguir obter, de maneira clara, indicadores que demonstrem, que a intervenção está sendo eficaz e que a pesquisa conseguiu chegar aos resultados esperados. De acordo com Gil (2002), toda pesquisa exige do pesquisador ações que ao longo do seu processo de desenvolvimento sejam efetivamente planejadas, pois a pesquisa é uma atividade racional e sistemática. Esta pesquisa tem como objetivo esclarecer questões referentes às intervenções desenvolvidas nas instituições especializadas em Saúde Mental com familiares dos pacientes com transtorno mental: quais os objetivos das intervenções e quais são os resultados alcançados na percepção dos profissionais de saúde mental.

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Este estudo é caracterizado como uma pesquisa de natureza qualitativa, que é de grande valia para a área social, pois ela possibilita descrever a complexidade de determinado problema, além de analisar a interação entre as variáveis, compreender e classificar os processos dinâmicos do grupo social e possibilitar um maior entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos, (RICHARDSON, 1999). Quanto ao delineamento da pesquisa, os modelos selecionados de acordo com o objetivo geral da pesquisa foram pesquisa exploratória e descritiva. Exploratória, porque visa proporcionar maior familiaridade com o problema. E descritiva, pois visa descobrir a existência de associações entre variáveis. (GIL, 2002) Esta pesquisa tem como objetivo avaliar as relações entre os objetivos propostos e resultados alcançados pelas intervenções de profissionais da saúde mental com familiares de pacientes com diagnóstico de transtorno mental na percepção dos profissionais.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA

Esta pesquisa teve como população alvo, três profissionais da área da saúde mental, um de cada instituição, que realizam intervenções com familiares de pacientes com transtornos mentais. Para tanto, foi realizada a pesquisa com uma amostra intencional, já que os elementos que formam a amostra já estão delimitados de acordo com a característica previamente estabelecida. (RICHARDSON, 1999). Antes de serem realizadas as entrevistas realizou-se uma entrevista piloto com um profissional da saúde mental com um perfil semelhante ao dos participantes da pesquisa a fim de avaliar se as perguntas eram suficientes e adequadas para alcançar o objetivo da pesquisa.

3.2.1 Caracterização dos Sujeitos

A fim de construir o perfil dos profissionais entrevistados, julgou-se necessário investigar informações a respeito da formação de cada profissional entrevistado. Inicialmente foram colhidos dados a respeito do curso de formação, do tempo de formado, do tempo em que o profissional trabalha na instituição, do tempo que realiza intervenções com familiares e se trabalha em outros locais. Esses dados estão apresentados no Quadro 1.

	Sujeitos	Formação	Tempo de Formação	Tempo na Instituição	Tempo que realiza intervenções com familiares	Trabalha em outros locais
PROFISSIONAIS	S.1	Psicóloga Pedagoga	Oito anos	Oito meses	Oito anos	Escola
	S.2	Assistente Social	Um ano e meio	Três meses e meio	Três meses e meio	Não
	S.3	Psicóloga	Dezenove anos	Treze anos	Dezenove anos.	Não

Quadro 1 - Caracterização dos Profissionais entrevistados
Fonte: Elaboração da autora, 2008.

De acordo com o Quadro 1, pode-se afirmar que o estudo contou com uma amostra de três mulheres, todas profissionais da área da saúde mental com o tempo de formação variando entre um ano e meio e dezenove anos. Essas profissionais afirmam realizar intervenções com familiares, com o tempo de realização dessas intervenções variando entre três meses e meio e dezenove anos. Entre as profissionais, apenas uma entrevistada trabalha também em outro local, uma escola, onde é orientadora educacional.

Com o intuito de complementar o perfil da amostra de pesquisa faz-se necessário caracterizar cada profissional. S.1 é psicóloga e pedagoga, é formada em Psicologia há oito anos e realiza intervenções com familiares. Afirma que sempre trabalhou com intervenções com familiares, pois essa é a sua formação básica. Relata ter feito formação em Terapia Relacional Sistêmica. S.2 é assistente social, formada há um ano e meio, iniciou as intervenções com familiares há três meses e meio, assim que entrou na instituição, e que o início dessa intervenção foi previsto no momento em que ela entrou na instituição, tendo sido a função que ela recebeu. S.3 é psicóloga, formada há dezenove anos em Psicologia, e relata que desde que se formou trabalha com intervenções com familiares.

3.3 PROCEDIMENTOS DE CONSTRUÇÃO DO ROTEIRO DE ENTREVISTAS

O instrumento de pesquisa construído para a coleta de dados neste estudo foi a entrevista focalizada por enfocar um tema específico e, semi-estruturada, por haver um roteiro de perguntas pré-estabelecidas. Continha perguntas a respeito dos tipos de intervenções realizadas pelos profissionais com familiares de pacientes com transtorno mental, sobre os tipos de profissionais que as realizam, os objetivos propostos nas intervenções, os critérios utilizados para selecionar as famílias que irão participar das intervenções, a motivação dos profissionais para realizarem tais intervenções, a relevância de realizá-las, os tipos de dificuldades encontradas, os resultados alcançados e a freqüência da participação dos familiares nas atividades desenvolvidas para eles.

3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

3.4.1 Contato com os sujeitos da pesquisa

Primeiramente foi feito um levantamento das instituições que realizam algum tipo de intervenção com familiares de pacientes com diagnóstico de transtorno mental através do *site* da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina e em seguida foram selecionadas as instituições que fizeram parte da pesquisa. As instituições foram selecionadas por possuírem algum tipo de intervenção com familiares de pacientes com transtorno mental. A partir de então, entrou-se em contato com as instituições para verificar quais os profissionais que teriam interesse de participar da pesquisa. Com a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética entrou-se em contato mais uma vez com as instituições a fim de combinar um horário para realizar a entrevista.

3.4.2 De realização das entrevistas

A pesquisa foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas (Apêndice A), com perguntas previamente selecionadas, com duração média de quarenta minutos. As entrevistas foram realizadas individualmente nas próprias instituições em uma sala reservada o que garantiu o sigilo das entrevistas. Nas salas havia cadeiras e mesa que proporcionaram conforto à pesquisadora e aos entrevistados. O ambiente foi desprovido de barulhos e com boa luminosidade. As entrevistas foram gravadas com conhecimento prévio dos entrevistados, que leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) além de ter sido esclarecido aos entrevistados os objetivos da pesquisa. Após terem sido gravadas em áudio, foi feita transcrição literal das entrevistas.

3.5 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS UTILIZADOS.

Para a realização das entrevistas foram utilizados: caneta, folha A4 para as anotações que fossem necessárias, um gravador digital, mesa e duas cadeiras. Para as transcrições das entrevistas, foram utilizados: um computador, uma impressora, folhas A4 e canetas coloridas.

3.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Nesta pesquisa foi utilizada a análise de conteúdo que tem como característica ser um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que visa obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens, além de indicadores que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção e recepção das mensagens, (BARDIN, 1979 apud RICHARDSON, 1999).

Para categorizar as entrevistas, além de uma leitura constante das transcrições para que se tornasse evidente o conteúdo abordado pelos sujeitos, as falas foram agrupadas por perguntas com o intuito de facilitar a análise e relacioná-las aos objetivos específicos. Com base nas respostas dos entrevistados, as perguntas foram divididas em categorias, uma por quadro, e as subcategorias foram construídas de acordo com as falas dos entrevistados.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados estão apresentados em quadros que irão elucidar: a) os tipos de profissionais que realizam intervenções com familiares de pacientes com transtorno mental, b) os tipos de intervenções realizadas com os familiares de pacientes com transtorno mental, c) a motivação dos profissionais para realizar tais intervenções, assim como d) relevância, na percepção dos profissionais de realizar as intervenções com os familiares, e) os tipos de dificuldades encontradas na realização das intervenções com os familiares de pacientes com transtorno mental, f) os objetivos propostos nas intervenções, g) os critérios utilizados para selecionar os familiares que participam das intervenções e h) os resultados alcançados com as intervenções realizadas com os familiares de pacientes com transtorno mental.

4.1 TIPOS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DAS PESSOAS QUE REALIZAM AS INTERVENÇÕES E TIPOS DE INTERVENÇÕES REALIZADAS

O Quadro 2 foi construído a partir dos dados coletados durante as entrevistas e caracterizam os tipos de profissionais que realizam algum tipo de intervenção com familiares de pacientes com transtorno mental nessas instituições.

Instituições	Psiquiatra	Enfermeiro	Psicólogo	Assistente Social	Neuro-pediatra	Homeopata infantil	Pedagogo
CAPS ad	X	X	X	X			
CAPS II	X	X		X			
CAPS i	X	X	X	X	X	X	X

Quadro 2 - Tipos de formação profissional das pessoas que realizam as intervenções nas Instituições
Fonte: Elaboração da autora, 2008.

A partir do Quadro 2 é possível observar que psiquiatras, enfermeiros e assistentes sociais são os profissionais que realizam intervenções com familiares em todas as instituições pesquisadas. Durante as entrevistas, ao comentarem sobre os tipos de profissionais que realizam as intervenções, os sujeitos entrevistados também comentaram a respeito do tipo de intervenção que os profissionais realizam o que será elucidado no quadro 3.

No CAPSad existem quatro tipos de formação profissional das pessoas da saúde que realizam intervenções com os familiares de pacientes com transtorno mental: psiquiatra, enfermeiro, psicólogo e assistente social. Segundo S1, o grupo de familiares é coordenado por ela (psicóloga), por uma assistente social e uma médica, mas os psiquiatras, outros médicos e enfermeiros também atendem as famílias, fazem consultas e dão orientações.

No CAPS II há três tipos de formação profissional que realizam as intervenções com os familiares: psiquiatra, assistente social e enfermeira. De acordo com S.2 o grupo de familiares é coordenado por ela (assistente social) e uma enfermeira. S.2 afirma que as pessoas que trabalham na instituição perceberam a importância de realizar o grupo junto com um profissional da enfermagem, porque muitas das dúvidas dos familiares estavam relacionadas com a medicação e ela, assistente social, não se sentia preparada para discutir tal assunto. A participação do médico psiquiatra nas intervenções com familiares ocorre quando o médico psiquiatra solicita a presença dos familiares nas consultas psiquiátricas.

