

ANDREA BASILIO DIAS

**FORÇAS DA FAMÍLIA NA CONVIVÊNCIA COM UM DE SEUS MEMBROS COM
TRANSTORNO MENTAL**

RIO GRANDE

2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM (EEnf)
MESTRADO EM ENFERMAGEM
FORÇAS DA FAMÍLIA NA CONVIVÊNCIA COM UM DE SEUS MEMBROS COM
TRANSTORNO MENTAL

ANDREA BASILIO DIAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa Tecnologias de Enfermagem/Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais.

Orientadora: Dra Mara Regina Santos Silva

RIO GRANDE

2010

ANDREA BASILIO DIAS

**FORÇAS DA FAMÍLIA NA CONVIVÊNCIA COM UM DE SEUS MEMBROS COM
TRANSTORNO MENTAL**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora como requisito parcial para a obtenção do título de

MESTRE EM ENFERMAGEM

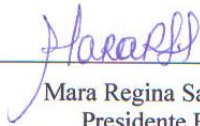
e aprovada na sua versão final no dia 30 de setembro de 2010, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Prof.^a Dr.^a Helena Heidtmann Vaghetti
(Coordenadora do Programa)

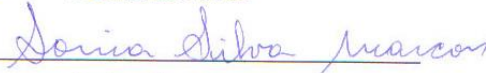
BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a



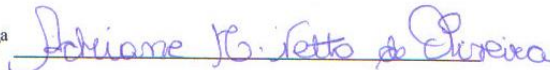
Mara Regina Santos da Silva
Presidente FURG

Prof.^a Dr.^a



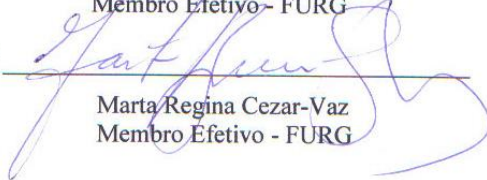
Sonia Silva Marcon
Membro Efetivo - UEM

Prof.^a Dr.^a



Adriane Maria Netto de Oliveira
Membro Efetivo - FURG

Prof.^a Dr.^a



Marta Regina Cezar-Vaz
Membro Efetivo - FURG

D541f Dias, Andrea Basílio.

Forças da família na convivência com um de seus membros com transtorno mental / Andrea Basílio Dias. - 2010.

94 f.

Orientador: Mara Regina dos Santos Silva.

Dissertação (mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal do Rio Grande/FURG, Programa de Pós-Graduação Educação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2010.

1. Enfermagem. 2. Saúde da família. 3. Saúde mental.
4. Relações familiares. 5. Desinstitucionalização. I. Silva, Mara Regina dos Santos. II. Título.

CDU 616-083

Catálogo na Fonte Cristiane Oliveira dos Santos – CRB10/1617

Biblioteca Central da FURG.

Agradecimentos

À Deus e aos Espíritos Amigos pelo término desta etapa da minha vida acadêmica.

À minha querida avó Elma (*in memorian*), minha eterna Mestre.

Ao meu esposo Mauro e aos nossos filhos Amanda, Julia e Andrei pela paciência e compreensão durante minhas ausências em momentos importantes de suas vidas.

Ao meu pai Dalmo (*in memorian*), pelo incentivo a busca de novos conhecimentos e à minha mãe Vanda pelo apoio nos momentos difíceis.

Aos meus amigos por me fazerem acreditar que sempre é possível recomeçar; especialmente à amiga Maria Laura, por me substituir junto aos meus filhos em muitos momentos.

Às pessoas que tornaram possível a elaboração e conclusão deste estudo e também às que não me deixaram desistir dele.

RESUMO

DIAS, Andrea Basílio. **Forças da família na convivência com um de seus membros com transtorno mental**. 2010. 94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

RESUMO: A reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil atribuiu à família papel fundamental no processo da reinserção social da pessoa com transtorno mental. Cabe a ela cuidar do seu familiar doente e incentivá-lo a recuperar a autonomia e a cidadania. Algumas famílias, diante das dificuldades impostas por tal papel, podem se desorganizar, ocasionando o rompimento dos laços familiares, o abandono, a negligência e a rejeição do familiar doente. Outras, ao contrário, mantêm as relações de apoio e afeto entre seus membros. Esse modo de funcionamento evidencia a existência de certas forças que as capacitam a administrar as adversidades apresentadas ao longo do processo de reinserção do familiar com transtorno mental. O **objetivo** do presente estudo é identificar as forças que capacitam às famílias das pessoas com transtorno mental a lidarem com as exigências que a convivência diária com o referido transtorno impõe. O **Referencial Teórico** utilizado é a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, de Urie Bronfenbrenner, a qual possibilita visualizar as interações entre as pessoas no microcontexto familiar e em outros ambientes, entendendo que as mesmas são fundamentais no processo de reinserção social da pessoa com transtorno mental. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, desenvolvida com seis famílias de pessoas com transtorno mental vinculadas a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Todas expressaram sua concordância em participar do estudo através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Distinguem-se por serem frequentadoras das reuniões destinadas ao atendimento dos familiares de usuários do CAPS e por realizarem algum tipo de atividade na comunidade na qual estão inseridas. Os dados foram coletados entre 2009 e 2010, através de entrevista semiestruturada e após, submetidos à Análise de Conteúdo. Os **resultados**, de um lado, apontaram como forças para essas famílias o tempo compartilhado, o afeto, os saberes acumulados na convivência com a pessoa com transtorno mental, a igreja e o CAPS. Por outro lado, identificou-se que o modelo de assistência psiquiátrica asilar está sendo reproduzido no microcontexto de uma das famílias participantes do estudo, sem que tal prática seja visualizada pelos profissionais do CAPS. **Conclui-se** que as forças das famílias se manifestam no microcontexto e em outros ambientes nos quais a família interage; que elas possuem potencialidades, as quais, ao serem mobilizadas, tornam-nas competentes para lidar com as dificuldades do cotidiano. Considera-se o enfermeiro como profissional capaz de identificar os processos familiares pela possibilidade de inserção no contexto das famílias; nesse sentido, torna-se capaz de ajudá-las a manter o cuidado ao seu familiar doente e a criar um contexto favorável para a reinserção do mesmo e para a qualidade de vida das famílias que ainda não conseguiram alcançar o cuidado esperado.

DESCRITORES: Família; Saúde Mental; Relações Familiares; Saúde da Família; Enfermagem; Desinstitucionalização.

ABSTRACT

DIAS, Andrea Basílio. **Family strengths to live together with one member suffering from mental disorder.** 2010. 94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

ABSTRACT: The restructuring of the psychiatric assistance in Brazil attributed to the family a fundamental role in the process of social reintegration of the person with mental disturbance. It is a responsibility of the family to take care of the mentally sick and motivate him / her to recuperate the autonomy and citizenship. Some families, due to the difficulties imposed because of such role, they may lose their organization, causing the breaking up of family bonds, the abandonment, the negligence and the rejection to the sick family member. Others, on the other hand, keep the support and affection relations among the members. This way highlights the existence of certain strengths which enable them to manage the challenges presented along the process of reintegration of the family member who has mental disturbance. The **purpose** of the present study is to identify the strengths which enable the families of person with mental disturbance to deal to the demands that the everyday life with such disturbance impose. The **Theoretical Reference** used is the Human Development Bioecological Theory, from Urie Bronfenbrenner, which makes it possible to visualize the interactions among the people in the family microcontext and in other environments, considering these interactions as fundamental in the process of social reintegration of the person who is a mental disturbance. **Methodology:** a qualitative, descriptive and exploratory research was used, developed with six families of the person with mental disturbance connected to a Psychosocial Attention Center (CAPS). All expressed their agreement in participating in the study through a free and clear signed agreement term. They were noticed as frequent presences in the meetings destined to the families who come to CAPS and due to the fact that they do some kind of activity in the community. The data was collected between 2009 and 2010, through semi-structured interview, and later, submitted to Content Analysis. The **results**, on one hand, pointed out strengths for these families such as time shared, the affection, the knowledge accumulated by living with the mental disturbance, the church and the CAPS. On the other hand, it has been identified that the model of home psychiatric assistance is being reproduced in the microcontext of one of the families participating in the study, without the fact that such practice is visualized by professionals from CAPS. **It has been concluded** that the strengths from the families are manifested in the microcontext and in other environments in which the family interacts; these families have their potential and, when involved in the process, the become competent to face the everyday difficulties. The nurse is considered as a key and able professional to identify the family processes and the possibility of integration within the families context; therefore, it is possible to help them to continue caring for their sick family member and to develop a favorable context for his / her reintegration and the quality of life of the families which have not reached the expected care.

KEY WORDS: Family; Mental Health; Family Relations; Family Health; Nursing; Deinstitutionalization.

RESUMEN

DIAS, Andrea Basílio. **Fuerzas de la familia en la convivencia con el trastorno mental de un de sus miembros.** 2010. 94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

RESUMEN: A reestructuración de la asistencia psiquiátrica en Brasil atribuye a la familia papel fundamental en proceso de la reintegración social de la persona con trastorno mental. Cabe a ella cuidar de su familiar enfermo y incentívalo a recuperar la autonomía y la ciudadanía. Algunas familias, ante de las dificultades impuestas por tal papel, pueden se desorganizar, ocasionando el rompimiento de los lazos familiares, el abandono, la negligencia y el rechazo del familiar enfermo. Otras, al contrario, mantienen las relaciones de apoyo y afecto entre sus miembros. Ese modo de operación evidencia la existencia de ciertas fuerzas que las capacitan a administrar las adversidades presentadas al longo del proceso de reintegración del familiar con trastorno mental. El **objetivo** del presente estudio es identificar las fuerzas que capacitan las familias de personas con trastorno mental a tratar con las exigencias que la convivencia diaria con el referido trastorno impone. El **Referencial Teórico** utilizado es la Teoría Bioecología del Desarrollo Humano, de Urie Bronfenbrenner, a cual posibilita visualizar las interacciones entre las personas en micro contexto familiar y en otros ambientes, entendiendo que las mismas son fundamentales en proceso de reintegración social de la persona con trastorno mental. **Metodología:** Se trata de una pesquisa cualitativa, descriptiva y exploratoria, desarrollada con seis familias de personas con trastorno mental vinculados a un Centro de Atención Psicosocial (CAPS). Todas expresaran su concordancia en participar del estudio a través de la firma del termo de consentimiento libre y esclarecido. Se distinguen por ser frecuentadoras de las reuniones destinadas a asistencia de los familiares de usuarios del CAPS y por realizaren algún tipo de actividad en la comunidad, con a participación de la persona con trastorno mental. Los datos fueran colectados entre 2009 y 2010, a través de entrevista semiestructurada y, después, sometidos a la Análisis de Contenido. Los **resultados**, de un lado, señalo como fuerzas para esas familias o tempo compartido, el afecto, los conocimientos acumulados en la convivencia con la persona con trastorno mental, la iglesia y el CAPS. Por otro lado, se identificó que o modelo de asistencia psiquiátrica asilar está siendo reproducido en micro contexto de una de las familias participantes del estudio, sin que tal práctica sea visualizada por los profesionales del CAPS. **Se concluye** que las fuerzas de las familias se manifiestan en el micro contexto y en otros ambientes en los cuales la familia interactúa; que ellas poseen potencialidades, las cuales, al ser movilizadas, as tornan competentes para tratar las dificultades del cotidiano. Se considera el enfermero como profesional capaz de identificar los procesos familiares por la posibilidad de inserción en el contexto de las familias; en ese sentido, se torna capaz de ayúdalas a mantener el cuidado a su familiar enfermo y a crear un contexto favorable para la reintegración del mismo y para la cualidad de vida de las familias que aún no conseguirán alcanzar el cuidado esperado.

DESCRIPTORES: Familia; Salud Mental; Relaciones Familiares; Salud de la Familia; Enfermería; Desinstitucionalización.

Lista de figuras

Figura 1 – Modelo esquemático artigo I.....	41
Figura 2 – Modelo esquemático artigo II.....	42

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. OBJETIVO.....	13
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	14
3.1 FORÇAS DA FAMÍLIA.....	14
3.1.1 Coping.....	15
3.1.2 Religião, Religiosidade e Espiritualidade.....	17
3.1.3 Coesão familiar.....	19
3.1.4 Flexibilidade nos papéis familiares.....	20
3.2 A FAMÍLIA DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL E A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	21
3.2.1 Família e Políticas Públicas de Saúde: Resgate histórico do papel da família no cuidado ao familiar com transtorno mental.....	21
3.2.2 Convergências e divergências entre a Política de Saúde Mental e as necessidades das famílias de pessoas com Transtorno Mental.....	24
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
5. METODOLOGIA.....	32
5.1 CONTEXTO ONDE O ESTUDO FOI DESENVOLVIDO.....	32
5.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	33
5.3 QUESTÕES ÉTICAS.....	39
5.4 COLETA DE DADOS	39
5.5 ANÁLISE DOS DADOS	40
6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	41
6.1 ARTIGO I.....	44
6.2 ARTIGO II.....	60
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERENCIAS.....	75
APENDICES.....	80
ANEXOS.....	84

1 INTRODUÇÃO

O modelo de atenção a pessoa com transtorno mental vigente no Brasil prioriza o atendimento das suas necessidades no âmbito comunitário, objetivando sua reinserção familiar e social, de modo a assegurar o respeito aos seus direitos e individualidades (BRASIL, 2001). Em essência, o processo de reinserção familiar e social da pessoa em questão prevê a restituição da sua autonomia e cidadania, alicerçado em um conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade com a mesma (AMARANTE, 2007). Para tanto, tem sido desenvolvida uma rede de serviços complementares, capaz de dar sustentação à progressiva redução dos leitos de internação em hospitais psiquiátricos, deslocando-os para leitos em hospitais gerais e suporte à família, a fim de que ela possa assumir o cuidado ao familiar enfermo no próprio domicílio.

Como elemento fundamental dessa rede, destaca-se o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que se caracteriza como serviço de média complexidade, substitutivo ao sistema manicomial, oferecendo, na comunidade, assistência a pessoa com transtorno mental e à sua família. Esse serviço deve estar entrelaçado a outras instituições envolvidas com a vida social dessa pessoa, tais como associações de bairro, unidades básicas de saúde, igrejas, escolas, ou seja, deve atentar para o resgate dos saberes e recursos do contexto que essa pessoa integra, atendendo aos preceitos de territorialidade (TENÓRIO, 2002).

Nesses moldes, a reinserção familiar pode ser um processo que permite à pessoa com transtorno mental reconquistar sua autonomia para explorar o mundo, a partir das interações positivas que ela vivencia em seu microcontexto. Assim como a criança que passa a interagir bem em outros ambientes com a confiança adquirida a partir das interações positivas vivenciadas no lar, a pessoa em processo de reinserção também irá sentir-se segura para ampliar seu mundo de relações.

Do ponto de vista bioecológico, o processo de reinserção familiar e social proposto pela política de saúde mental é análogo ao processo de desenvolvimento humano, na medida em que é constituído por fases. Existe um tempo necessário para que as pessoas aprendam a viver juntas e para que reconheçam suas capacidades. É também o tempo da pessoa com transtorno mental se reconhecer como membro da família, desenvolver uma autopercepção acerca do que ele é capaz de fazer sozinho e da importância disso. E ainda dos seus papéis dentro da organização familiar, da sua necessidade de interagir em outros contextos para que

se desenvolva. Sob tal perspectiva, consideram-se os processos como interações recíprocas e regulares entre seres humanos e ambientes em um nível crescente de complexidade, em um determinado tempo (BRONFENBRENNER E MORIS, 1998). Essa definição de processo é aplicada, neste estudo, considerando as interações vivenciadas pelas famílias que têm entre seus membros uma pessoa com transtorno mental. São processos ocorridos no microcontexto familiar e na comunidade, que se traduzem como aceitação, inserção familiar e social dessa pessoa.

Sendo assim, é atribuído à família papel fundamental no processo de reinserção da pessoa com transtorno mental, à medida que responde diretamente pelas suas necessidades, garantindo sua sobrevivência no cotidiano. Dentre as necessidades mencionadas, está a responsabilidade pela subsistência e pelo tratamento, incluindo a manutenção do programa terapêutico recomendado pelo serviço de saúde; a administração e o controle da medicação, entre outras exigências que a condição demanda. Tal situação, em alguns casos, é geradora de dificuldades, sobrecarga física, emocional e financeira, conflitos e até mesmo sentimentos de culpa quando a família não consegue, com seus próprios recursos, conciliar as exigências que a condição de saúde da pessoa com transtorno mental impõe e a rotina da vida familiar (PEREIRA e PEREIRA JR, 2003; BARROSO, BANDEIRA e NASCIMENTO, 2007; MELLO, 2005). Somadas a isso, as alterações no comportamento do familiar em questão, desencadeadas pela doença, podem levar ao rompimento de vínculos afetivos com os demais membros da família, à negligência e até mesmo à sua rejeição, devido às dificuldades decorrentes da situação.

No entanto, algumas famílias podem vivenciar a experiência da doença mental com o fortalecimento das suas relações. Desvelam recursos que desconheciam, como, por exemplo, a capacidade de se manterem unidas, de serem flexíveis no que tange aos papéis por elas desempenhados e de se ajudarem mutuamente nas tarefas diárias. Assim, podem manter relações de afeto e apoio entre os seus membros, apesar das dificuldades enfrentadas em razão da doença. O tipo de funcionamento familiar considerado contribui para facilitar o processo de reinserção da pessoa com transtorno mental e evidencia o que alguns autores consideram como forças da família, ou seja, os processos que as capacitam a administrar as adversidades que lhes são apresentadas ao longo de seu ciclo vital (DEFRAIN e ASAY, 2007; OLSON, 2000).

Na experiência desta autora como estudante, enfermeira e docente, foi possível observar que algumas famílias são capazes de se reestruturar positivamente, mesmo depois de um período de crise, semelhante ao que acontece quando um dos familiares recebe o

diagnóstico de um transtorno mental. Filhos adolescentes podem ser capazes de assumir temporariamente a função dos pais, que se encontram impossibilitados devido à doença. Nesse sentido, exercem outros papéis que não são seus, tanto no que diz respeito às necessidades materiais quanto às emocionais da família, tais como: cuidar do tratamento do familiar doente, dos afazeres domésticos, da alimentação dos irmãos mais novos, bem como manter suas atividades na escola e no lugar onde vivem.

Em síntese, são famílias que demonstram uma capacidade de lidar com as adversidades, representadas, no presente estudo, pela convivência cotidiana com o transtorno mental de um de seus membros, no processo de reinserção familiar e social dessa pessoa, de forma positiva. Isso possibilita a manutenção da estrutura e da dinâmica familiar, atendendo, assim, as necessidades bio-psico-sócio-espirituais familiares. A referida capacidade pode ser percebida nesse grupo através das interações positivas que possibilitam o desenvolvimento das pessoas, apesar das demandas do contexto. A sobrecarga gerada pela doença mental passa a ser percebida como uma adversidade que pode, portanto, ser superada pela família, por meio das atitudes de cooperação nas atividades diárias entre os membros do grupo. Essas pessoas são capazes de desempenhar suas atividades diárias. Além disso, pedem ajuda quando se sentem frágeis e podem contar com uma rede de suporte social, na forma de apoio das instituições com investimento financeiro da esfera pública, representada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); ou ainda com o apoio informal.

Um convívio familiar positivo, que denota uma força da família, é também percebido quando as pessoas desse grupo externalizam seus sentimentos com maior facilidade e priorizam as atividades em conjunto, dedicando-se ao bem-estar uns dos outros. Elas resolvem seus conflitos através do diálogo e gerenciam os problemas com criatividade e efetividade. Possuem um bem-estar espiritual, o que contribui para seus membros superarem os problemas cotidianos e encontrarem recursos para acreditar nos aspectos positivos da vida, mantendo a esperança e o desejo de promoverem a saúde daqueles que estão mais frágeis (De FRAIN e ASSAY, 2007).

Estudos apontam que determinadas forças ou processos são capazes de atenuar as demandas da unidade familiar e de seus membros, capacitando-os a enfrentar os problemas e satisfazer as necessidades de cada pessoa da família (WAIDMAN, 2004; LACHARITÉ, 2003). Dentre esses processos ou forças, salienta-se o tempo compartilhado de forma prazerosa e as interações positivas entre as pessoas no microsistema familiar, representadas pelo apreço e afeto, pelo compromisso e diálogo entre as pessoas; e ainda pela flexibilidade nos papéis familiares e a coesão (De FRAIN, ASSAY, 2007; OLSON, 2000; McCUBBIN,

1998). As forças também podem estar contidas nas interações entre as pessoas e um ser superior, sendo representadas pela religiosidade (WALSH, 2008; TEXEIRA, LEFÈVRE, 2007), e nas interações das pessoas da família em outros contextos, tais como na igreja (AQUINO, ZAGO, 2007; SILVA, MORENO, 2004; PIETRUKOWICZ, 2001) e nos serviços de saúde (MELLO, 2005; OLIVEIRA, BASTOS, 2000).

As forças em questão podem possibilitar a algumas famílias de pessoas com transtorno mental, a busca por suporte social, que poderá ser encontrado na relação com a comunidade na qual o grupo se encontra inserido e também na reavaliação positiva das dificuldades cotidianas, a partir de uma nova percepção das mesmas. O que permite a crença de que podem ser superadas. Da mesma maneira, as forças podem possibilitar a pessoa com transtorno mental desenvolver atividades na sua comunidade, o que favorece a reinserção social e a autonomia, preconizadas pela política de saúde mental brasileira.

A identificação dos processos que permitem às famílias de pessoas com transtorno mental enfrentar positivamente o seu cotidiano repleto de adversidades fornece as bases para que os enfermeiros desenvolvam estratégias de intervenção, pautadas pelas características de cada família, para que a mesma possa apoderar-se do cuidado ao seu familiar. Nesse sentido, os enfermeiros podem auxiliá-las no resgate da sua autonomia e na percepção dos seus recursos e pontos fortes (PETTENGILL, ÂNGELO, 2006; WAIDMAN, ELSÉN, 2006; MARCON, LOPES, ANTUNES, FERNANDES, WAIDMAN, 2006). Da mesma maneira, a identificação das forças ou processos nas famílias vai ao encontro da promoção da saúde, um dos pilares que sustentam a política norteadora das ações em saúde pública adotadas no Brasil desde a implantação do Sistema Único de Saúde. Logo, a enfermagem tem um importante papel no contexto de reinserção familiar e social das pessoas com transtorno mental, por serem seus profissionais agentes de transformação e de apoio às famílias, atuando na busca pela atenção integral dentro da noção de territorialidade e interdisciplinaridade.