Já no CAPSi nota-se, que há um grande número de profissionais que realizam tais intervenções (psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, assistente social, neuropediatra, homeopata infantil e pedagogo). Cabe salientar que nem todos realizam grupo com as famílias, mas fornecem algum tipo de intervenção aos familiares, muitas vezes, quando acompanham o paciente. S3 relata que na instituição existem os terapeutas de referência que são responsáveis por um número de pacientes e, que esse terapeuta de referência, quando julga necessário, realiza intervenções junto às famílias. Essas intervenções podem se caracterizar como um atendimento psicoterapêutico de família, caso o terapeuta de referência do paciente seja psicoterapeuta. Caso ele não seja psicoterapeuta, ele não irá realizar um atendimento psicoterapêutico com a família, mas irá realizar o encaminhamento para um dos tipos de intervenções realizados na instituição. Isso, quando o encaminhamento já não foi previamente estabelecido no projeto terapêutico do paciente.

Após terem sido elucidados os tipos de formação dos profissionais que realizam as intervenções com familiares de pacientes com transtorno mental, agora serão abordados os tipos de intervenções que são realizados com os familiares nas instituições. Yacubian e Lotufo Neto (2001), relatam que apesar dos avanços da psiquiatria, o número de serviços de saúde

mental que oferecem programas de apoio para os familiares e que os aceitam como aliados na elaboração dos projetos terapêuticos e de reabilitação são extremamente reduzidos. A partir dessa afirmação podemos pensar: O que acontece para que os serviços não ofereçam ou raramente ofereçam programas de intervenção com familiares de pacientes com transtorno mental? Nos serviços pesquisados, os tipos de intervenções não são necessariamente os mesmos, mas destaca-se o grupo Multifamiliar que é, segundo os entrevistados, desenvolvido em todas as intuições. Os dados referentes aos tipos de intervenções estão descritos no Quadro 3.

Categoria	Subcategorias	UCE	Freq.
TIPOS DE INTERVENÇÕES	Grupo Multifamiliar	"... basicamente a gente tem grupo de familiares que daí é pra quem tem familiares que esteja em tratamento aqui ou que não esteja mais em tratamento que não tenha interesse em fazer tratamento também, de familiares de pacientes, de pessoas que fazem uso, dependentes de álcool ou outras drogas e aí a gente faz o atendimento aos familiares..."S.1 "... grupo de apoio ao familiar seria o cuidado com o cuidador, a gente cuidaria dessa família pra que a família cuidasse dos usuários..." S.2 "A gente tem atendimento em grupo de familiares, que são, a gente chama de grupo de cuidadores, porque o nosso familiar é o cuidador da criança ou do adolescente..." S.3	**3**
	Atendimento Unifamiliar	"... atendimento familiar com uma família especifica..." S.1 "... tem o atendimento familiar que aí é com o grupo família, de uma pessoa só, então aí o atendimento é só pra aquela família..." S.3	**2**
	Atendimento de casal	"... agora tem mais uma profissional que faz as intervenções familiares então ela atende, fazendo atendimento de casal..." S.1	**1**
	Orientação medicamentosa	"... nas consultas médicas quando vem com acompanhante em algumas situações é solicitado que o acompanhante venha pro atendimento, pra consulta, e nessas situações o acompanhante é orientado, recebe orientações, principalmente se a pessoa não tem condições de ficar com a medicação, de cuidar da sua medicação né por conta própria ou em situações de risco de morte, nessas situações mais específicas a pessoa quando vem com acompanhante sempre há orientação." S.1 "...quando o médico solicita que o familiar venha, com o médico eles vem (...). Porque eles têm muito essa coisa do tratamento estar vinculado ao médico e acham que os outros profissionais não ajudam muito no tratamento." S. 2	**2**
TIP	Orientação quanto ao manejo	"... o TR vai estar fazendo também encontros com a família então as vezes não é um atendimento psicoterapêutico de família porque nem todos aqui são psicoterapeutas, tem psicólogos, tem outras formações, que nem assistente social, enfermeira, mas essa pessoa também vai estar fazendo a	**1**

OS DE INTERVENÇÕES		abordagem familiar, dentro desse espaço que a gente chama de terapeuta de referência, que é um acompanhamento, poder também estar ouvindo as dificuldades que está tendo, como é que esta entendendo as coisas, que estão se passando, ou uma orientação, uma escuta mais direcionada, uma devolução também do como que esse processo terapêutico está acontecendo aqui dentro do CAPSi, então é a pessoa que esta fazendo uma relação, uma mediação com a família e o serviço." S.3	
	Visita Domiciliar	"... eu até procuro fazer visita domiciliar mais a gente tem bastante rejeição por parte dos familiares, eles se escondem, não querem falar ou escutam e não estão nem aí..." S. 2 "Tem outro atendimento que é realizado no domicílio quando a gente precisa abordar algum familiar que não está comparecendo aqui ou porque tem dificuldade ou porque a gente quer conhecer e a pessoa não comparece então é feita uma abordagem na casa da família." S. 3	**2**
	Reuniões	"E tem as reuniões mais amplas que são feitas com, a gente usa uma referência que é o terapeuta de referência né, cada terapeuta do CAPSi é referência pra algumas pessoas que estão em tratamento." S.3	**1**

Quadro 3 - Tipos de intervenções realizadas com familiares de pacientes com transtorno mental
Fonte: Elaboração da autora, 2008.

De acordo com o Quadro 3, é possível observar que todos os sujeitos relataram realizar intervenções em grupos multifamiliares. Dois dos três sujeitos relataram realizar atendimentos unifamiliares, um sujeito relata realizar atendimento de casal, dois relataram realizarem orientações medicamentosas, um sujeito relatou realizar orientação quanto ao manejo, dois sujeitos relataram realizar visitas domiciliares e um sujeito relatou realizar reuniões.

O **grupo Multifamiliar** está presente em todos os serviços. De acordo com S.1, no grupo de familiares podem participar tanto os familiares dos pacientes que estão em tratamento quanto os familiares cujos pacientes não estejam mais em tratamento no serviço. Para S.2 e S.3 o grupo de apoio ao familiar seria o cuidado com o cuidador, sendo que todos os familiares podem participar. De acordo com Mc Farlane et al. (2003 apud GONÇALVES-PEREIRA et al., 2006), em estudo feito sobre intervenções com familiares de pacientes esquizofrênicos, relata-se que as Intervenções Familiares (IF) diferem no formato que pode ser multifamiliar, unifamiliar, só para familiares ou modelos mistos e que na sua estrutura poderão ou não incluir o paciente com transtorno mental, o que mostra que o grupo multifamiliar pode ser uma das modalidades de intervenção com familiares.

Segundo Gonçalves-Pereira et al (2006), os grupos multifamiliares ou intervenções em grupo de familiares são grupos dirigidos ao familiares, mas sem a presença

do familiar com o transtorno mental. O formato do grupo pode ser variado, podendo haver ênfase em programas pedagógicos que visam fornecer informações sobre o quadro clínico, terapêutica, etiologia, prognóstico, serviços ou a legislação de saúde mental, incluindo em alguns casos, o treino de comunicação e resolução de problemas. As entrevistadas S2. e S3. citam o grupo multifamiliar como um grupo de cuidado com o cuidador. Estudos tais como de Pereira e Pereira Junior (2003) e Campos e Soares (2005) evidenciam que famílias, com pacientes com transtorno mental sofrem sobrecargas que podem ser financeira, física e emocional. Por isso a relevância de realizar intervenções com os cuidadores.

As mesmas entrevistadas S.2 e S.3 apresentam outro tipo de intervenção: **as visitas domiciliares** nos casos em que os familiares não estão aderindo ao tratamento, mesmo que com a visita possa-se notar, conforme relatado por S.2, a rejeição dos familiares para participar das intervenções. S.3 relata que caso os profissionais necessitem conhecer um pouco sobre a família dos seus pacientes e a família, por algum motivo não pode comparecer ou tem alguma dificuldade de ir até o serviço, são realizadas as visitas domiciliares. De acordo com Gonçalves-Pereira et al. (2006), um dos princípios na realização de intervenções familiares integrando o paciente, é que as sessões sejam preferencialmente em domicílio e que dessa maneira ocorra a inclusão do paciente no tratamento para a família. A partir dessa afirmação e com o relato dos sujeitos entrevistados, podemos pensar que essa seria uma maneira de possibilitar o atendimento tanto aos familiares que não comparecem por alguma questão financeira ou de tempo, quanto aos familiares que resistem em participar de algum atendimento.

Outro tipo de intervenção que os profissionais citam que podem ser realizadas nas instituições é o **atendimento unifamiliar**, que ocorre em dois dos três serviços pesquisados. Segundo S.1 o atendimento unifamiliar é realizado com uma família específica, S.3 também cita que esse atendimento seria apenas pra aquela família que está precisando, sendo assim, eles identificam, dentre todas as famílias, aquelas que necessitariam de alguma intervenção psicoterapêutica ou uma orientação mais individualizada. De acordo com Gonçalves-Pereira et al, (2005), o atendimento unifamiliar tem como característica ser um atendimento para abordar as necessidades de todos os membros da família, no qual o foco será geralmente pedagógico e irá contemplar a aquisição de informação, de perícias de comunicação, resolução de problemas, além da gestão do estresse. Nesse tipo de intervenção, segundo o mesmo autor, o enfoque será nas questões do cotidiano, para ocorrer uma melhoria no ambiente familiar e o desenvolvimento de redes de suporte social informal e formal para a família no seu todo.

Há também o atendimento, que tem como função promover a **orientação medicamentosa**. S.1 relata que nas consultas médicas, algumas vezes, é solicitada a presença do familiar e, quando o familiar comparece, ele recebe orientações, principalmente, se o usuário do serviço não tem condições de ficar com a medicação. S.2 comenta que mesmo com a dificuldade dos familiares de aderirem ao tratamento, quando é o médico que solicita a presença, eles comparecem. Segundo Yacubian e Lotufo Neto (2001), freqüentemente, não é fornecido aos familiares e comunidade em geral, informações básicas ou um treinamento formal adequado para o manejo diário desses indivíduos e isso, muitas vezes, se torna mais uma sobrecarga para a família, podendo causar prejuízos ao usuário, a família e a sociedade. Segundo os mesmos autores, ensinando essas medidas aos familiares, eles também auxiliam a família a ter um entendimento pragmático da doença, dos sintomas, das estratégias de manejo e de onde e quando procurar auxílio. E que para verificar a qualidade dos métodos psicoeducacionais oferecidos deve-se levar em conta a satisfação dos familiares com o método empregado, o nível de funcionamento do pacientes, o nível de funcionamento familiar e o nível de estresse familiar. Nesse sentido, pode-se esperar que com as intervenções feitas, como a orientação medicamentosa, ocorra uma melhora na relação entre paciente e medicação, que a família consiga manejar a medicação para que o paciente a tome de maneira correta, ocorrendo menos recaídas dos pacientes.