A partir do exposto, a questão que norteou o estudo ora apresentado pode ser assim formulada:

Quais as forças que capacitam as famílias das pessoas com transtorno mental a lidarem com as exigências que a convivência diária com o referido transtorno impõem?

2 OBJETIVO

Identificar as forças que capacitam as famílias das pessoas com transtorno mental a lidarem com as exigências que a convivência diária com o referido transtorno impõe.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 FORÇAS DA FAMÍLIA

Force e *strength* são dois termos utilizados na literatura de língua inglesa cuja tradução para a língua portuguesa é a mesma; porém são utilizados com significados diferentes. Para a Física Clássica, força – *force* – é a causa, a ação de um ente material capaz de alterar o estado de repouso ou de movimento de outro corpo; ou seja, tudo aquilo que é capaz de produzir ou alterar um movimento. Para a Psicologia, força – *strength* – é um termo que adquire uma conotação de fortaleza. Nesse sentido, no estudo ora proposto, **força** está relacionada àquilo que torna as famílias capazes de lidar com os problemas de forma positiva, utilizando a situação de crise como um aprendizado e adquirindo, com isso, maior competência para manejar as adversidades que a vida lhes apresenta.

Na literatura encontram-se referências importantes sobre o tema. Estudos internacionais desenvolvidos especificamente nos Estados Unidos, a partir da década de 1960, por Otto (1962; 1963), procuravam analisar e definir as características de uma família forte. Segundo o autor, a competência da família em enfrentar as dificuldades, transformando-as em aprendizado e oportunidade de crescimento, além da capacidade de criar e manter relações construtivas com a comunidade na qual estão inseridas e possibilidade de fornecer apoio, segurança e encorajamento para seus membros sinalizam a presença das forças. Além disso, Otto (1962) destaca que, nessas famílias existe diálogo entre as pessoas e uma sensibilidade às necessidades emocionais de cada membro do grupo. O autor salienta também que alargar a nossa compreensão e conhecimento sobre as forças da família torna possível ajudá-la no desenvolvimento de suas potencialidades.

Dunst, Trivette e Deal (1994) entendem como forças da família os conhecimentos, capacidades e aptidões da unidade familiar e de cada um dos seus membros utilizados para identificar as suas necessidades e obter os recursos e apoios necessários que respondam aos anseios do grupo. Os três autores desenvolveram princípios para realizar a avaliação e o desenvolvimento das forças da família pautados nas preocupações, necessidades e nos projetos de vida apontados pelo próprio grupo.

As definições de força utilizadas por Otto (1962, 1963) e por Dunst, Trivette e Deal (1994) fornecem um ponto de partida para a investigação envolvendo famílias nas quais um de seus membros apresenta transtorno mental. No entanto, ao revisar os trabalhos dos autores destacados e ao considerar o contexto e o tempo em que foram elaborados, percebe-se a

necessidade de realizar estudos mais específicos relativos às forças da família no universo brasileiro.

Mais recentemente, estudos como os de De Frain, Asay (2007) e Yoo (2004) apontam que as famílias fortes superam as crises mais rapidamente por possuírem recursos para lidar com as dificuldades da vida, tais como: as relações de apreço e de afeto, o compromisso e o diálogo entre as pessoas, o tempo compartilhado de forma prazerosa entre seus membros assim como, o bem-estar espiritual do grupo, os quais independem da estrutura dessa família ou da sua cultura.

Estudos no Brasil têm abordado as forças da família tanto como competência quanto apoio, atenuando as demandas da unidade familiar e de seus membros (MARCON, LOPES, ANTUNES, FERNANDES, WAIDMAN, 2006). Apontam como forças da família a religião (PIETRUKOWICZ, 2001; SILVA, MORENO; 2004), a religiosidade (TEIXEIRA E LEFRÈVE, 2007) e a coesão familiar (RABELLO e CALDAS JUNIOR, 2007). Outros pesquisadores, principalmente da área da Psicologia, fazem referência aos fatores protetores da família, no sentido de atuarem como forças promotoras da saúde mental, as quais poderão ser desenvolvidas ou reforçadas por meio de ações implementadas no âmbito profissional (BLUM, 1997). Mais uma vez foi possível perceber que o foco dos estudos está nas intervenções realizadas junto às famílias pelos profissionais da saúde, apenas mencionando a importância da força estudada, sem descrever mais precisamente sua representatividade e o modo como podemos identificá-la.

3.1.1 Coping

O *stress* causado à família pelo fato de conviver com um familiar doente gera a necessidade de buscar ajuda para superar as dificuldades encontradas. Segundo Borba, Schwartz e Kantorski (2008), a capacidade de lidar com a realidade do transtorno mental pode ser mediada pela forma como a família se ajusta à situação de crise. A capacidade de ajuste irá depender das forças que ela possui, dos laços de solidariedade que agrega e do acesso ao apoio social de que dispõe.

Em função disso, provavelmente, cada família terá uma maneira própria de fazer frente ao *stress* gerado pela convivência diária com a doença mental de um de seus membros. A essa particularidade, Lazarus e Folkman, (1984) denominam *coping*, palavra inglesa sem tradução literal em português, a qual pode significar "lidar com" ou "manejar". O mesmo autor define *coping* como um conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para lidarem

com o *stress* e refletem ações, comportamentos ou pensamentos usados para manejar um estressor que, neste estudo, é representado pelas exigências que a doença mental acarreta à família.

Segundo Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter et al. (1986), as estratégias referidas podem ser classificadas em dois tipos, dependendo de sua função. O primeiro se focaliza na emoção e tem a função de regular o estado emocional, associado ao *stress*. São estratégias que a pessoa pode utilizar para aliviar a tensão gerada pela situação estressora e, talvez sejam negativas, se envolverem distanciamento, negação, fuga dos sentimentos gerados pelo *stress*; ou positivos, se incluírem autocontrole, busca de suporte social e reavaliação positiva da situação.

O *coping* focalizado no problema constitui-se em um esforço para atuar na origem do *stress* (FOLKMAN, LAZARUS, DUNKEL-SCHETTER et al., 1986). Quando o *coping* focalizado no problema é dirigido para uma fonte externa de *stress*, inclui estratégias como negociar para resolver um conflito interpessoal ou solicitar ajuda prática de outras pessoas, sendo consideradas, assim, positivas. No entanto, o uso de estratégias de *coping* focalizando o problema ou a emoção irá depender de uma avaliação da situação estressora, na qual a pessoa se encontra envolvida. Em situações avaliadas como passíveis de modificação, o *coping* focalizado no problema tende a ser empregado, enquanto o *coping* focalizado na emoção tende a ser mais utilizado nas situações avaliadas como inalteráveis (FOLKMAN, LAZARUS, DUNKEL-SCHETTER et al., 1986).

Alguns estudos foram desenvolvidos no Brasil referenciando o *coping* frente a algumas situações estressantes que envolvem questões de saúde, por exemplo, o tratamento radioterápico, condições crônicas em idosos, *stress* pré-cirúrgico e transtorno mental, abordando, principalmente, estratégias de enfrentamento focadas na emoção e no problema. (MORAES, PENICHE, 2003; LORENCETTI, SIMONETTI, 2005; TRENTINE, SILVA, VALLE et al., 2005; FUREGATO, SILVA, 2002). Segundo os autores destacados, uma família pode ser considerada forte quando seus membros se utilizam de estratégias positivas, tanto focalizadas na emoção quanto no problema, para lidar com as dificuldades diárias.

Dessa forma, no contexto da família que convive com a pessoa com Transtorno Mental, as estratégias positivas de *coping* podem ser focalizadas na emoção, o que significa envolverem não somente a busca por suporte social, que poderá ser encontrado na relação com a comunidade na qual esse grupo se encontra inserido, mas também a maneira como cada pessoa da família percebe a situação com a qual precisa lidar

3.1.2 Religião, Religiosidade e Espiritualidade

A religião pode ser entendida como entidade social ou instituição caracterizada por um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos escolhidos para facilitar a aproximação com o sagrado ou transcendente (KOENIG, McCULLOUGH e LARSON, 2001; MILLER e THORESEN, 2003).

A conexão transcendental da família com a comunidade é permeada por valores compartilhados, compromisso e suporte mútuo na adversidade (WALSH, 2008). As famílias que se voltam para a religião como meio de lidar com as dificuldades geradas pelo transtorno mental podem objetivar, além da aproximação com o divino, o contato com outros membros da comunidade. Nesse sentido, a religião se configura como importante apoio social, proporcionando às pessoas uma oportunidade de interação, com contato sistemático, vínculos de amizade e pertencimento, os quais poderão amenizar o sofrimento com o qual convivem diariamente, diminuindo a ansiedade e a depressão, quando existem, permitindo que enfrentem com maior competência as adversidades da vida (PIETRUKOWICZ, 2001; SILVA, MORENO, 2004).

Assim, a religião poderá ser utilizada pela família para enfrentar a doença mental, possibilitando a aceitação da mesma e uma adaptação melhor às mudanças que ela ocasiona na dinâmica familiar. É possível também que a religião propicie a resignificação do sofrimento enfrentado, funcionando também como lugar de atenção e cuidado entre as pessoas (AQUINO, ZAGO, 2007). Segundo Baltazar (2003), a religião pode ajudar na construção de um sentido para a vida e na forma de compreender o mundo, dando suporte às pessoas que a ela recorrem, reestruturando suas práticas cotidianas.

A palavra religiosidade deriva do latino *religare*, que em português significa “conectar de novo com o ser superior” e se relaciona à maneira como uma pessoa acredita, segue e pratica uma religião (KOENIG, MCCULLOUGH, LARSON, 2001). No contexto das famílias de pessoas com transtorno mental, a religiosidade pode ser compreendida como a procura que cada pessoa realiza, rumo à comunhão com um poder superior ao humano, o qual se configura em elemento de proteção para lidar com o sofrimento.

Assim, estudos como o de Teixeira e Lefrève (2007) relatam que o uso de estratégias religiosas para enfrentar situações difíceis pode gerar o auto-fortalecimento das pessoas, levando o grupo familiar à busca do significado e do propósito da enfermidade. Portanto, a religiosidade pode potencializar as competências pessoais para lidar com os problemas

relacionados ao transtorno mental, interferindo também nas estratégias terapêuticas que cada família utilizará para manejar com essa experiência.

Outro fator que demonstra a importância da religiosidade para a saúde mental de algumas famílias pode ser indicado por um menor consumo de substâncias psicoativas na adolescência por crianças que receberam orientação religiosa, já que acreditar em um dogma religioso, geralmente faz com que as pessoas adquiram um conjunto de valores, símbolos, comportamentos e práticas sociais que podem incluir, entre outros efeitos, a aceitação ou a recusa ao uso de álcool e a outras drogas (DALGALARRONDO, SOLDERA, CORRÊA FILHO et al., 2004). Moreira-Almeida, Lotufo Neto, Koenig (2006), em trabalho de revisão sistemática da literatura, identificaram 850 artigos publicados ao longo do século XX, relacionando religiosidade e saúde mental, a partir dos quais concluíram haver evidências suficientes para se afirmar que o envolvimento religioso habitualmente está associado à melhora da saúde mental.

A religiosidade pode ser considerada uma força da família, por influenciar na capacidade de mobilização das pessoas para superar um posicionamento, às vezes, totalmente passivo e sem esperanças em relação à doença, na direção de um comportamento que represente um movimento rumo à resolução dos seus problemas (ROEHE, 2004; TAVARES, BERIA, LIMA, 2004). A busca pela cura pode deixar de ser o objetivo daquele que utiliza a religiosidade como força, o que lhe redireciona a atenção para novos aspectos de sua vivência ou torna-se capaz de perceber a experiência da doença sob uma nova ótica (RABELO, 1998; WALSH, 2008).