Outro atendimento oferecido aos familiares é a **orientação quanto ao manejo do paciente**. S3 afirma que o atendimento ao familiar é realizado pelo terapeuta de referência do paciente, o qual ficará responsável por identificar as dificuldades da família e a orientá-la conforme as necessidades. De acordo com Campos e Soares (2005), a responsabilidade da família de cuidar é potencializada também pela falta de esclarecimentos e informações por parte do sistema de saúde que não fornece respostas definitivas sobre a causa e prognóstico da doença. Assim, a orientação seria uma maneira de possibilitar um maior esclarecimento aos cuidadores.

O **atendimento de casal** é mais um dos tipos de intervenções oferecidos em um dos serviços. De acordo com S.1, é realizado por uma médica. E, por último, também é citado por S.3, a realização de **reuniões** em equipe na instituição, em que são planejados os projetos terapêuticos dos usuários e discutidos quais os tipos de intervenções, dos quais o usuário irá participar. De acordo com a demanda, discute-se, em equipe, a importância da família desse usuário participe de alguma intervenção também. Nesse caso, não fica clara qual a intervenção a ser realizada com os familiares, mas sim, que alguns casos são discutidos em equipe e é visto a necessidade de encaminhar a família para algum tipo de intervenção.

Diante dos dados apresentados referentes ao Quadro 3 pode-se observar que são vários os tipos de intervenções realizados nos serviços, e que entre eles existem coisas em comum, como auxiliar a família no entendimento do transtorno, auxiliar na diminuição da sobrecarga trazida pela família e auxiliar na mudança da dinâmica familiar, pois segundo Bertin (2004), os conjuntos de elementos de um sistema que se relacionam entre si formarão um todo único, que terá as partes se inter-relacionando e se afetando mutuamente.

Além de terem sido investigados os aspectos referentes aos tipos de formações dos profissionais da saúde que realizam as intervenções e os tipos de intervenções realizadas, foi investigada, também, a freqüência da participação dos familiares em intervenções realizadas para eles. Todos os profissionais relataram que são poucos os familiares que comparecem as intervenções.

S.1 relata que são bem poucos os familiares que comparecem, mas que em consultas médicas ela percebe que a aderência é um pouco maior. Ela citou, que por semana, são dez pacientes que participam do grupo de familiares e, que em relação às outras atividades, ela não conseguiria pensar em um número de participantes, pois ela não participa das atividades.

S.2 apenas relatou que nas intervenções semanais do grupo de famílias comparece apenas um familiar e que não é sempre o mesmo familiar. Vale à pena ressaltar que no dia da entrevista, que era o dia do grupo, nenhum familiar compareceu.

S.3 relatou que não tem como falar da freqüência de participação dos familiares nas intervenções, pois depende de cada caso. Apenas citou que alguns familiares participam de intervenções semanais, outros quinzenais e outros mensais. E que muitas vezes essa é a maneira que eles encontram para que os familiares possam estar participando das intervenções.

Comparando as falas das entrevistadas podemos perceber que S.1 considera bem pouca a participação dos familiares, mesmo que o número possa parecer alto perto dos outros serviços, são dez familiares em um serviço que atende a duzentos e trinta usuários, pensando dessa forma podemos compreender porque S.1 considerada pouco. Com as outras entrevistadas não foi questionado o número de usuários do serviço, e mesmo que o número de usuários seja inferior a duzentos e trinta, se dez familiares de duzentos e trinta usuários é bem pouco, o que seria a presença de apenas um familiar por semana como citado por S.2?

4.2 MOTIVAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA REALIZAR AS INTERVENÇÕES, RELEVÂNCIA PARA OS PROFISSIONAIS PARA REALIZÁ-LAS E TIPOS DE DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS PROFISSIONAIS.

Neste subcapítulo são discutidos: a) a motivação dos profissionais para realizarem intervenções com familiares, b) a relevância de realizar as intervenções e c) os tipos de dificuldades encontradas na realização das intervenções.

O que os profissionais apresentam como motivação para realizar tais intervenções estão apresentados abaixo no Quadro 4.

Categoria	Subcategoria	UCE	Freq.
MOTIVAÇÃO	Estabelecido pela instituição	"Na verdade foi um critério estabelecido pelo CAPS né, já tinha o grupo familiar então assim que eu entrei já me deram essa função de trabalhar com os familiares também. Faz parte também do trabalho né, aqui, além do com os usuários." S.2	**1**
	Família como fundamental ao tratamento	"Assim, foi o que me motivou para trabalhar com a Psicologia. Como assim, na Psicologia o sujeito do trabalho é a pessoa, dificilmente existe uma pessoa com um sofrimento psíquico que esteja sem uma família. Seja a família os laços consangüíneos, pai, mãe, avó, ou alguém que esta cumprindo esse papel ou o companheiro, a companheira, então o meu olhar sempre foi pra além daquela pessoa que estava ali na minha frente com um sofrimento declarado, mas sempre de tentar ver as forças que essa pessoa tem, de quem que ela pode ter apoio, ou quem que esta atrapalhando um pouco no relacionamento e poder trabalhar o conjunto, seja para aumentar as condições dela de melhora ou pra trabalhar mesmo as dificuldades que esses familiares têm no trato com a pessoa. Então é por considerar parte fundamental no tratamento a família." S.3 "Bom, a minha própria, quando eu fui fazer a minha formação já fui, é já fui percebendo a importância das questões familiares no atendimento ao indivíduo..." S.1	**2**

Quadro 4 - Motivação dos profissionais para realizar intervenções com familiares de pacientes com transtorno mental.
Fonte: Elaboração da autora, 2008.

De acordo com o Quadro 4 podemos observar que são diferentes as motivações que levaram os profissionais da saúde a realizarem as intervenções com familiares de

pacientes com transtorno mental. Para S.2 o que a levou a realizar as intervenções com os familiares foi um **critério estabelecido pela instituição** no momento em que foi contratada. Vale ressaltar que a intervenção realizada por S.2 (grupo de familiares) é imposta aos familiares e mesmo sendo imposta os familiares não participam. Será que a partir disso podemos fazer alguma relação? De certa maneira todas as entrevistadas poderiam citar que realizam o grupo por ser um critério estabelecido pelo serviço, afinal, de acordo com o BRASIL (2004) quando uma pessoa é atendida em um CAPS, ela pode ter acesso a vários recursos terapêuticos. Atendimento para a família é um desses recursos e ele pode ser desenvolvido de várias maneiras, como atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado à familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino e atividades de lazer com os familiares.

A diferença que pode ser percebida entre as respostas das entrevistadas seria que S.1 e S.3 trazem questões pessoais, epistemológicas, pelas quais elas optaram por realizar esse tipo de intervenção. Podemos considerar que S.1 considera que o que a motivou a realizar intervenções com familiares de pacientes com transtorno mental foi ter feito a formação. Embora tenha relatado que fez a formação em Teoria Relacional Sistêmica por considerar a família fundamental no tratamento. S.3 também considera a família fundamental no tratamento, pode ser que ela não considere apenas fundamental no tratamento de um paciente, mas ela perceba a relevância de realizar intervenções com famílias.

Sobre a relevância na percepção dos profissionais de realizar as intervenções com familiares de pacientes com transtorno mental os resultados obtidos através das entrevistas estão descritos no quadro abaixo.

Categoria	Subcategoria	UCE	Freq.
R E L E V Â N C I A	O processo é mais rápido e mais consistente	"Bom, qualquer transtorno, distúrbio mental assim a gente sabe que a família uma participação importante, o meio familiar, o meio social tem uma participação importante no processo de melhora ou de piora da situação, então o familiar que dá conta no que ele pode estar contribuindo, no que a dinâmica da família está influenciando é de grande ajuda. Então é imprescindível, não só pra dependência química, eu falo da dependência química porque é a nossa realidade aqui, mais é importante em todos os outros transtornos principalmente infantis, eu já trabalhei bastante com crianças e a gente nota que se trabalha sem a família a dificuldade é maior, não que não aconteça mudança na criança a gente sabe que acontece, mas é mais lento e com a família eu considero que o processo é mais rápido e mais	**1**

		consistente...” S.1	
	Cuidado com o cuidador	“...então a família tem um papel importante, até porque no caso de outros transtornos mentais a família tem que ser apoiada também porque ela é a cuidadora então ela tem que ser orientada de como lidar com aquela situação, receber orientações e o acolhimento também, esses casos sobrecarregam bastante a um dos familiares do que aos outros aí no caso a família inteira adoece, quando tem um pessoa doente na família a família inteira adoece então tem que sempre olhar pro ambiente familiar para o que está acontecendo na família mesmo no individual, mesmo no atendimento mais individualizado ou no atendimento de grupo com os usuários do serviço né.”S.1	**1**
	Ter a participação de familiares e de usuários	“Assim eu vejo que é muito importante né, esse grupo só que eu acho que a gente precisa ver outra forma de trabalhar esse grupo familiar (...)Só que agora com esse novo projeto terapêutico eu reformulei o objetivo eu não fiz como cuidando do cuidador, eu fiz como se fosse uma reunião familiar que os usuários também poderiam participar (...)Eu não vejo o porquê ter um grupo para cuidar do cuidador se o familiar não participa então eu procurei fazer um objetivo de acordo com o que já estava acontecendo que é a realidade do familiar aqui no CAPS.” S.2	**1**
RELEVÂNCIA	Família como parceira no processo de tratamento	“Eu acho essencial, eu não consigo conceber a gente atender essa faixa etária e sem estar atendendo o grupo familiar, porque eles estão em formação ainda, dependem afetivamente daquelas pessoas, dependem daquelas pessoas então não tem como não estar trabalhando junto, não vejo assim. É muito raro uma coisa que seja só da criança, até mesmo assim, uma criança que é autista, por exemplo, ela tem um convívio com aquela família, a família precisa de algum suporte pra poder estar interagindo melhor então, sempre tem o que fazer com a família, mesmo quando não é de demanda dessa família, mais assim como a família vai lidar com aquela dificuldade que está colocada, de que forma ela vai intervir, da gente ter uma troca também né, nós queremos saber qual é a evolução que eles estão vendo em casa, como é que a gente está trabalhando aqui, tirar algumas dúvidas, algumas fantasias de o que se faz no serviço, pra não ficar uma coisa desvinculada da outra mas de ser parceiro mesmo. Eu acho que é a única forma da gente ter um tratamento eficaz.” S.3	**1**

Quadro 5 - A relevância na opinião dos profissionais de realizar intervenções com familiares de pacientes com transtorno mental
Fonte: Elaboração da autora, 2008.

De acordo com o Quadro 5 podemos afirmar, que para os profissionais, existem quatro diferentes tipos de relevâncias a serem consideradas na realização de intervenções com os familiares de pacientes com transtorno mental. Por considerarem que: 1- ao intervirem junto com a família o processo de tratamento do paciente é mais rápido e mais consistente, 2- por considerarem importante o cuidado com o cuidador, 3- por considerarem importante que famílias e pacientes participem da intervenção e 4- por considerarem a família como parceira no processo do tratamento.

S.1 considera relevante realizar intervenções com familiares por considerar que dessa maneira o **processo é mais rápido e mais consistente**, pois assim a família poderá saber como ela pode contribuir e no que a dinâmica familiar está influenciando o paciente. Nesse sentido podemos relacionar, como já citado anteriormente, que se o individuo se conscientiza sobre o seu funcionamento e sobre as suas dificuldades, ele pode vir a poder desenvolver um programa de mudanças, e assim treinar novos comportamentos, atitudes e sentimentos, (ROSSET, 2008). Assim, se a família se conscientizar com o seu modo de funcionamento poderá desenvolver a percepção e falar sobre como ocorrem às implicações a respeito disso no tratamento da família e do paciente.

A mesma entrevistada relata a importância de realizar o **cuidado do cuidador,** podemos relacionar essa relevância trazida pela entrevistada com diversos estudos (CAMPOS e SOARES, 2005; YACIBUIAN e LOTUFO NETO, 2001; PEREIRA, 2003; PEREIRA e PEREIRA JUNIOR, 2003), que relatam as sobrecargas sofridas pelas famílias com pacientes com transtorno mental e falam da importância de realizar intervenções que podem ser: 1) oferecer informações básicas, 2) treinamentos para o manejo diário desses pacientes, 3) atendimento psicoterápico para a família, 4) psicoeducação familiar. E dessa maneira possibilitar uma convivência mais harmônica na família, prevenir recorrências indesejadas, além de diminuir a sobrecarga depositada na família.

Dessa maneira pode-se perceber a **família como parceira no tratamento,** como citado por S.3, e não como responsável por todos os cuidados. O cuidado pode ser divido entre família e equipe responsável e juntos eles podem encontrar as melhores alternativas para que o tratamento possa transcorrer da melhor maneira possível. Se a família se dispõe a ser parceira no tratamento, haverá mais trocas entre a equipe e a família. A equipe pode explicar quais são as intervenções farmacológicas e psicológicas de que o paciente está participando, poderá reforçar junto à família a importância da participação do paciente no tratamento e mostrar para as famílias e os pacientes que eles não estão sozinhos. E a família por outro lado

poderá mostrar para o paciente a importância de tomar a medicação, de participar das intervenções psicológicas, poderá monitorar a aderência do paciente ao tratamento, os efeitos colaterais das medicações e as mudanças decorridas das intervenções. (YACUBIAN e LOTUFO NETO, 2001).

Outro fator, citado por S.2, em relação à relevância das intervenções foi o de realizar intervenções com a **participação de familiares e usuários.** Para ela seria uma reunião familiar, na qual os usuários também poderiam participar. Gonçalves-Pereira et al. (2006) falam sobre as intervenções familiares com a participação do paciente, mas para ele, dessa maneira o atendimento seria centrado em cada família, um atendimento unifamiliar, e o objetivo seria terapêutico e centrado naquela família. Esse atendimento teria como objetivo o treino da comunicação, o treino de resolução de problemas para o conjunto da família e a melhoria do ambiente familiar.

Assim como em relação aos tipos de intervenções e motivação, os entrevistados trazem diferentes tipos de relevâncias para a realização das intervenções com os familiares. Mas nesse caso, diferente dos outros, podemos observar que os assuntos se complementam e todos podem ser relacionados com literaturas sobre o assunto.

Em relação ao tipo de dificuldades encontradas na realização das intervenções com familiares de pacientes com transtorno mental foi elaborado o quadro abaixo.

Categoria	Subcategoria	UCE	Freq.
TIPOS DE DI	Financeira	"... existem alguns fatores né, o financeiro é um deles né porque as vezes eles moram, a gente atende todos os moradores de Florianópolis, então, norte, sul, leste, oeste muitas vezes já é difícil vir uma pessoa da família todos os dias pra cá então a questão financeira pega a gente tem uma familiar que diz "á eu venho quando eu consigo dinheiro pra passagem" então é um impeditivo." Suj.1 "Outra coisa que eles têm é o gasto financeiro com isso. Florianópolis é bem distante assim, as localidades é só um CAPSi pra toda a cidade, as vezes a pessoa tem que tomar dois, três ônibus pra chegar aqui, então tem um custo alto né, a prefeitura subsidia algumas passagens, nem todas não é tão freqüente a reposição, então é outra coisa que dificulta bastante." S. 3	**2**
	Tempo	"Primeira dificuldade é o tempo pro familiar estar vindo aqui, porque o familiar trabalha, ele é responsável pelo sustento daquela casa, então, pra estar vindo aqui no CAPSi e sendo semanalmente como é a maioria, significa que ele vai perder um turno de trabalho e nem sempre o familiar	**1**

F I C U L D A D E S		pode se dar ao luxo de ir não trabalhar um turno, as vezes a gente acaba tendo que fazer um atendimento mais espaçado pela condição dele de trabalho, do que da necessidade do tratamento.” S. 3	
	Trabalho	“Também tem familiares que trabalham, são eles que mantêm a casa e por isso eles não conseguem estar aqui...” S. 1	**1**
	Resistência	“E a outra questão é a própria dinâmica familiar, a própria forma que a doença foi se constituindo na organização e no dia-a-dia dessa família (...) os que conseguem vir tem essas dificuldades de a família adoecer e não conseguir sair daquele padrão mantendo aquela estrutura da família mais adoecida mesmo tem essas dificuldades. (...) Eles querem ajuda mais não querem mudar...” Suj. 1 “Além é claro, da resistência da família, mas eu acho que são os três itens que dificulta essa abordagem familiar.” S. 3	**2**
	O não comparecimento da família	“A dificuldade é que o familiar não comparecer né...” S. 2	**1**

Quadro 6 - Tipos de dificuldades encontradas na realização das intervenções com familiares de pacientes com transtorno mental.
Fonte: Elaboração da autora, 2008.

De acordo com o Quadro 6 podemos afirmar que, de acordo com os profissionais, são cinco os tipos de dificuldades encontradas na realização das intervenções com os familiares de pacientes com transtorno mental. Na percepção deles, os familiares têm dificuldades **financeiras, relacionadas ao tempo, ao trabalho, apresentam resistência diante das intervenções e não comparecem**. Enquanto S.1 e S.3 falam sobre os tipos de dificuldades que eles percebem existir, S.2 apenas relata que a dificuldade seria o não comparecimento da família.

Podemos relacionar as dificuldades trazidas pelos entrevistados com os encargos objetivos e subjetivos citados por Pereira e Pereira Júnior (2003), na pesquisa que investiga sobre o transtorno mental e as dificuldades enfrentadas pela família. Em relação aos encargos objetivos estão: a dificuldade financeira, dificuldades quanto ao trabalho, tempo utilizado para assistência.

Além dos encargos subjetivos, a resistência familiar também é citada como uma das dificuldades encontradas na realização das intervenções com profissionais. De acordo com Andolfi (1977), pode-se verificar que em sistemas familiares em que houve a estruturação de um comportamento patológico em qualquer de seus membros, eles tendem a repetir quase automaticamente algumas interações para que haja a manutenção da relação, que

ela fique estável, e esse comportamento poderia ter o objetivo de manter o sistema homeostático para salvaguardar o equilíbrio do sistema.

Sabemos que as intervenções com os familiares são importantes, mas os dados trazidos pelos entrevistados são dificuldades já relacionadas em outras pesquisas, tais como a de Pereira (2003) que se propôs investigar a Representação da doença mental pela família do paciente e apresentam as mesmas dificuldades, a autora cita que existem as dificuldades financeiras e relaciona com casos de o paciente com transtorno mental ser um adulto improdutivo e carente de cuidados especiais. Podemos estender essa idéia para além de um adulto improdutivo, mas qualquer paciente com transtorno mental poderá demandar da família cuidados que a mesma não está pronta para assumir. Então, além de assumir esses cuidados em casa, ela precisa dispor de tempo para participar de intervenções no serviço em que o paciente passa o dia. Nesse sentido é importante pensar em estratégias para conseguir uma aproximação dessas famílias sem que isso as prejudique. A partir disso, talvez possamos compreender o porquê para Gonçalves-Pereira et al., (2006) as intervenções com familiares de pacientes com transtorno mental ocorram preferencialmente em domicilio, pois assim a família não precisa dispor do tempo para se locomover até o serviço e nem ter gastos para com isso.

4.3 OBJETIVOS, CRITÉRIOS E RESULTADOS

Essa pesquisa tem como um dos seus objetivos avaliar quais os objetivos propostos nas intervenções realizadas nos serviços de saúde mental. No quadro abaixo são descritos os objetivos que, segundo os sujeitos pesquisados, são propostos pelas instituições nas intervenções com os familiares de pacientes com transtorno mental.

Categoria	Subcategorias	UCE	Freq.