O termo espiritualidade envolve questões relativas ao significado da vida e à razão de viver, não estando limitado aos tipos de crenças ou práticas religiosas. Koenig, McCullough, Larson (2001) definem espiritualidade como a busca pessoal por respostas compreensíveis para questões existenciais sobre a vida, seu significado e a relação com o sagrado ou transcendente. A espiritualidade, na maioria das vezes, pode proporcionar uma visão de mundo diferenciada, que pode auxiliar as pessoas a considerarem de forma positiva os acontecimentos da vida. DeFrain, Asay (2007) descrevem a espiritualidade que pode estar presente em famílias fortes sob a forma da fé, esperança ou senso de otimismo perante a vida.

De acordo com Solomon (2003), espiritualidade é uma noção das pessoas identificadas com os outros e com o contexto no qual se encontram inseridas. Ela conecta a pessoa a um sistema interno de valores, que remete a um senso de significado, harmonia e coesão com as outras pessoas, em busca de uma unidade com a vida, a natureza e o universo, estando ligada, dessa forma, a uma expansão da consciência pessoal para uma responsabilidade global.

3.1.3 Coesão familiar

As crises vivenciadas pela família ao longo de sua existência podem ser minimizadas se esta possuir um nível de coesão que possibilite aos seus integrantes terem atividades independentes, com outras pessoas além do círculo familiar, ao mesmo tempo em que mantenham uma relação entre seus membros de modo a proporcionar um sentimento de pertencimento ao grupo. Ser “coesa”, no contexto do Transtorno Mental, pode ser considerada a família que, apesar de manter atividades e relações individuais fora do ambiente familiar, possui vínculos entre seus membros, os quais ajudam a superar dificuldades, permitem a manutenção de relações de amizade, de apoio emocional e financeiro entre si.

Segundo Olson (2000), a coesão, inserida em um Modelo Circumplexo de Sistemas Familiares, está relacionada aos tipos de vínculos que as pessoas de uma mesma família estabelecem entre si e envolve a forma como elas decidem seus projetos de vida, o que fazem no seu tempo livre e a satisfação pessoal durante o tempo que compartilham, os interesses familiares que dizem respeito a todos os membros, a hierarquia familiar e como ela funciona em termos de limites para as ações de cada um.

Para Olson (2000), no Modelo Circumplexo existem quatro níveis de coesão que podem ser descritos em um relacionamento familiar, variando de um nível muito baixo a um nível muito alto, intermediados por dois níveis de coesão um pouco abaixo do nível mais alto – conectada – e um pouco acima do nível mais baixo – separada. Para o autor, uma família considerada em equilíbrio em relação à coesão está nos níveis intermediários do Modelo, mais comumente relacionados a um bom funcionamento familiar, no qual é possível haver independência e, ao mesmo tempo, conexão entre os membros da família.

Nos níveis ideais de coesão, segundo o mesmo autor, há certa separação emocional, o que não significa as pessoas estarem totalmente desconectadas, pois o tempo compartilhado entre elas, mesmo que seja curto, pode satisfazer suas necessidades emocionais, sendo suficiente para que os membros das famílias dividam pensamentos, discutam as dificuldades e projetos e tomem as decisões necessárias para o bom funcionamento familiar, o que demonstra haver um suporte do grupo, apesar de haver interesses e atividades individuais.

Estudos confirmam a importância da coesão em diversas fases da vida familiar, indicando-a como um dos fatores que podem influenciar a satisfação familiar e conjugal, pois quanto mais próxima dos níveis intermediários estiver a coesão de um relacionamento, maior é a satisfação conjugal e familiar demonstrada (NORGREN, SOUZA, KASLOW et al., 2004).

Alguns autores afirmam que valorizar a coesão familiar pode ser uma valiosa ferramenta para a promoção da saúde de adolescentes (FRANKO, THOMPSON, BAUSERMAN et al. 2008), já que a mesma, em equilíbrio dinâmico – coesão grupal com diferenciação individual – pode ser considerada fator de proteção no desenvolvimento infantil (DE LA BARRA, TOLEDO e RODRIGUEZ, 2002).

Pesquisadores como Rabello e Caldas Junior (2007) destacam que uma das possíveis consequências que podem advir do desequilíbrio causado pela falta ou excesso de coesão entre os membros da família é a geração de conflitos e agressões domésticas. Famílias que apresentam frequentemente episódios de violência estão relacionadas a um nível de coesão muito baixo (RABELLO e CALDAS JUNIOR, 2007). Além disso, a coesão familiar prejudicada está associada a um moderado risco de suicídio e à ideação suicida em alguns adolescentes (GAW; CHEN e TSAI et al., 2008).

3.1.4 Flexibilidade nos papéis familiares

Desde a década de 60, Otto (1962) salientava a importância da flexibilidade nos papéis familiares para o bom funcionamento da família, no sentido de prover as suas necessidades.

Eles podem ser considerados uma gama de atividades e relações esperadas de uma pessoa que ocupa determinada posição na sociedade e de outros em relação à mesma pessoa. Além disso, é um elemento que se manifesta no microsistema e que tem origem nas estruturas institucionais e na cultura, tendo por isso o poder de influenciar a maneira pela qual a pessoa se comporta em dada situação, as atividades nas quais ela participa e as relações que se tornam estabelecidas entre ela e os outros membros da família, presentes no mesmo ambiente (BRONFENBRENNER, 1996).

A flexibilidade familiar é definida por Olson (2000) como a capacidade de um sistema familiar alterar o seu poder, papel, relacionamentos, regras e relações, em resposta a eventos estressantes com os quais a família precisa lidar. No Modelo Circumplexo de Sistemas Familiares são estabelecidos quatro níveis de flexibilidade, que variam desde o rígido (nível baixo de flexibilidade) ao caótico (nível alto de flexibilidade), passando pelos níveis intermediários, denominados flexível e estruturado que, assim como na análise da coesão no mesmo sistema, são os níveis nos quais os funcionamentos familiares são conduzidos de melhor forma.

Segundo o mesmo autor, em uma estrutura familiar flexível existe uma liderança compartilhada, caracterizada geralmente pela condução dos assuntos domésticos por ambos os

cônjuges, sem distinção de gênero. Também se pode observar uma disciplina democrática configurada como a discussão dos limites por todos os membros da família na busca por soluções que satisfaçam a maioria, além da troca de papéis familiares frente às necessidades do grupo.

As negociações podem ser frequentes na referida estrutura familiar, justamente pelo seu caráter democrático, e estendidas a todos os membros. Especialmente no que tange às famílias de pessoas com transtorno mental, a capacidade de modificar papéis pode se configurar como importante fator para manter o equilíbrio familiar, tanto no aspecto financeiro como no emocional, já que muitas vezes os filhos precisam ajudar a cuidar de um dos pais, da mesma forma que assumem o cuidado com irmãos menores, quando um dos genitores adoece.

3.2 A FAMÍLIA DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL E A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL

3.2.1 Família e Políticas Públicas de Saúde: Resgate histórico do papel da família no cuidado ao familiar com transtorno mental

As manifestações dos transtornos mentais acompanham a humanidade desde os tempos mais remotos dos quais se têm registros. Sua significação para a coletividade tem mudado no decorrer do tempo de acordo com o modo como a sociedade se organiza. Já foram consideradas tanto como manifestações do poder divino quanto possessões demoníacas em sociedades teocêntricas ao longo da história.

No mundo moderno e contemporâneo, no qual a ciência passa a alicerçar a civilização ocidental e a produção transforma-se na medida que determina o estado de sanidade das pessoas, essas manifestações adquirem o *status* de anomalias ou anormalidades, indesejáveis por significar um desvio dos parâmetros normatizados por essa sociedade. Sendo assim, por não terem uma função instituída e normatizada, aqueles que as demonstram podem ser excluídos. A solução foi acorrentá-los, mantendo-os afastados do convívio social e familiar em locais anteriormente destinados a leprosos, de modo que a loucura passa a substituir o *loccus* simbólico dessa doença, até então sem cura e temida no imaginário social.

Somente após a revolução francesa, surge com Pinel uma proposta terapêutica para a doença mental, de acordo com a filosofia cartesiana adotada na época. Era o início do que conhecemos hoje por psiquiatria. O doente era o foco do cuidado e o convívio com a família e

a sociedade era evitado, pois se acreditava que o isolamento e a promoção de um distanciamento objetivo do cotidiano familiar poderia ser salutar. Dessa forma percebe-se que a família era vista tanto como alienadora como alienada na relação com a pessoa com transtorno mental, assumindo uma posição de espera passiva da “cura” da doença, transferindo toda a responsabilidade e tutela a cargo dos profissionais de saúde. Dessa forma instituía-se o manicômio, tal como hoje o conhecemos (RESENDE, 1987).

No Brasil, a construção de hospícios data de 1852, com a inauguração do Hospício Pedro II que passou a abrigar 144 pacientes oriundos dos porões da Santa Casa. No período da república, surgiram as colônias agrícolas, dentre as quais se salienta por serem as pioneiras a Colônia Agrícola Juqueri no estado de São Paulo e a São Bento no Rio de Janeiro. Em 1911 foi instituído o Serviço Nacional de Doenças Mentais.

Em 1974 foi criado pelo regime militar o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social, hoje Ministério da Previdência Social, que tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuía com a previdência social. O INAMPS dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizada pela iniciativa privada; os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento. Esse sistema propiciou a construção de instituições hospitalares de grande porte com recursos privados, porém mantidos com verba pública. Proliferaram-se assim as instituições asilares para as pessoas com transtorno mental, normatizando-se o modelo hospitalocêntrico, manicomial e medicalizado para o tratamento da doença mental. Nessa fase, cabe a família o papel de informante da enfermidade e dos itinerários terapêuticos da pessoa com transtorno mental para a equipe de saúde, mantendo-se ainda afastada do seu convívio.

Concomitantemente a esse processo, surgia no Brasil o período que antecederia a reforma psiquiátrica. Esse período se caracterizava pela disseminação das comunidades terapêuticas, as quais adotavam a idéia de uma psiquiatria comunitária e preventiva, das quais nasceu o paradigma da saúde mental em oposição à doença mental, inspirada no Modelo Italiano, instaurado nesse país no final da década de 70. Representava uma reação incipiente as estruturas tradicionais do aparato asilar psiquiátrico, proporcionando uma reaproximação com o paciente através da mudança da abordagem a essa pessoa, pela utilização dos grupos terapêuticos. Assim as comunidades terapêuticas procuraram influenciar a reordenação da prática clínica e demonstraram a possibilidade de ruptura com os paradigmas antes dominantes. Nesse mesmo período, as práticas então propostas deram ensejo à criação de conceitos como território e atenção psicossocial (TENÓRIO, 2002).

No final da década de 80, a possibilidade de abertura política propicia movimentos de trabalhadores de saúde mental e sanitário que mesclaram reivindicações trabalhistas associadas a um discurso humanista, buscando a racionalização, humanização e moralização dos hospícios. Uma das propostas desse movimento é a utilização de ambulatórios em detrimento ao hospital de internação. Na década seguinte, os trabalhadores de saúde mental mobilizaram familiares e usuários de serviços psiquiátricos e criaram o Movimento de Luta Antimanicomial. Nesse contexto da polêmica pós-modernidade, a desinstitucionalização em psiquiatria propunha um novo projeto terapêutico que abrangia a reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental e, para tanto, o envolvimento da família passava a ser fundamental (KANTORSKI, PITIA e MIRON, 2002).

Dessa forma, a partir da I Conferência de Saúde Mental são incorporados novos atores sociais na discussão, ou seja, os usuários e suas famílias, que são chamados para as conferências, discussões e encontros. Há iniciativas de reformulações legislativas e experiências bem sucedidas na construção de um novo tipo de atenção na saúde mental. Entretanto, esses movimentos sociais levaram mais de uma década para se consolidarem legalmente (TENÓRIO, 2002).

O projeto de lei do então deputado Paulo Delgado, em 1989, era o reflexo dos anseios sociais pela reforma do sistema vigente. Projetava o direcionamento dos recursos públicos para a criação de sistemas não manicomiais de atendimento, proibia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos, bem como obrigava a revisão judicial para emissão de parecer sobre legalidade de internações compulsórias. Esse documento deu origem a nove leis estaduais, todas ainda em vigor, que prevêm, de uma maneira em geral, a substituição progressiva da assistência em hospitais psiquiátricos além de oferecer uma rede de cuidado em saúde mental para ajudar o paciente a viver na comunidade e construir uma atitude nova na sociedade em relação ao doente mental (BRASIL, 2004).

Apesar de toda a movimentação social em prol da reforma, a Lei que reorienta a assistência psiquiátrica no Brasil só foi aprovada em 2001, tendo as políticas de saúde mental sido regidas no período pré-aprovação da lei por portarias ministeriais, das quais se salienta a PM 224/92 e a PM 189/91 as quais regulamentam em plano nacional o Centro Nacional de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). Institui-se assim um dispositivo para a mudança das relações entre os serviços psiquiátricos e as famílias, à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para a reinserção familiar e comunitária, priorizando uma abordagem dirigida à família, no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade

do tratamento. A mudança de paradigma representada pela desinstitucionalização alterou o modo como entender a saúde mental e as relações terapêuticas entre profissionais e pacientes.

Dessa forma, o aparato legal dispõe à família de pessoas com transtorno mental um serviço de baixa e média complexidade, o qual visa instrumentalizá-la para assumir o cuidado com aquele integrante que, até então, era considerado incapaz de exercer a sua autonomia e cidadania. Esse fato trouxe, de alguma forma, responsabilidades e encargos sociais e financeiros a essas famílias (MELLO, 2005). Assim é importante questionar sobre como essas pessoas estão sendo assistidas nesse contexto pelos profissionais de saúde e qual o suporte que lhes é oferecido pela sociedade a partir da reforma psiquiátrica.

3.2.2 Convergências e divergências entre a Política de Saúde Mental e as necessidades das famílias das pessoas com transtorno mental

O aparato legal que sustenta a política de saúde mental no Brasil estabelece a gradativa substituição do modelo hospitalocêntrico, por uma Rede de Atenção Integral em Saúde Mental, constituída inicialmente de dispositivos comunitários, comprometidos com a reinserção social e a preservação dos vínculos sociais e familiares das pessoas com transtornos mentais.

O tratamento da doença mental, a partir daí, deixa de ter como meta a construção de um “sujeito ideal”, a busca da cura da doença. Também não pretende impedir a convivência dessa pessoa com os problemas da vida cotidiana, visto que essa idéia se constitui em uma utopia para o ser humano, em nossa sociedade (AMARANTE, 2007). Assim, a assistência à saúde mental nos moldes preconizados pela Reforma Psiquiátrica tem como objetivo minimizar o sofrimento psíquico “cuidando” da saúde, dos direitos, dos vínculos e do espaço ocupado pelos usuários dessa rede de suporte social (BRASIL, 2004).

No que tange à interdisciplinaridade, ela se mostra fundamental para que se efetive a desinstitucionalização, embora alguns profissionais ainda tenham dificuldade em desenvolver tal forma de trabalho (WAIDMAM e ELSEEN, 2005). Percebe-se empiricamente que, em municípios nos quais os serviços adotam práticas interdisciplinares e contam com uma rede de atendimento aos profissionais da atenção básica para a saúde mental, parece haver uma maior resolutividade nos casos e uma maior efetividade na adoção do conceito de referência e contra-referência pelos serviços, vislumbrando uma adoção de novas atitudes no que se refere à abordagem da família no contexto da saúde mental.

Um dos aspectos fundamentais, no sentido de garantir o acesso das pessoas com transtornos mentais aos serviços de saúde, é conceder a todas as pessoas o direito de ser atendido e cuidado na sua comunidade, obedecendo à noção de territorialidade indicada pela reforma, sem discriminação, em ambiente menos restritivo. Sendo assim, uma das possibilidades sinalizadas pela política de saúde mental é incorporar à Estratégia de Saúde da Família o atendimento às famílias e a pessoa com transtorno mental. A inclusão é coerente com os princípios do SUS e deveria nortear todas as ações dos profissionais em saúde que buscam a integralidade no cuidado (ARAÚJO, 2007).

A partir da reestruturação do modelo de assistência psiquiátrica no Brasil, é exigido da família um maior comprometimento no cuidado ao familiar doente. É nesse contexto que as forças da família adquirem maior relevância na medida em que ela assume papel fundamental na reinserção comunitária daquela pessoa que antes era mantida sob tutela asilar, já que o novo projeto terapêutico proposto a partir desinstitucionalização preconiza a reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental, sendo o engajamento da família essencial ao processo (KANTORSKI, PITIA e MIRON, 2002).

Para a família assumir a responsabilidade exigida é dado como apoio uma Rede de Atenção Integral em Saúde, composta por variados serviços de atenção sanitária e social, como ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, hospital-dia, hospital-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares (BRASIL, 2004).

Entretanto, as opções que surgem do embate entre o que a política de saúde mental preconiza e o que é realmente disponibilizado atualmente à família podem dificultar o itinerário terapêutico percorrido pelo grupo. O déficit na oferta dos serviços pelo poder público pode estar colocando uma significativa parcela da população à margem da assistência em saúde mental.

A Organização Pan-Americana da Saúde (2001) estimava que em torno de 25% da população mundial poderá ser acometida em alguma fase da vida por um transtorno mental. No Brasil as estatísticas do Ministério da Saúde (2008) indicavam que 21% da população brasileira necessitam ou necessitarão de atenção em algum tipo de serviço de saúde mental, sendo que destes, 3% por transtorno grave e persistente, 6% por transtorno grave decorrente do uso de álcool e/ou drogas e 12% dependem ou dependerão de atendimento contínuo ou eventual, devido aos chamados “males menores”, ou seja, depressão e ansiedade. Assim, estima-se que cerca de 39 milhões de pessoas carecem de atendimento nos serviços de saúde

mental (IBGE, 2006). A rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) totalizou 1011 serviços no ano de 2006, sendo 430 CAPS I, 320 CAPS II, 37 CAPS III, 75 CAPSi e 138 CAPSad e os recursos destinados à saúde mental no Brasil são equivalentes a 2,3% do orçamento anual do Sistema Único de Saúde o que é insuficiente para atender a demanda em saúde mental (BRASIL, 2007).

Observa-se que, mesmo em municípios onde o número de serviços de média complexidade está de acordo com o preconizado na lei, ainda se mantêm em atividade hospitais psiquiátricos que processam um significativo número de internações (DATASUS, 2010), o que poderá estar contribuindo para que se torne mais vagaroso o processo de implementação do modelo de assistência proposto na reestruturação da saúde mental, apesar dos esforços empreendidos pelos profissionais das equipes de saúde na consolidação de uma assistência mais abrangente.

A família passa a viver com o sofrimento mental no seu cotidiano, muitas vezes sem os recursos humanos e materiais que poderiam ajudá-la no enfrentamento da crise. A divergência entre o que o sistema de saúde oferece e o que a família necessita pode se justificar pelo descompasso gerado na substituição parcial do manicômio pelo serviço comunitário e territorial proposto, no qual ainda se observa um déficit em relação à procura dos serviços, mesmo após ter se passado quase uma década da promulgação da lei que a regulamenta.

Dessa forma, percebe-se o quanto ainda precisa ser feito em termos de estrutura de serviços e investimento financeiro para que a Política de Saúde Mental se concretize em sua plenitude, passando a suprir as necessidades das famílias e das pessoas com transtorno mental, atendendo a uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde, que é a universalidade, configurando-se em mais um ponto de apoio para a família, tornando-a mais forte e capaz de promover a reinserção familiar e social da pessoa com transtorno mental.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano

Identificar as forças da família requer um referencial teórico que confira a devida importância às interações familiares, tanto no microcontexto como nos outros contextos nos quais ela acontece. Exige, também, a priorização dos aspectos saudáveis, positivos da dinâmica familiar, entendendo que as inter-relações podem ser fundamentais na organização da família, já que influenciam a forma como ela irá manejar as crises vivenciadas no seu ciclo vital, por exemplo, a convivência com a condição de doença em um dos seus membros.

Assim, optou-se pela Teoria Bioecológica, de Urie Bronfenbrenner, para orientar o desenvolvimento do estudo aqui proposto, pois, sob tal perspectiva, é possível identificar os processos familiares como sistema dinâmico que se dá em um determinado tempo e lugar, no qual as pessoas realizam trocas constantes, influenciando e sendo influenciadas, de forma recíproca, pelo ambiente onde se encontram imersa.

Embora a Teoria Bioecológica esteja voltada para o desenvolvimento humano, é capaz de responder as necessidades deste estudo, por agregar três aspectos considerados fundamentais para a identificação das forças da família: a). a priorização da pesquisa no contexto natural, no interior do qual o fenômeno acontece; b). a ênfase nas relações entre a família e o ambiente; c). o fato de a teoria em foco aportar um modelo, o PPCT (Processo – Pessoa – Contexto – Tempo), que permite a operacionalização de seus pressupostos.

Entende-se que é no contexto real da família, no qual a vida se desenrola, que podem ser encontradas as respostas para a questão que motiva o presente trabalho. Além disso, é um referencial que possibilita a operacionalização da pesquisa em uma perspectiva que leva em consideração as **Características** da família, o **Contexto** e o **Tempo**, nos quais está inserida e que determinam a natureza dos **processos** vivenciados pelos sujeitos, ou seja, as relações dinâmicas e interativas entre eles, que Bronfenbrenner nomeia Processos Proximais.

Para Bronfenbrenner e Moris (1998), os **Processos Proximais** configuram-se como as interações entre o organismo e seu ambiente, o que vai além da simples interação entre pessoas, para se estender aos objetos e símbolos presentes ao seu redor, de forma contínua. São, portanto, interações recíprocas e regulares, em um nível crescente de complexidade, em um determinado tempo (BRONFENBRENNER; CECI, 1994; BRONFENBRENNER; MORIS, 1998). Sob tal perspectiva são consideradas as forças neste estudo: como os

processos que possibilitam o desenvolvimento das competências necessárias para conviver com a pessoa com transtorno mental, promovendo sua reinserção familiar e social.

No Modelo PPCT, **Pessoa** refere-se às características biologicamente herdadas, suas representações psicológicas e aos comportamentos moldados a partir da sua interação com o ambiente. Tais características são importantes pela capacidade de afetar a direção, força, forma e o conteúdo dos processos proximais no decurso de vida da família e são influenciadas pelas *Disposições*, *Recursos* e *Demandas* (BRONFENBRENNER; MORIS, 1998). No presente estudo, a Pessoa do modelo PPCT é a família que possui uma pessoa com transtorno mental, tendo como características os *Recursos* e as *Demandas*.