OBJETIVOS PROPOSTOS	Mudar a dinâmica familiar	"..a gente sabe que quando família participa ativamente do atendimento, quando ela está realmente querendo promover mudanças no ambiente familiar, é tem um grau de resolutividade bastante grande né, quando a pessoa tem o apoio familiar né, até nos próprios grupos que eu faço, né de com os usuários eles dizem que quando a família participa eles se sentem muito mais motivados , muitos deles chegam aqui porque querem melhorar pras suas famílias, pra esposa, pros filhos principalmente ou pra mãe né, então a família tem um papel decisivo no tratamento, ela pode tanto apoiar quanto fazer com que as coisas se desequilibrem e a pessoa pode retornar, recair enfim, abandonar o tratamento é fundamental o papel do familiar." S.1	**1**
	Fornecer orientações	"O objetivo do grupo era trabalhar a família né. No caso, dar orientações sobre como é o CAPS que na verdade isso não é bem claro entre os usuários mesmo e entre a família e estar conversando sobre a doença e fazer um trabalho de terapia com o familiar. Como que ele teria que tratar esse paciente, essa era a intenção do nosso grupo. Mas a gente não conseguiu fazer nenhum grupo porque o familiar não vem." S. 2 "... mas de também ter um espaço pra gente poder estar acolhendo as dúvidas deles né e orientar, ouvir, entender melhor qual é a dinâmica dessa criança ...., de ter um espaço de troca mesmo.." S. 3	**2**
	Ajudar os profissionais a entenderem melhor os pacientes	"É ajudar primeiramente no entendimento nosso sobre o que acontece em casa, nos espaços que ela está fora da instituição, em casa, na escola. Poder entender o que acontece, como que é o olhar desse familiar..." S.3	**1**
	Fornecer suporte ao familiar	"poder também dar um suporte para a família, assim, de poder discutir outras formas de intervir e de apoiar em situações que são mais difíceis, porque a família muitas vezes não sabe como atuar numa tentativa de suicídio, ou uma criança que perde completamente a noção e começa a quebrar e bater tudo" S.3	**1**
	Inserir a família como parceira no tratamento	"... e ter um parceiro né, assim, a família é o principal parceiro no tratamento né, porque muita coisa depende dela..."S.3	**1**

Quadro 7 - Objetivos propostos nas Intervenções realizadas com familiares de pacientes com transtorno mental
Fonte: Elaboração da autora, 2008.

De acordo com o Quadro 7 podemos afirmar que existem, nas intervenções, cinco tipos de objetivos propostos. O único objetivo citado por dois dos três sujeitos entrevistados é o objetivo de **fornecer orientações aos familiares dos pacientes** sobre o que é o serviço,

para que eles possam começar a compreendê-lo como um local onde os familiares podem tirar dúvidas, serem orientados, ouvidos, além de proporcionar aos profissionais subsídios para que eles entendam sobre dinâmica da família. E é importante que os profissionais possam compreender a dinâmica dessa família, pois segundo Rosset (2003) será no seio da família que a pessoa irá definir seus padrões básicos de funcionamento, a forma específica e repetitiva de ser e de reagir em todas as situações. Assim conhecendo a família os profissionais poderão pensar em estratégias para que ocorram mudanças no sistema familiar, o que poderá ocasionar uma mudança nos padrões de funcionamento do paciente.

Fornecer orientações aos familiares é um dos objetivos da Psicoeducação. Segundo Gonçalves-Pereira et al., (2006) ocorreu um consenso patrocinado pela *World Schizophrenia Fellowship* em 1998, traduzindo a Psicoeducação em dois objetivos. O primeiro objetivo seria conseguir os melhores resultados clínicos e funcionais para a pessoa com transtorno mental, através de abordagens que integram a colaboração entre os profissionais da saúde, famílias e pacientes. E o segundo objetivo seria aliviar o sofrimento dos membros da família, apoiando-os nos seus esforços para conseguir potencializar a reabilitação do paciente. Assim a psicoeducação pode produzir esses dois efeitos.

Mudar a dinâmica familiar também é citada por S.1, mas com um objetivo diferente dos objetivos citados pelos outros entrevistados. Enquanto S.3 afirma querer utilizar da dinâmica familiar para entender mais o que ocorre na família, S.1 tem como objetivo mudar a dinâmica dessa família, pois para S.1, quando a família participa ativamente do atendimento, é porque ela está querendo promover mudanças. O reconhecimento da família de querer promover mudanças já é de grande importância, pois parece tirar o paciente do papel de doente da família e evidencia que é necessário que haja uma mudança em todo o sistema familiar, pois é a família que está adoecida e ela precisa encontrar um modo mais funcional de agir. E são essas mudanças que possibilitarão um novo padrão de funcionamento. (BERTIN, 2004). Pereira (2003), em pesquisa cujo objetivo era investigar a Representação da doença mental pela família do paciente, descobriu que as desavenças e desarmonias familiares caracterizam-se como mais um fator determinante do transtorno mental e também como conseqüência do transtorno. Nesse sentido, mudar a dinâmica familiar é um objetivo que pode conduzir a uma melhora na qualidade de vida dessa família.

O que nos remete ao outro objetivo citado, o de **fornecer suporte ao familiar,** que também é um dos objetivos da Psicoeducação, citado anteriormente. De acordo com S.3, é necessário também poder fornecer esse suporte e, dessa maneira, poder discutir outras formas de intervir e apoiar em situações que são mais difíceis, como por exemplo, tentativa de

suicídio. De acordo com Campos e Soares (2005), a responsabilidade de cuidar da família é potencializada pela falta de esclarecimentos e informações por parte do sistema de saúde, com o objetivo de fornecer suporte ao familiar. Podemos pensar que isso poderá oportunizar a diminuição da responsabilidade adquirida pela família e colaborar para que esse sistema possa ser mais funcional.

Também são citados pelos profissionais objetivos como: **ajudar os profissionais a entenderem melhor os pacientes** e **inserir a família como parceira no tratamento.** Relacionando com Pereira e Pereira Junior (2003) temos que a proximidade com o universo familiar possibilita estar em contato com realidades complexas e conflitantes, o que possibilita uma assistência voltada à cooperação e a integração entre os profissionais da saúde mental e familiares. Assim, podemos perceber que esses objetivos estão mais voltados aos profissionais e aos pacientes do que à família, pois a família irá ajudar os profissionais a compreenderem a realidade em que o paciente está inserido e irá fazer com que os profissionais consigam que a família participe do tratamento, o que é bom por esse lado, mas, no entanto, por outro lado poderá não promover mudanças capazes de auxiliar a família e de amenizar as sobrecargas impostas a ela.

É possível perceber que os objetivos das intervenções com os familiares diferem entre si, tendo tanto o objetivo de auxiliar o familiar no tratamento do paciente, quanto o de auxiliar o próprio paciente com transtorno mental. Se esses objetivos fossem atingidos iriam proporcionar uma melhora na relação entre família e paciente, entre paciente e instituição e entre família e instituição. Na relação entre família e paciente ocorreria uma melhora por oferecer o suporte necessário à família, pois segundo Campos e Soares (2005) existe uma sobrecarga familiar em famílias com pacientes com transtornos mentais. Existe então uma necessidade real da família poder lidar melhor com a relação no dia-a-dia.

Realizando intervenções que auxiliam a amenizar o sofrimento da família, auxilia-se também a diminuir a sobrecarga depositada nessa família. Segundo Pereira e Pereira Junior (2003) são três os tipos de sobrecargas impostas às famílias: financeira, física e emocional. Além das alterações causadas nas atividades de lazer e sociabilidade. Ainda segundo esses autores, existem também encargos objetivos e subjetivos nessa situação. Os encargos objetivos abrangem: o tempo utilizado na assistência, a redução das relações sociais e do tempo livre, dificuldade econômica e dificuldade quanto ao trabalho. E os encargos subjetivos incluem: o desenvolvimento de sintomas de ansiedade, efeitos psicossomáticos, sentimento de culpa, de vergonha, de desorientação quanto às informações sobre o transtorno mental e isolamento social. Isso significa que vários aspectos relativos ao sofrimento da família podem

ser modificados, diminuindo as sobrecargas sofridas pela família e auxiliando em uma melhor qualidade de vida para os familiares.

Além de auxiliar a amenizar o sofrimento da família, é importante também auxiliar a família nas questões relacionadas ao convívio com o paciente, como aprender estratégias para manejar as situações, conhecer mais sobre o transtorno mental, sobre a função da medicação quando necessária e essas questões irão auxiliar na melhora do paciente. Pereira e Pereira Junior (2003) falam da importância de entender a família como a unidade básica de saúde, o que possibilita auxiliar a família a resolver os problemas cotidianos, diminuindo o stress da família e dos pacientes, e as recaídas dos pacientes.

Esse auxílio a família colabora também na relação entre paciente e instituição, pois a família, sendo a unidade básica de saúde, poderá apoiar o paciente no tratamento. A equipe de saúde poderá contar com a família como aliada. É importante que a família saiba a relevância da sua presença no tratamento. A presença familiar nesse espaço é válida para auxiliar a própria instituição no cuidado com o paciente, pois se a família está presente, pode observar se estão ocorrendo mudanças e melhoras. E possivelmente aumentará o potencial da intervenção, melhorando o sistema familiar e, conseqüentemente, o próprio paciente.

Após terem sido esclarecidos os objetivos das intervenções, foram investigados com os sujeitos da pesquisa os critérios utilizados nos serviços para selecionar as famílias que participarão de algum tipo de intervenção. Esses critérios seguem no Quadro abaixo.

Categoria	Subcategoria	UCE	Freq.
Critérios para selecionar	Quando o familiar busca o serviço	"Bom, quando a pessoa procura o atendimento, é muitas vezes é o familiar que procura o atendimento porque ele não agüenta mais, ele não sabe como lidar, já está bem complicada a situação familiar as complicações estão muito grande. Então eles por telefone, ele fala que tem um parente, um familiar que esteja usando e pede alguma orientação. Então nessas situações já é imediatamente proposto o grupo de quarta-feira que é o grupo de familiares a gente diz que eles podem vir aqui conhecer o espaço do grupo..." S.1	**1**

as famílias	Grupo imposto	"O grupo é livre. Podem vim todos os familiares. Eles ficam sabendo por que a cada três meses nós temos que reformular o projeto terapêutico e a gente faz entrevista com os usuários e tem que vim um familiar então nessa entrevista o familiar já é avisado, que ele tem que comparecer uma vez ao mês no grupo familiar pra gente estar tratando de questões familiares. A gente impõe, tendo ou não no projeto terapêutico só que infelizmente eles não vêm." S. 2	**1**
Critérios para selecionar as famílias	Clínico	"O critério é clínico né, assim, vou te dizer, acho que não tem nenhuma criança sendo atendida que o familiar não esteja junto. Porque não tem como a gente trabalhar com uma criança isolada. A criança ta inserida em alguma família ou em alguma composição que dá pra gente ter uma conotação familiar e não tem como tratar só aquela criança porque tem um adulto agindo, interagindo e reagindo a ela, então sempre tem, as vezes é mais sistemático, mais continuo, assim, de ser toda semana o grupo familiar conforme o comprometimento dessa família, assim, o nível de adoecimento, aí a gente vai discutir se ele vai ser semanal, quinzenal ou quando já está num processo de alta, ser mensal, mais todas as crianças o grupo familiar esta aplicado numa abordagem." S. 3	**1**

Quadro 8 - Critérios utilizados para selecionar as famílias que irão participar das intervenções realizadas para eles.
Fonte: Elaboração da autora, 2008.