Os Recursos possibilitam o estabelecimento e a manutenção dos Processos Proximais (BRONFENBRENNER; MORIS, 1998). Nesse estudo representam as experiências, habilidades e conhecimentos que a família adquire ao longo da convivência com o familiar doente, sua experiência de vida, o conhecimento sobre a doença, o manejo e a capacidade de manter a união familiar. São características capazes de promover e manter a reinserção familiar da pessoa com transtorno mental.

As *Demandas* são características que estimulam ou desencorajam reações do ambiente social, de modo a promover ou perturbar o funcionamento dos processos proximais (BRONFENBRENNER; MORIS, 1998). No presente estudo, as demandas são representadas pelas dificuldades que essa família enfrenta no seu cotidiano, tais como a responsabilidade pela subsistência do familiar doente e pelo seu tratamento, incluindo a manutenção do programa terapêutico recomendado pelo serviço de saúde; a administração e o controle da medicação, entre outras exigências, que geram uma sobrecarga física, emocional e financeira à família, que poderão inibir suas interações mais complexas em outros ambientes, podendo dificultar a reinserção social do familiar com transtorno mental.

As *disposições* são características da Pessoa que podem desencadear os processos proximais num domínio específico do desenvolvimento e sustentar seu desenrolar ao longo do tempo, podendo ser *Generativas* ou *Disruptivas* (BRONFENBRENNER; MORIS, 1998). Neste estudo, como Disposições Generativas cita-se a capacidade que alguns familiares de pessoas com transtorno mental têm de adiar a satisfação das suas necessidades em benefício do atendimento das necessidades do familiar doente. As influências *Disruptivas*, segundo Bronfenbrenner e Moris (1998), dificultam as interações entre as pessoas. Aplicada a este estudo, pode-se considerar uma disposição disruptiva a reação familiar negativa ao comportamento manifestado nos momentos de crise pela pessoa com transtorno mental, que pode dificultar sua reinserção familiar e social. Podem servir como exemplo, a vergonha e o

(des)cuidado, que podem levar à perda da autonomia da pessoa com transtorno mental e ao seu isolamento social. O transtorno mental está agregado a um estigma gerador de preconceitos, os quais podem prejudicar os relacionamentos interpessoais no microcontexto familiar e também dessas pessoas com a comunidade na qual estão inseridas, dificultando o desenvolvimento dos Processos Proximais. Além disso, a probabilidade de exclusão social que acompanha o transtorno mental pode ser um fator desruptivo, por dificultar o acesso dos membros da família e da própria pessoa doente à educação, ao lazer e ao trabalho, podendo gerar nas famílias uma tendência maior ao isolamento em relação ao restante da sociedade.

Todos os aspectos arrolados são importantes por proporcionarem diferentes maneiras pelas quais os contextos são vivenciados pela família. A diferenciação dessas três formas que influenciam as características da pessoa conduz às combinações de padrões na estrutura da família, que podem posteriormente justificar diferenças na direção e força resultantes dos processos proximais e seus efeitos no desenvolvimento. (BRONFENBRENNER e MORIS, 1998). Assim como a criança que passa a interagir bem em outros ambientes, com a confiança adquirida a partir das interações positivas vivenciadas no microcontexto, a maneira como se dão as interações no microcontexto familiar da pessoa com transtorno mental irão determinar suas interações em outros contextos, ou seja, irão promover ou não a sua reinserção social.

O **Contexto** está relacionado ao ambiente ecológico que envolve a pessoa em desenvolvimento. Abrange um conjunto de quatro níveis interdependentes, nos quais o sujeito está em constante interação. São denominados *microsistema*, *mesossistema*, *exossistema* e *macrossistema*. Para Bronfenbrenner (1996), o *microsistema* é o sistema ecológico mais interno, constituído de inter-relações com o ambiente imediato, no qual há interação com objetos e pessoas diretamente. Os elementos que o compõem são as atividades, papéis e relações vivenciadas pela pessoa no seu domicílio ou nos ambientes nos quais ela está imersa, como, por exemplo, no trabalho.

O *mesossistema* compreende as interações que ocorrem entre dois ou mais ambientes, nos quais a Pessoa convive. Pode ser visto como um sistema de microsistemas. Neste estudo é considerado mesossistema as interações que se desenvolvem no âmbito da comunidade na qual a família da pessoa com transtorno mental se insere. O *exossistema* compreende os processos desenvolvidos entre dois ou mais ambientes, sendo que em pelo menos um o sujeito não está presente, mas os eventos que nele ocorrem influenciam o microsistema do indivíduo em questão. A rede social estabelecida pelos membros da família pertence a essa dimensão e sua composição pode compreender os serviços de saúde, associações de bairro e instituições religiosas.

O *macrossistema* engloba o conjunto de padrões regentes do funcionamento do micro, meso e exossistema, a característica de uma dada cultura e subcultura, com referências às ideologias, sistemas políticos, de crenças, estilos de vida e padrões de comportamento. Para o presente estudo, as políticas públicas de saúde, principalmente no que se refere à saúde mental, têm uma fundamental importância, por influenciarem diretamente os processos proximais na família. Tal influência se dá no que diz respeito à responsabilidade atribuída à família ao longo do processo de substituição da assistência psiquiátrica asilar pelo modelo de assistência que prioriza a reinserção familiar e social da pessoa com transtorno mental e seu tratamento em Centros de Atenção Psicossocial.

O **Tempo** é o quarto componente do Modelo Bioecológico. Refere-se à continuidade e/ou à descontinuidade dos processos proximais vivenciados pelo sujeito em desenvolvimento e à periodicidade de tais processos (BRONFENBRENNER e MORIS, 1998). Neste estudo, o tempo está relacionado às mudanças que a reinserção familiar da pessoa com transtorno mental acarreta à estrutura e à dinâmica da família. Existe um tempo necessário para que as pessoas envolvidas nesse contexto aprendam a viver juntas; para que reconheçam sua capacidade como cuidadoras de um familiar doente, bem como para a pessoa com transtorno mental ser reconhecida pela família como capaz de exercer sua autonomia.

Da mesma maneira, eventos históricos podem provocar mudanças na forma como a sociedade se organiza, as quais irão influenciar as interações na família e desta em outros contextos. Dentre eles, torna-se fundamental para o presente estudo citar a progressiva mudança no tratamento dispensado à doença mental e as suas consequências para a família, nas últimas décadas. Antigamente o transtorno mental era visto como uma “*chaga*” social, sendo o “*louco*” mantido sob cárcere, muitas vezes de forma desumana, longe do olhar da sociedade e da sua família. Através de movimentos sociais e políticos que desencadearam a desinstitucionalização, a pessoa com transtorno mental pôde ser reinserida na família e na sociedade, sendo a primeira responsabilizada pelo cuidado a essa pessoa, podendo contar com um conjunto de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, que visam ajudá-la no enfrentamento das dificuldades geradas pela convivência com os sintomas do transtorno mental no seu cotidiano.

A partir da perspectiva bioecológica, identificar as forças da família pode significar ampliar o olhar para além do transtorno mental e focar a família, nos seus aspectos positivos e nas suas práticas de cuidado, que se reverte em superação das dificuldades, em um contexto difícil, o qual pode englobar a pobreza, a falta de condições satisfatórias de moradia e de saúde. Além disso, um estudo sob a perspectiva bioecológica pode facilitar a busca do que

seja motivador nas famílias para a superação do estigma e do preconceito relacionados ao transtorno mental, a partir das competências que faz as pessoas (sejam pai, mãe, irmão, filho, independentemente da idade) serem capazes de lidar positivamente com as exigências decorrentes do transtorno mental de um filho, irmão, pai ou mãe.

5 METODOLOGIA

Este estudo foi efetivado com uma abordagem qualitativa, a qual permite analisar um dado fenômeno em seu contexto natural, considerando a percepção das pessoas que dele participam. Possibilita desvendar, a partir da perspectiva das famílias, o que elas consideram como sendo forças que as ajudam a enfrentar o cotidiano com os sintomas apresentados por um familiar com transtorno mental. Do ponto de vista de sua finalidade, o presente estudo pode ser classificado, também, como exploratório e descritivo, uma vez que está comprometido com o aprofundamento de um tema pouco conhecido e sobre o qual busca produzir informações mais precisas, ou seja, descrever as forças da família tal como elas se apresentam do ponto de vista das famílias (RICHARDSON, 2010).

5.1 CONTEXTO ONDE O ESTUDO FOI DESENVOLVIDO

A pesquisa foi realizada em Rio Grande/RS, cidade portuária de médio porte, com aproximadamente 190 mil habitantes, situada no extremo sul do Rio Grande do Sul (IBGE, 2006). A infraestrutura para atendimento da pessoa com transtorno mental, no município pesquisado, é composta por um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II); um CAPS-AD para atendimento de dependentes químicos; um CAPSi para atendimento da demanda infantil; um Ambulatório de Saúde Mental e um Hospital Psiquiátrico, que dispõe de 100 leitos para internação SUS e 30 leitos para atendimento como hospital-dia. Também é disponibilizado um leito para internação psiquiátrica no Hospital Universitário local (DATASUS, 2010).

O CAPS II configura-se como uma unidade de referência para o atendimento de pessoas com transtorno mental. Tem por objetivo proporcionar atendimento exclusivo aos pacientes com sofrimento psíquico grave e persistente, tais como esquizofrenia e transtorno bipolar, além de promover e recuperar a identidade, dignidade e respeito da pessoa, por meio da reintegração social. Especificamente nesse CAPS, local onde as famílias participantes deste estudo foram recrutadas, são prestados, em média, 50 atendimentos diários.

Cerca de 200 usuários estão vinculados a esse serviço, em regime de tratamento intensivo e semi-intensivo, os quais são atendidos por uma equipe multiprofissional, composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, psicopedagogos e arteterapeutas. No que concerne ao atendimento às famílias de pessoas com transtorno mental,

esse serviço desenvolve dois encontros mensais entre os profissionais do serviço e os familiares dos usuários, em dinâmica de grupo, com o propósito de estreitar as relações entre o serviço e as famílias, além de esclarecer dúvidas e discutir as práticas de cuidado dispensadas aos seus usuários.

5.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo proposto foi desenvolvido junto a seis famílias residentes no município do Rio Grande – RS, as quais respondiam aos seguintes critérios: a) possuir um membro com algum tipo de transtorno mental vinculado ao CAPS; b) concordar em participar da pesquisa e expressar a concordância através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; c) ter, no mínimo, um familiar que participasse das reuniões destinadas ao atendimento dos familiares de usuários do CAPS; d) realizar algum tipo de atividade na comunidade a que pertence.

As seis famílias selecionadas são representadas por pais, mães, filhas, esposas, irmãs, cunhados, tios, que convivem diariamente com os sintomas crônicos de transtorno mental de um familiar no ambiente doméstico e foram recrutadas entre os participantes das reuniões para familiares de pessoas com transtorno mental realizadas quinzenalmente no CAPS, entre dezembro de 2009 e abril de 2010.