De acordo com o Quadro 8 pode-se afirmar que todos os serviços utilizam diferentes critérios para selecionar os familiares. Esses critérios podem estar relacionados ao fato de o familiar buscar o serviço, serem impostos ou ainda seguirem critérios clínicos.

Segundo S.1, o critério utilizado para selecionar as famílias seria já propor o grupo quando **os familiares buscam o serviço**, pois ainda segundo S.1, muitas vezes é o familiar que procura o atendimento porque ele não agüenta mais, ele não sabe como lidar, já está bem complicada a situação familiar as complicações estão muito grande "sic".É importante ressaltar que esse serviço (CAPSad) fornece atendimento a uma população específica que deve ser levada em consideração; segundo o Brasil (2004) os CAPSad devem fornecer atendimento diário a pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. A partir dessa informação podemos pensar as dificuldades enfrentadas pela família nessa situação, já que segundo Carter e McGoldrick (1995), o alcoolismo difere de outros problemas e doenças que podem afetar a vida familiar, porque tanto a família quanto o alcoolista desenvolvem um rígido sistema de negação na tentativa de evitar o reconhecimento

do problema e um dos seus efeitos é a destruição da autoconfiança e auto-estima da família. Nesse sentido, podemos compreender o relato de S.1 quando a mesma cita que a família busca o serviço quando a situação familiar já está bem complicada, pois se a família está negando a doença há muito tempo, ela provavelmente só buscará o serviço se for estritamente necessário.

O segundo critério utilizado está relacionado a uma imposição, já que **é imposta** aos familiares a participação dos mesmos no grupo de famílias. S.2 relata que mesmo o grupo sendo imposto os familiares não comparecem. Esse sujeito afirma que a divulgação da intervenção com o grupo é feita por meio de entrevistas que eles realizam a cada três meses com o usuário e um familiar, momento no qual ocorre a reformulação do projeto terapêutico. S2 afirma ainda que, mesmo ocorrendo a imposição de participação eles não comparecem. Segundo McDaniel et al. (1994), as famílias podem se sentir criticadas pela oferta de ajuda, principalmente quando essa é de natureza psicológica. E assim falam da importância de que médicos e famílias conversem e concordem sobre os rumos das intervenções e que concordem com o contrato terapêutico. Assim, os familiares se sentem apoiados e reconhecem a necessidade do tratamento junto com a equipe. E nesse sentido será que a imposição auxilia na intervenção? Não seria necessário um trabalho de convencimento e de criação de demanda nessas famílias? Talvez se as famílias fossem conscientizadas da relevância de participar das intervenções e o quanto isso poderia auxiliá-las no dia-a-dia, elas poderiam sentir-se motivadas a participar das intervenções e, além disso, talvez tomar a decisão de participar de alguma intervenção.

O terceiro critério utilizado é **clínico.** Por se tratar de um serviço onde o atendimento é destinado a crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente (BRASIL, 2004), S.3 relata que é difícil ter uma criança em atendimento sem que a família também esteja participando de algum tipo de intervenção. Segundo o Brasil (2004) as famílias, quando possível, devem fazer parte integrante do atendimento por se observar maior dificuldade de melhora nos casos em que o tratamento de crianças e adolescentes ocorre isoladamente. Talvez por isso, segundo a entrevistada, os profissionais tentam cercar a família de todas as formas, pela importância de realizar uma intervenção com a família toda, não só com a criança ou adolescente. Afinal, segundo Bertin (2004) para entendermos o padrão de funcionamento de um sistema familiar, devemos conhecer o seu padrão de organização, além de considerar a família em sua totalidade, e a criança está inserida e aprendendo com esse sistema e para conseguir alguma mudança é preciso intervir no sistema como um todo. Pois segundo Rosset (2008) funcionar sistematicamente faz uma profunda diferença nas relações

entre pais e filhos principalmente. E assim mais uma vez se faz importante entender e mudar a dinâmica familiar para promover o bem-estar da família e do paciente.

De acordo com a análise realizada dos critérios utilizados pelos profissionais para selecionar os familiares, podemos observar que todos os sujeitos informaram critérios distintos, mas é importante considerar que os serviços também atendem populações distintas. O mais importante para ser ressaltado dos critérios de seleção é que, ao que parece, quando o grupo é imposto aos familiares, ele não acontece. Parece importante que os profissionais criem diferentes tipos de estratégias que inicialmente envolvam a família no serviço "suavemente", no sentido de aproximá-lo do serviço e criar estratégias para lidar também com a resistência que parece ser quase inevitável quando se fala de intervenção no sistema familiar. Talvez se a família participasse mais das decisões e do serviço em outros momentos, poderia perceber que é um espaço não só para o paciente, mas para a família como um todo, é um local onde eles podem procurar um auxílio que vai além de um local para o paciente passar o dia e receber a medicação.

Depois de elucidados os objetivos das intervenções e os critérios para selecionar os familiares para participar das intervenções seguem abaixo os resultados alcançados na percepção dos profissionais.

Categoria	Subcategoria	UCE	Freq.
RESULTADOS ALCANÇ	Os pacientes se sentem apoiados	"Então a gente percebe assim pela fala deles quando eles se sentem apoiados pela família facilita, na própria fala deles, eu faço grupo as segundas-feiras e eles dizem "a eu me sinto apoiado pela minha família, os meus filhos me dão apoio, e aí isso me mantêm mais forte pra lutar contra a dependência, pra me manter abstinente e limpo" como eles dizem né, sem beber e sem consumir drogas, mais nem todos têm esse apoio, nem todos os familiares vem pra cá a gente está tentando cada vez mais trazer os familiares..." S. 1	**1**
	Mudança na dinâmica da família	"Uma mudança na dinâmica da família né, na forma de incluir aquela criança, muitas vezes, mudanças da própria estrutura da família, das relações, relações de poder, de principalmente de tirar aquele lugar que aquela pessoa que está doente né, que aquela criança que é o problema, que ela que adoeceu, mas deles poderem se dar conta que eles também tem uma parcela de contribuição naquilo e que eles também precisam mudar." S. 3	**1**

A D O S	Menos resistência	"Muitas vezes a gente consegue, assim, menos resistência, (...) os que aderem a gente consegue ver mudanças significativas na criança e no grupo familiar. É o nosso reforço, o que dá força pra continuar, assim é porque a gente vê resultado né." S. 3	**1**
	Não consegue ver resultados	"Eu acho que os que procuram a gente não são grandes casos, é mais sobre a medicação, que o usuário não quer tomar a medicação ou é a medicação que esta fazendo mal e eles não sabem o que fazer, quer trocar ou falar com o médico. Então a gente não consegue ver nenhuma mudança porque a gente não consegue a presença do familiar." S. 2	**1**

Quadro 9 - Quais são os resultados alcançados que os profissionais conseguem perceber.
Fonte: Elaboração da autora, 2008.

De acordo com o Quadro 9 podemos afirmar que são três os tipos de resultados alcançados, na percepção dos profissionais nas intervenções com os familiares de pacientes com transtorno mental. Os resultados são: 1) os pacientes se sentem apoiados, 2) ocorre uma mudança na dinâmica familiar e 3) menos resistência dos familiares.

Segundo S.1, o resultado obtido é que os pacientes se sentem apoiados, dessa maneira, se sentem motivados a continuar o tratamento. Mas pode-se pensar que os resultados para os pacientes podem ir além disso. Talvez eles se sintam apoiados porque os familiares podem estar aceitando melhor a condição do paciente, porque a família pode estar disposta a colaborar com o tratamento, porque a família pode ter adquirido mais habilidades para monitorar o transtorno mental, porque a família pode estar reconhecendo os limites que o transtorno mental impõem ao paciente e porque a família pode estar sabendo se comportar para impedir as recaídas e saber quando procurar auxílio com a equipe responsável pelo tratamento. (YACUBIAN E LOTUFO NETO, 2001) Dessa forma, é possível observar que S.1 destaca um tipo de resultado de intervenção com familiares que parece estar diretamente voltado a um ganho para o paciente, apesar de esse ganho poder sinalizar, também, que talvez haja uma mudança de postura da família quanto ao paciente e ao transtorno mental.

Para S.3 ocorre uma mudança na dinâmica familiar, na forma de incluir o paciente com transtorno, além de uma mudança na própria estrutura familiar. O que pode estar diretamente relacionado com o outro resultado alcançado por S.3: menos resistência dos familiares. Pensando sobre esses resultados relatados, podemos relacioná-los à teoria elucidada por Rosset (2008). Segundo ela, se os pais acreditarem que não existe certo e errado pré-definidos, eles irão treinar isso no dia-a-dia e assim irão redefinir caminhos a cada passo e

estar disponíveis para refletir e rever suas verdades e decisões. Ainda, segundo a mesma autora, se o sujeito tomar consciência do seu funcionamento e de suas dificuldades poderá desenvolver um programa de mudanças e assim treinar novos comportamentos, atitudes e sentimentos. E assim promover melhoras no sistema familiar.