Para preservar o anonimato, cada família foi identificada através de uma codificação iniciada pela letra “F”, seguida de uma numeração de 1 a 6 (F1 ... F6). Pela mesma razão, os membros dessas famílias que forneceram dados, ao responder as entrevistas, foram codificados pela letra inicial, que corresponde ao seu grau de parentesco com a pessoa com transtorno mental, conforme especificado: “M” para mãe, “PA” para pai, “T” para tia, “C” para cunhado, “I” para irmã ou irmão, “S” para sobrinho, “E” para esposa ou esposo. A codificação dos indivíduos precede à da família. Assim, temos, por exemplo, a irmã da pessoa com transtorno mental da família 1 identificada no estudo como IF1. Para identificar a pessoa com transtorno mental, utilizou-se a letra “P” seguida da letra “F” e o número correspondente a sua família.

A Família 1 (F1) é composta por quatro membros: a pessoa com transtorno mental (PF1), sua irmã (IF1), seu cunhado (CF1) e um sobrinho (SF1), filho do primeiro casamento da sua irmã. PF1 tem 41 anos, é solteira e, desde os 16, tem o diagnóstico médico de esquizofrenia, tendo sido internada doze vezes em hospital psiquiátrico (nos últimos cinco anos não precisou reinternar). Não completou o ensino fundamental, está desempregada e

realiza poucas atividades domésticas na sua casa. Sua renda mensal é de um salário mínimo, que provém do auxílio-doença pago pelo Instituto Nacional de Seguridade Social. É evangélica, mas eventualmente frequenta um terreiro de umbanda com uma de suas irmãs.

PF1 morou com sua mãe e seu pai, respectivamente com 70 e 75 anos, até 2003, sendo os cuidados prestados pela sua mãe. Em 2005, passou a morar com a irmã (IF1), o sobrinho (SF1) e o cunhado (CF1), mas continuou mantendo forte vínculo com a mãe, que a visita com frequência. Atualmente sua vida social se restringe a participar uma vez por semana das oficinas do Centro de Atenção Psicossocial e a visitas esporádicas a outros familiares (alguns que moram em outra cidade), sempre acompanhadas pela irmã e pelo cunhado.

A irmã (IF1) tem 48 anos, é dona de casa, não concluiu o ensino fundamental e não possui renda própria. Além de PF1, tem mais sete irmãos, cinco do sexo masculino e dois do sexo feminino, um deles já falecido. Raramente mantém contato com os irmãos; as irmãs é que mais interagem com ela. Ficou viúva há dezessete anos, casou novamente dois anos depois, com CF1 (58 anos), também viúvo e com dois filhos. Do primeiro casamento IF1 teve um filho (SF1), atualmente com 16 anos, que cursa o ensino médio e mora com o casal e a tia (PF1). O marido de IF1 (CF1) foi caminhoneiro, está aposentado desde 2003, tem renda mensal de três salários mínimos e também não concluiu o ensino fundamental. Os pais de CF1 são falecidos; a mãe sofria de esquizofrenia e foi internada uma vez em hospital psiquiátrico. O pai de CF1 era quem cuidava da esposa. Ambos os filhos de CF1 são casados e residem nas proximidades, o que favorece a visitação assídua entre eles.

A família reside em um bairro do município do Rio Grande/RS. A casa localiza-se próximo à entrada da cidade, com fácil acesso ao transporte coletivo (ônibus) e a cinco quadras de distância do Centro de Atendimento Psicossocial frequentado por PF1. A residência está em fase de acabamento: tem dois pisos de alvenaria e infra-estrutura de água, luz. O interior da casa é amplo, limpo e arejado.

A Família 2 (F2) é composta por três pessoas: PF2 com transtorno mental, sua esposa (EF2) e sua filha (FF2). PF2 tem 52 anos, sofre de esquizofrenia há doze anos, tendo sido internado duas vezes em hospital psiquiátrico. Nos últimos cinco anos não houve reinternações. Trabalha esporadicamente como pintor e ajuda a filha na coleta de produtos recicláveis; tem renda mensal de um salário mínimo, que provém do auxílio-doença do Instituto Nacional de Seguridade Social. Mantém vínculo fraco com os irmãos, os tios e os pais desde a infância. Seu pai é alcoolista. A vida social de PF2 está relacionada à sua participação nas atividades da igreja, principalmente no trabalho missionário, e junto à comunidade, auxiliando em mutirões para construção de moradias. Quanto à religião, PF2 se

designa adventista do sétimo dia, frequentando a igreja, sempre acompanhado da esposa e da filha.

A esposa (EF2) tem 46 anos e é dona de casa. Não concluiu o ensino fundamental, tem renda mensal variando entre vinte e cinquenta reais, proveniente de um brechó que funciona em sua residência. Foi adotada aos dois anos por um casal adventista. Casou-se aos 17, com PF2, um ano após o falecimento dos seus pais adotivos. Seus irmãos biológicos foram adotados cada um por uma família diferente. Atualmente, mantém contato com a mãe e os irmãos biológicos, embora a interação entre eles seja esporádica. Quanto à religião, PF2 se designa adventista do sétimo dia, frequentando a igreja sempre acompanhada do esposo e da filha. As interações sociais de EF2 estão relacionadas à sua participação nas atividades da igreja aos sábados e às visitas que a família realiza aos vizinhos e amigos, também nesse dia.

A filha do casal (FF2) tem 29 anos, não concluiu o ensino fundamental, tem renda mensal de cem reais, proveniente da coleta de produtos recicláveis, é solteira e há oito anos rompeu um relacionamento amoroso que mantinha há muitos anos. A partir disso, desenvolveu os sintomas de depressão e não manteve outros relacionamentos. Faz tratamento com antidepressivos desde 2008. Em casa, ajuda a mãe nas atividades domésticas e, como lazer, costuma realizar caminhadas e escrever contos e poemas. Quanto à religião, FF2 se designa adventista do sétimo dia, frequentando a igreja sempre acompanhada dos pais. Sua vida social está relacionada às atividades na igreja e às visitas que a família realiza aos vizinhos e amigos.

A família reside em um bairro do município do Rio Grande/RS. A casa situa-se próximo à principal avenida de acesso à cidade com fácil acesso ao transporte coletivo (ônibus) e a duas quadras de distância do Centro de Atendimento Psicossocial frequentado por PF2 e FF2. A residência de alvenaria é pequena e seu interior, limpo e arejado; está em fase de acabamento, e foi construída em regime de mutirão, com apoio financeiro do grupo religioso ao qual a família pertence. No bairro, existe infraestrutura de água, luz. Como lazer, a família realiza atividades prazerosas em casa, tais como jogos e brincadeiras. Além disso, costuma olhar fotografias antigas e conversar sobre as lembranças que as mesmas suscitam. As interações da família (F2) com os amigos e a vizinhança são muito boas, mantendo uma rotina de visitas uma vez por semana, geralmente aos sábados.

A Família 3 (F3) é composta por seis pessoas: PF3, sua tia (TF3), seu tio (marido de TF3), seus dois primos (filhos de TF3) e sua avó. A família reside em duas casas, localizadas em um mesmo terreno. Na casa da frente, mora PF3 e sua avó. Na dos fundos, moram TF3 com o marido e mais os dois filhos do casal. A residência se localiza em um bairro do

município do Rio Grande/RS, no qual existe infraestrutura de água, luz e saneamento. Como lazer, a família vai a jogos de futebol e se reúne para ver televisão e conversar sobre política e futebol.

A pessoa com transtorno mental (PF3) tem 34 anos, é usuário do Centro de Atendimento Psicossocial há três anos e nunca foi internado em Hospital Psiquiátrico. cursou o ensino médio, não tem profissão e nem renda. Mora com a avó paterna desde que a mãe e os irmãos se mudaram, após o falecimento de seu pai. Mantém pouco contato com a mãe e os irmãos. Ajuda em casa cuidando do primo de nove anos, filho de TF3. Como atividade de lazer, frequenta uma *lan house*, assiste aos jogos de futebol na companhia do tio e dos primos e observa o movimento de carros em uma das principais avenidas da cidade; também gosta de ler jornais e revistas. A vida social de PF3 está restrita às oficinas do CAPS e às visitas que faz à banca de revista localizada nas proximidades da sua residência. Não frequenta nenhuma religião.

A tia (TF3) de PF3 tem 55 anos. É casada e tem dois filhos que moram com ela. Não concluiu o ensino superior. Sua renda mensal é de três salários mínimos, proveniente de aposentadoria do serviço público federal. Morou em Porto Alegre até a morte do irmão, quando retornou para Rio Grande. Mantém uma relação conflituosa com a mãe. Como religião, professa tanto o espiritismo como o catolicismo, embora não frequente nenhuma das duas.

A família 4 (F4) é composta por duas pessoas: PF4 com transtorno mental e sua mãe (MF4). PF4 tem 31 anos, há quatorze sofre de esquizofrenia e nunca foi internada em hospital psiquiátrico. Não concluiu o ensino fundamental e não tem profissão; sua renda mensal é a metade de um salário mínimo, proveniente de pensão do Instituto Nacional de Seguridade Social mais um quarto de salário mínimo, que provém do auxílio-doença do Instituto de Previdência do Estado. Seu pai é falecido há seis anos. Têm irmãos, filhos de seu pai, com os quais convive muito pouco. Sua religião é evangélica e sua vida social está relacionada à participação nas atividades da igreja; frequenta o culto na companhia da mãe, duas vezes por semana, além de participar das reuniões evangélicas realizadas na comunidade onde mora; também faz visitas a amigos e vizinhos. Além da esquizofrenia, também apresenta retardo mental. Há cinco anos não tem crises relacionadas à doença.

A mãe (MF4) tem 61 anos, é aposentada, graduada em Estudos Sociais, tendo trabalhado como professora de Geografia na rede de ensino estadual. Sua renda mensal é de três salários mínimos. Seus pais já são falecidos e não tem irmãos. Divorciou-se do pai de PF4 há 28 anos; sua família estendida se resume à ex-sogra, de 84 anos, que MF4 ajuda a cuidar e

que é portadora de demência senil. Quanto à religião, MF4 se designa evangélica, frequentando a igreja sempre acompanhada da filha. As interações sociais dela estão relacionadas à sua participação nas atividades da igreja, às quintas-feiras e aos domingos; nas reuniões evangélicas realizadas durante a semana, na comunidade; e nas visitas que a família realiza aos vizinhos e amigos.

A Família 5 (F5) é composta por oito pessoas: PF5 com transtorno mental, sua mãe (MF5), seu pai, dois irmãos, dois sobrinhos e uma irmã. A renda familiar é de três salários mínimos. A pessoa com transtorno mental (PF5) tem 29 anos. Além da esquizofrenia, também apresenta retardo mental e paralisia cerebral; caminha com o auxílio de muletas; nunca foi internado em hospital psiquiátrico. Participa das oficinas do CAPS duas vezes por semana. Não concluiu o ensino fundamental, estudou na APAE e depois não foi aceito em nenhuma outra escola. Não tem profissão e sua renda mensal é um salário mínimo, proveniente de auxílio-doença do Instituto Nacional de Seguridade Social. Tem bom relacionamento com a irmã, com a qual conversa sobre os seus problemas e relacionamentos extra-familiares; é a pessoa com quem PF5 tem o vínculo mais forte na família, além da mãe. Sua religião é evangélica quadrangular e a vida social está restrita à participação nas atividades da igreja; frequenta o culto na companhia da mãe, duas vezes por semana, além de participar das reuniões evangélicas realizadas na comunidade onde mora. Costuma viajar através de excursões organizadas pela igreja.