S.2 relata não consegue ver os resultados, é importante ressaltar que foi S.2 relatou que a dificuldade encontrada na realização das intervenções seria que a família não comparece, sendo assim ela não consegue ver resultados. Nesse sentido, voltamos à discussão sobre as estratégias para conseguir fazer com que a família participe do serviço, pois o grupo coordenado por S.2, segundo ela, é imposto aos familiares. A mesma cita que talvez fosse importante realizar um café, alguma outra atividade que os familiares pudessem participar sem serem obrigados, quem sabe a partir dessa pequena intervenção fosse possível que mais familiares comparecessem e permanecessem no serviço e pensassem junto com a equipe o projeto terapêutico do paciente, talvez assim eles pudessem perceber que existe uma demanda a ser trabalhada com a família. Mas será que um café faria com que os pacientes se vinculassem ao serviço? O que faria com que eles aderissem ao tratamento? Talvez não seja essa a melhor forma para conseguir que os pacientes participem da intervenção sabendo dos ganhos que eles podem obter com tais intervenções.

Os entrevistados relatam resultados diferentes, assim como apresentaram objetivos diferentes. Mas entre os objetivos propostos e resultados alcançados, citados pelos entrevistados não houve relação direta entre todos eles. Como pode ser percebido no quadro abaixo.

<table>
<tr><th>Sujeitos</th><th>Objetivos</th><th>Sujeitos</th><th>Resultados</th></tr>
<tr><td>S.1</td><td>Mudar a dinâmica familiar.</td><td>S.1</td><td>Os pacientes se sentem apoiados.</td></tr>
<tr><td>S.2</td><td rowspan="2">Fornecer orientações</td><td>S.2</td><td>Não consegue ver resultados.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">S.3</td><td rowspan="3">S.3</td><td>Mudança na dinâmica familiar.</td></tr>
<tr><td>Ajudar os profissionais a entenderem melhor os pacientes.</td><td>Menos resistência.</td></tr>
<tr><td>Fornecer suporte ao familiar.</td><td>XXXXX</td></tr>
<tr><td></td><td>Inserir a família como parceira no tratamento.</td><td></td><td></td></tr>
</table>

Quadro 10- Comparação entre os objetivos propostos e resultados alcançados.
Fonte: Elaboração da autora, 2008.

Relacionando os objetivos propostos com os resultados alcançados, dois dos três sujeitos entrevistados citaram que um dos objetivos seria **fornecer orientações aos familiares** e não foi feito nenhuma relação direta com esse objetivo nos resultados obtidos, mas pode estar relacionados com o resultado dos pacientes se sentirem apoiados. O objetivo de **mudar a dinâmica familiar** é citado por S.1, mas apresentado por S.3 como um dos resultados alcançados.

Desta forma, pode-se relacionar o objetivo de mudar a dinâmica familiar com o resultado de que os pacientes se sentem apoiados, pois S.1 relata, quando fala dos objetivos, que quando a família participa ativamente é porque está querendo promover mudanças e, de acordo com a fala dos pacientes já nos objetivos, ela cita que eles se sentem apoiados. Também podemos relacionar o objetivo de **fornecer suporte ao familiar** com o resultado de perceber menos resistência da família, pois, se eles conseguem dar o suporte à família e conseguem discutir com ela outras maneiras de intervir e ser apoiada, pode ser que elas percebam que podem participar do espaço oferecido a elas e reconhecer que ocorrem mudanças positivas tanto para família quanto para o paciente. Agora os objetivos: **ajudar os profissionais a entenderem melhor os pacientes** e **inserir a família como parceira no tratamento** não são citados nos resultados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema central desse estudo se refere às intervenções realizadas por profissionais da saúde mental com familiares de pacientes com transtorno mental. Destaca-se que essa pesquisa teve como população alvo três profissionais da saúde mental que realizam intervenções com familiares de pacientes com transtorno mental.

Essa pesquisa teve como objetivo **comparar as relações entre os objetivos propostos e resultados alcançados pelas intervenções de profissionais da saúde mental com familiares de pacientes com diagnóstico de transtorno mental na percepção dos profissionais. P**ara que ele pudesse ser respondido, foram primeiramente atingidos os objetivos específicos da pesquisa, elucidados a seguir.

Sobre o objetivo específico *Caracterizar quais os tipos de intervenções com familiares feitas por profissionais da saúde na Grande Florianópolis,* o mesmo está diretamente relacionado à prática dos profissionais, aos tipos de intervenções que estão ocorrendo nos serviços de saúde especializados em Saúde Mental. Pode-se afirmar, que de acordo com a análise de dados, são seis os tipos de intervenções realizadas nas instituições pesquisadas: 1)grupo multifamiliar, 2) atendimento unifamiliar, 3) atendimento de casal, 4) orientação medicamentosa, 5) orientação quanto ao manejo e 6) visita domiciliar. São diferentes tipos de intervenções para responder a diferentes tipos de demanda, que vão desde informações básicas sobre medicação até o atendimento psicoterapêutico para a família. De acordo com a análise de dados pudemos perceber que são poucos os familiares que freqüentam o serviço, mas isso não invalida a relevância de tais intervenções, já que os profissionais relatam que quando a família participa, os resultados são mais significativos. Sendo assim pode-se afirmar que esse objetivo foi alcançado.

Quanto ao objetivo específico *Identificar quais os profissionais da saúde que realizam intervenções com familiares de pacientes com transtorno mental*, pode-se perceber com a análise de dados as diferenças entre as formações dos profissionais e na quantidade de profissionais que realizam intervenções encontradas no serviço. Os profissionais que realizam intervenções com os familiares em todas as instituições pesquisadas são psiquiatras, enfermeiros e assistentes sociais. Em duas instituições há participação de psicólogos nas intervenções com os familiares. E em uma das instituições também realizam as intervenções um neuropediatra, um homeopata infantil e um pedagogo. Sendo assim o objetivo de

identificar quais os profissionais que realizam as intervenções com familiares de pacientes com transtorno mental foi atingido.

Quanto ao objetivo específico *Identificar a percepção dos profissionais da saúde acerca dos objetivos das intervenções feitas por eles com familiares de pacientes com transtorno mental,* pode-se afirmar que o objetivo foi alcançado, pois foram citados cinco objetivos, sendo que três dos cinco objetivos foram citados pela mesma profissional: ajudar os profissionais a entenderem melhor os pacientes, fornecer suporte ao familiar e inserir a família como parceira no tratamento. As outras duas entrevistadas citaram o objetivo de fornecer orientações e uma delas também identificou como objetivo mudar a dinâmica familiar.

No que se refere ao objetivo específico *Caracterizar a percepção dos profissionais da saúde acerca dos resultados das intervenções feitas por eles com familiares de pacientes com transtorno mental* pode-se afirmar que o objetivo foi alcançado. Os profissionais relatam conseguir identificar que com a participação nas intervenções ocorre uma mudança na dinâmica familiar, diminui a resistência dos familiares ocorrendo a aderência dos mesmos nas intervenções e os pacientes se sentem apoiados. Uma das entrevistadas relatou não conseguir identificar os resultados obtidos com as intervenções, mas cabe ressaltar que a mesma relatou que a cada semana comparecia ao atendimento em grupo um familiar e que esse mesmo familiar não retornava ao serviço, dessa maneira ela não consegue avaliar os resultados. Talvez o não retorno dos familiares pudesse fazer parte da avaliação de alguma forma. Será que mesmo sem tem sito mencionado, ela não poderia de alguma forma relacionar a intervenção realizada com o não retorno dos familiares?

Os profissionais relataram, durante as entrevistas, que não realizam nenhuma avaliação sistematizada dos resultados obtidos com as intervenções realizadas com os familiares, mas que mesmo assim conseguem perceber resultados. Talvez se fossem realizadas avaliações mais sistematizadas os resultados seriam diferentes, eles poderiam perceber coisas, que sem realizar uma avaliação pode passar despercebido. Caso fossem realizadas as avaliações eles poderiam avaliar quais os objetivos que já foram alcançados e pensar quais são as demandas que ainda precisam ser trabalhadas. Avaliando as suas intervenções os profissionais poderiam perceber se as intervenções estão ou não sendo eficazes da maneira que estão ocorrendo e se caso não esteja sendo eficaz poder pensar em outras estratégias para conseguir alcançar os resultados esperados por profissionais e familiares.

Dito isso podemos afirmar que todas as entrevistadas consideram relevante a realização de intervenções com familiares, mesmo que a população atendida por elas fosse diferente entre si, elas percebem a importância seja de auxiliar o próprio familiar na diminuição da sobrecarga imposta a eles ou de instrumentalizar o familiar para o cuidado com o paciente. Seja cuidando do cuidador ou instrumentalizando-o para o cuidado com o paciente, poderão ocorrer melhoras tanto para o paciente quanto para a família, pois essas duas maneiras de intervenção provavelmente produzirão mudanças no sistema familiar, o que pode ocasionar um comportamento mais funcional de todos os membros da família para lidar com as situações cotidianas.

E também todos os profissionais falam das dificuldades de realizar as intervenções com os familiares de pacientes com transtorno mental, que como visto anteriormente pode ocorrer por diversos fatores, relacionados à falta de tempo, aos fatores econômicos, por causa do trabalho e pela própria resistência que os familiares apresentam para participar das intervenções. Parte dessas dificuldades são dificuldades reais enfrentadas no dia-a-dia, mas será que realmente é por causa delas que os familiares não comparecem? Será que não existiria uma maneira de amenizar essas dificuldades e conseguir a aderência das famílias? Talvez se elas soubessem os ganhos que elas poderiam ter participando das intervenções elas poderiam se organizar para conseguir um tempo para participar das intervenções, mesmo que não fosse semanalmente, mas quem sabe, os profissionais e familiares juntos, poderiam pensar numa maneira para que alguma das intervenções pudesse ocorrer.

Estudando as temáticas relacionadas à sobrecarga enfrentada pela família e a dificuldade do convívio com o paciente com transtorno mental, poderíamos pensar que seria uma prioridade para a família ter um espaço para que essas questões pudessem ser discutidas e amenizadas. Mas o tratamento pode não ocorrer da maneira que se imagina e isso pode estar relacionado com o fato de que os profissionais podem ter uma idéia de família idealizada. Talvez os profissionais se coloquem no lugar do familiar, sabendo das dificuldades que eles encontram na sua relação com o paciente e imaginem que a prioridade seria melhorar essa relação, mas só quem passa por essa situação sabe quais são as prioridades para a família. Muitas vezes apenas ter um local para deixar o paciente durante o dia, para poder trabalhar e realizar outras tarefas, já é de grande valia para os familiares. Cabendo apenas à família realizar os cuidados necessários.

Parece que há necessidade de tentar intervir com a família de outras formas, talvez devessem ser revistos os tipos de intervenções onde não se consegue avaliar os resultados,

pensar estratégias para que as famílias consigam por elas mesmas, perceber se existe ou não uma demanda a ser trabalhada na família. Fazer com que elas percebam que a doença é crônica e que muitas vezes o paciente irá tomar a medicação para o resto da vida, mas que isso não implica necessariamente em uma má qualidade de vida. E que existem diversas maneiras de auxiliá-la, que vão além de ser um local onde eles "depositam" os pacientes durante o dia e que fornece a medicação necessária para controlar os sintomas.

Os profissionais entrevistados parecem tentar, de diversas maneiras, fazer com que as famílias participem das intervenções. No entanto, parece que as famílias ainda aderem pouco às mesmas, o que pode ser frustrante já que os profissionais dispoõem de tempo, energia e estudo para se preparar para receber famílias que não comparecem. Parece necessário que sejam pensadas também maneiras para que os profissionais consigam lidar com essas frustrações e que consigam desenvolver um trabalho que demanda muito esforço dos mesmos, apesar das dificuldades encontradas na realização das intervenções.

No que se refere às facilidades e dificuldades encontradas durante a realização dessa pesquisa, destaca-se como facilidades a disposição dos sujeitos entrevistados para participar da pesquisa e os locais utilizados para as entrevistas que foram salas silenciosas, localizadas nas próprias instituições, as quais possibilitaram que as entrevistas transcorressem sem interrupções. Sobre a dificuldade destaca-se a dificuldade que existiu em conseguir encontrar os locais que realizassem intervenções com familiares, não só pela escassez desse tipo de intervenção, mas pela dificuldade de conseguir entrar em contato com os coordenadores dos serviços para poder investigar se existia tal intervenção.

Mesmo que os objetivos dessa pesquisa tenham sido atingidos ainda cabe como sugestão para novas pesquisas a necessidade de pesquisar junto aos familiares, na percepção deles, os resultados das intervenções, as mudanças ocorridas na família. Além de ser investigada com os pacientes a relação entre eles e as famílias, qual a percepção deles, como que eles percebem as suas famílias, se eles se sentem apoiados e quais as dificuldades encontradas no dia-a-dia.

Por fim, faz-se necessário agradecer as instituições pesquisadas, que deram condições para que essa pesquisa fosse realizada, além de agradecer aos profissionais que se propuseram a serem os sujeitos de pesquisa.

RERERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora NAU, 2003.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org.). **Psiquiatria Social e reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 1994.

ANDOLFI. Maurizio. **A terapia familiar**. Um enfoque interacional. Casa Editrice Astrolábio. Editora Ubaldini, Roma. 1977.

BERTIN, Ivone Placoná**. Repetições (In)desejadas –** uma questão de família. São Paulo: Cabral Editora e Livraria Universitária. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental**: breve histórico. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1 Acesso em: 24 abr. 2008.

_____. **Saúde mental no SUS:** os centros de Atenção psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=925 Acesso em 24 abr. 2008.

_____. **Manual do Programa "De Volta Para Casa"**. Brasília, dezembro de 2003. Disponível em: http://pvc.datasus.gov.br/ . Acesso em: 09 de maio de 2008.

_____.**Residências Terapêuticas: o que são e para que servem.** Brasília, Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=925 Acesso em: 09 de maio de 2008.

_____. **Saúde mental no SUS:** acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de gestão 2003-2006. Brasília, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=925 Acesso em 09 de maio de 2008.

CAMPOS. Pedro Humberto Faria. SOARES. Carlene Borges. Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. **Psicologia em Revista,** Belo Horizonte, v.11, n.18, p.219-237, dez.2005.

CANGUILHEM. Georges. **O normal e o patológico.** 6a ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 2006.

CARTER, Betty; MCGOLDRICK, Monica. **As mudanças no ciclo de vida familiar:** uma estrutura para a terapia familiar. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

COSTA-ROSA. Abílio da. O modo psicossocial: um paradigma das praticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE. Paulo Duarte de Carvalho (org.). **Ensaios:** subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2000.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

DUARTE JUNIOR, João Francisco**. A política da loucura**. a antipsiquiatria. 3. ed. Campinas: Papirus, 1987.

FOUCAULT. Michel. **História da loucura na idade clássica.** São Paulo. Editora Perspectiva S.A. 1972.

FOUCAULT. Michel. **A microfísica do poder.** 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

GABBARD. Glen O. **Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed 2006.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES-PEREIRA. Manuel. XAVIER. Miguel. NEVES. Antônio. BARAHONA-CORREA. Bernardo. FADDEN. Gráinne. **Intervenções Familiares na Esquizofrenia.** Dos aspectos teóricos à situação em Portugal. Acta Med Port.2006. p.01- 08

SADOCK, Benjamin J,; SADOCK, Virgínia Alcott. **Compêndio de psiquiatria**: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

KAHHALE, Edna M. Peters. Psicologia na saúde: em busca de uma leitura crítica e uma atuação compromissada**.** In: BOCK, Ana Maria Mercês Bahia (org.). **A perspectiva sócio-histórica na formação em Psicologia**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MASSARO, G. **Loucura:** uma proposta de ação. 2. ed. São Paulo: Agora, 1994.

MELMAN. Jonas. **Família e doença mental:** Repensando a relação entre profissionais da saúde e familiares. 2. ed. São Paulo: Escrituras Editora, 2006.

MC DANIEL, S.H.; HEPWORTH, J; DOHERTY, W.D. **Os desafios da doença crônica:** Em Terapia Familiar médica, um enfoque biopsicossocial às famílias com problemas de saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

MINUCHIN. Salvador. **Dominando a terapia familiar.** Porto Alegre: Artmed, 2008. 2 ed.

_____. NICHOLS. Michael. **A cura da Família.** Histórias de esperança e renovação contadas pela terapia familiar. Porto Alegra. Artes Médicas, 1995.

YACUBIAN. Juliana. LOTUFO NETO. Francisco. Psicoeducação Familiar. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba. V.3,n.2, p.98-108, jul/dez. 2001.

PEREIRA. Maria Alice Ornellas. PEREIRA JUNIOR. Alfredo. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família**. Revista Escola Enfermagem**. USP. 2003; p.92-100.

PUEL. Elisia. Et all. **Saúde Mental:** Transpondo as Fronteiras Hospitalares. Porto Alegre: Dacasa, 1997.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSA. Lucia. **Transtorno Mental e o cuidado na família.** São Paulo. Editora Cortez, 2003.

ROSSET, Solange Maria. **Pais e filhos:** uma relação delicada. Curitiba, Pr: Editora Sol. 2003.

_____. **Terapia Relacional Sistêmica**. Curitiba, Pr: Editora Sol. 2008.

SZASZ. Thomas S. **A Fabricação da Loucura,** um estudo comparativo entra a Inquisição e o movimento de Saúde Mental. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara S. A., 1984.

TENÓRIO. Fernando. ROCHA. Eduardo de Carvalho. A psicopatologia como elemento de atenção psicossocial. In: ALBERTI. Sonia (org). FIGUEIREDO. Ana Cristina (org). **Psicanálise e saúde mental:** uma aposta. Editora: Companhia Freud ,2006.

TOLEDO. Luiz Celso Castro. **Diálogos familiares sobre a loucura**. 1.ed. São Paulo. Editora Vetor, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Qual a sua formação?
2. Está formada há quanto tempo?
3. Há quanto tempo você trabalha nessa instituição?
4. E você trabalha em outros lugares também?
5. Há quanto tempo você realiza intervenções com familiares de pacientes com transtorno mental?
6. O que te motivou para realizar esse tipo de intervenção?
7. Que tipos de intervenções com familiares de pacientes com transtorno mental são realizados aqui?
8. E quais são os objetivos das intervenções?
9. Vocês utilizam algum critério para selecionar as famílias?
10. Qual é a freqüência de participação dos familiares nas atividades desenvolvidas para eles?
11. Qual a relevância de realizar esse tipo de intervenção?
12. Quais os profissionais que realizam esse tipo de intervenção?
13. Quais as dificuldades encontradas na realização das intervenções com familiares de pacientes com transtorno mental?
14. Quais são os resultados alcançados com essas intervenções?
15. De que maneira vocês conseguem avaliar os resultados obtidos?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou sendo convidado(a) a participar da pesquisa cujo objetivo é "Avaliar as relações entre os objetivos propostos e resultados alcançados pelas intervenções de profissionais da saúde com familiares de pacientes com diagnóstico de transtorno mental na percepção dos profissionais.", realizada pela graduanda do curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina, Ana Paula Dalla Barba Wendt, sob a orientação da Profª Dra. Nádia Kienen.

Minha participação no projeto consistirá em participar de uma entrevista, que durará aproximadamente 50 minutos. Nessa entrevista serão abordados aspectos referentes aos tipos de intervenções que são realizados pelos profissionais da saúde com familiares de pacientes com diagnóstico de transtorno mental. Não estão previstos desconfortos, riscos ou constrangimentos durante a realização da entrevista. Fui informado também que não preciso responder a todas as perguntas feitas.

A pesquisadora prestará quaisquer esclarecimentos que eu julgar necessários antes, durante ou depois da realização da mesma. Por ser uma pesquisa de interesse exclusivamente científico, aceito participar da mesma espontaneamente. Sei que posso desistir a qualquer momento, inclusive sem motivo nenhum, sem sofrer prejuízos, bastando, para tanto, que informe à pesquisadora o meu não prosseguimento.

Minha participação na pesquisa será voluntária, sem receber remuneração por isso. Meus dados de identificação serão mantidos em sigilo e a divulgação dos resultados terá como objetivo mostrar os possíveis benefícios advindos da pesquisa em questão, podendo ser utilizados em eventos e obras científicas. Estou ciente de que poderei solicitar informações durante qualquer fase da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma.

Contatos com a pesquisadora poderão ser feitos, a qualquer momento, pelos telefones 99311663 (Ana Paula Dalla Barba Wendt) ou 32791084 (Prof. Orientadora Nádia Kienen).

Eu, _____, RG nº _____, telefone nº _____, consinto em participar voluntariamente da pesquisa realizada pela pesquisadora Ana Paula Dalla Barba Wendt.

_____(SC), ____/____/____. _____
Assinatura

_____ _____

Assinatura da Profº Orientadora Assinatura da aluna pesquisadora