A mãe (MF4) tem 64 anos, é dona de casa, não concluiu o ensino fundamental e não tem profissão. Sua renda mensal é um salário mínimo, proveniente de auxílio-doença pago pelo Instituto Nacional de Seguridade Social. Sofre de depressão desde o falecimento de seu pai e também faz tratamento no CAPS. Além de PF5, tem mais três filhos: uma filha que mora com os pais e mais dois filhos divorciados, que residem no mesmo bairro que a família. O filho mais velho tem duas filhas que moram com ele, de 10 e 18 anos; o outro filho também tem dois filhos, de 12 e 17 anos, que moram com MF5. Quanto à religião, MF5 se designa evangélica, frequentadora da igreja do evangelho quadrangular. As interações sociais de MF5 estão relacionadas à sua participação em atividades religiosas duas vezes por semana, nas viagens organizadas pela igreja a qual frequenta e nas reuniões evangélicas realizadas na comunidade.

A Família 6 (F6) é composta por cinco membros: a pessoa com transtorno mental (PF6), sua mãe (MF6), seu pai (PAF6) e seus dois irmãos. PF6 tem 30 anos. Concluiu o ensino médio e trabalhou em uma agência marítima antes de a doença se manifestar. Atualmente auxilia o pedreiro contratado para o término da construção da residência na qual

F6 mora. Mantém um bom relacionamento com os irmãos e os pais, bem como com o restante da família estendida e com a namorada. Frequenta as oficinas do CAPS duas vezes por semana; nos outros dias, costuma ficar em casa assistindo à televisão. Sua religião é evangélica e costuma frequentar os cultos aos domingos. Há quatro anos sofre de esquizofrenia paranóide e foi internado onze vezes em hospital psiquiátrico. Há um ano não tem crises relacionadas à doença.

A mãe (MF6) tem 51 anos e é cabeleireira. Coursou o ensino fundamental e sua renda mensal é de dois salários mínimos. É natural da região rural de Canguçu – RS, onde viveu até a maioridade. Seu pai faleceu em 2008, devido a um câncer. Sua mãe reside na cidade natal, bem como alguns de seus familiares. Costuma visitá-los regularmente, mantendo um bom vínculo com os mesmos. Quanto à religião, MF6 se designa católica pelo batismo, mas simpatiza com a doutrina kardecista, frequentando as duas religiões. As interações sociais dela estão relacionadas ao trabalho, que ocupa a maior parte do seu tempo, aos amigos e à família estendida, a qual visita regularmente.

O pai (PAF6) tem 50 anos, é padeiro, completou o ensino médio e sua renda mensal é de três salários mínimos, que provém atualmente do auxílio doença do Instituto Nacional de Seguridade Social. Tem uma boa relação com sua família estendida e visitam-se assiduamente. Quanto à religião, PAF6 se designa católico pelo batismo, mas simpatiza com a doutrina kardecista; contudo, sem frequentar nenhuma das duas religiões. O casal tem mais dois filhos, além de PF6, que moram com eles. Um estuda e trabalha na cidade vizinha; o outro é ginete e participa de rodeios e feiras agropecuárias.

A família reside em um grande bairro do município do Rio Grande/ RS, localizado em uma área distante do centro e próxima à rodovia que liga a cidade ao restante do país. Esse bairro foi projetado há trinta anos para atender a mão-de-obra da área portuária e atualmente abriga diferentes camadas sociais, que atuam em diversos setores econômicos do município. A residência está situada em um terreno de esquina, localizado na avenida principal do bairro, o que permite um acesso facilitado ao transporte coletivo (ônibus). O prédio possui dois pavimentos; o térreo é composto por lojas comerciais, sendo uma delas ocupada pelo salão de beleza de MF6; o pavimento superior está em fase de acabamento e é onde a F6 mora. Seu interior é amplo, limpo e arejado.

5.3 QUESTÕES ÉTICAS

Neste estudo, os procedimentos éticos foram estabelecidos conforme preconiza a Resolução CNS 196/96. O projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (processo CEPAS- FURG nº44/2009) e do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde (ofício NEPES nº 46/2009). Às famílias participantes do estudo, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documento elaborado em duas vias, as quais foram assinadas tanto pela pesquisadora quanto pelo participante. Uma delas foi confiada aos participantes e a outra, arquivada no Grupo de Estudo e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES), do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/FURG. Os documentos constantes do processo de aprovação das questões éticas são: Parecer do CEPAS FURG (Anexo I – Cópia da versão original); Parecer do NEPES (Anexo II – Cópia da versão original); Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

5.4 COLETA DE DADOS

Após a liberação do projeto pelo Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde (NEPES) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS), foi mantido o primeiro contato com as famílias, recrutadas no CAPS, buscando, em um primeiro momento, a aproximação com essas pessoas; a apresentação dos objetivos da pesquisa; e os esclarecimentos necessários para que os participantes do estudo compreendessem o objetivo e a relevância da sua realização. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada gravada durante os encontros realizados no CAPS (entrevistas individuais com um membro da F3, F4 e F5) e nas residências das famílias F1, F3 e F6 (entrevista coletiva, realizada com os membros de cada família), entre dezembro de 2009 e abril de 2010. A entrevista seguiu um roteiro (Apêndice B) dividido em duas partes: a primeira é composta por um questionário sócio-demográfico para identificação das pessoas e para suporte na elaboração da descrição da família; a segunda consiste em um plano para acessar as situações que compõem o cotidiano das famílias participantes do estudo.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram submetidos à Análise de Conteúdo definida, segundo Bardin (2009), como conjunto de técnicas de análise dos significados das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens. Configura-se como uma forma prática e objetiva de inferir conhecimentos acerca da pessoa ou do meio no qual ela vive, a partir da mensagem, do conteúdo da sua fala. Dessa maneira, pode ser considerada adequada para a identificação das forças da família por meio da comunicação como instrumento para a produção dos dados. Para Bardin (2009), a técnica consiste na descoberta de “núcleos de sentido”, que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência no texto pode ter algum significado para o objetivo analítico escolhido. Para sua operacionalização, foram observadas as etapas de Pré-Análise e Exploração do Material.

Na Pré-Análise, realizou-se uma “leitura flutuante” do material, através da qual ocorreu a familiarização com a linguagem utilizada pelos participantes da pesquisa; a partir disso, constituiu-se um “corpus”, ou seja, o material a ser submetido ao procedimento analítico (BARDIN, 2009, p. 131). Após, foi realizada a categorização, que reduziu do texto as palavras e expressões significativas, recortando-o em unidades de significação, indicadas como relevantes na pré-análise, seguida da classificação e agregação dos dados de acordo com os temas emergidos.

6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados desse estudo são apresentados no formato de dois artigos científicos. O primeiro, intitulado “Processos familiares no contexto do transtorno mental: um estudo sobre as forças da família” responde ao objetivo especificado ao final do capítulo introdutório. Foi organizado de acordo com as normas do periódico científico *Ciência, Cuidado e Saúde* (ANEXO III).

O segundo artigo intitulado “Contradições entre as práticas profissionais e as necessidades da família que convive com a doença mental” foi elaborado a partir dos dados de uma das famílias que, mesmo respondendo aos critérios de inclusão no estudo, não evidenciou o fenômeno estudado no momento da coleta dos dados. As forças da família não são uma condição imutável e, portanto podem se manifestar em um determinado momento, em outros não, dependendo das condições da família. Se a família tem apoio para cuidar do seu familiar doente, elas evidenciam-se; caso contrário, pode ser difícil visualizá-la. Este artigo II foi organizado de acordo com as normas do periódico científico *Revista Brasileira de Enfermagem* (ANEXO IV). É um estudo de caso que objetiva evidenciar contradições entre as práticas profissionais desenvolvidas com uma família usuária de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a política de reestruturação do modelo de assistência em saúde mental.

Para melhor visualização dos resultados, a seguir são apresentados dois modelos esquemáticos que representam a classificação e agregação dos dados de acordo com as categorias e os temas emergidos, divididos nos dois artigos científicos que apresentam os resultados e as discussões do estudo.

Figura 1 – Modelo esquemático Artigo I

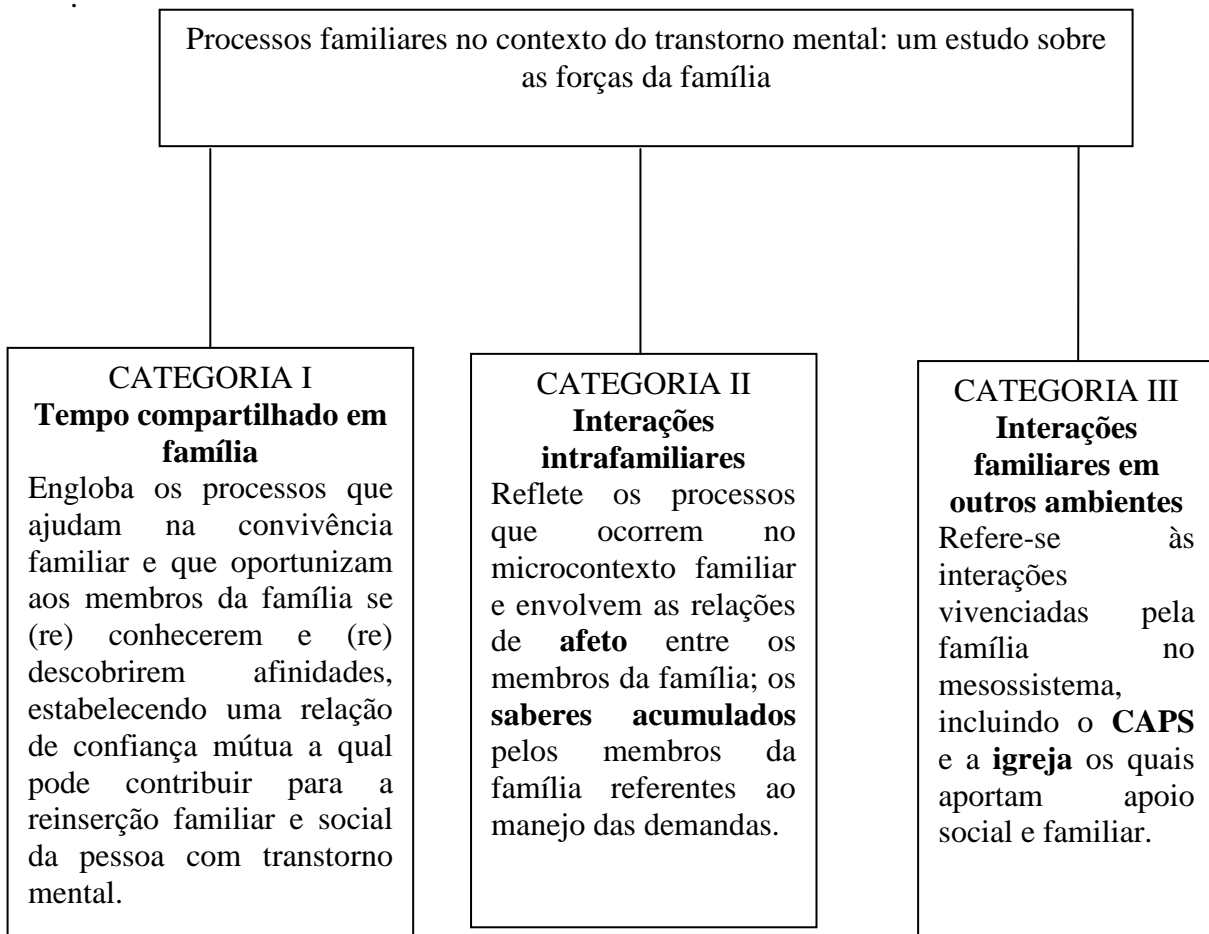
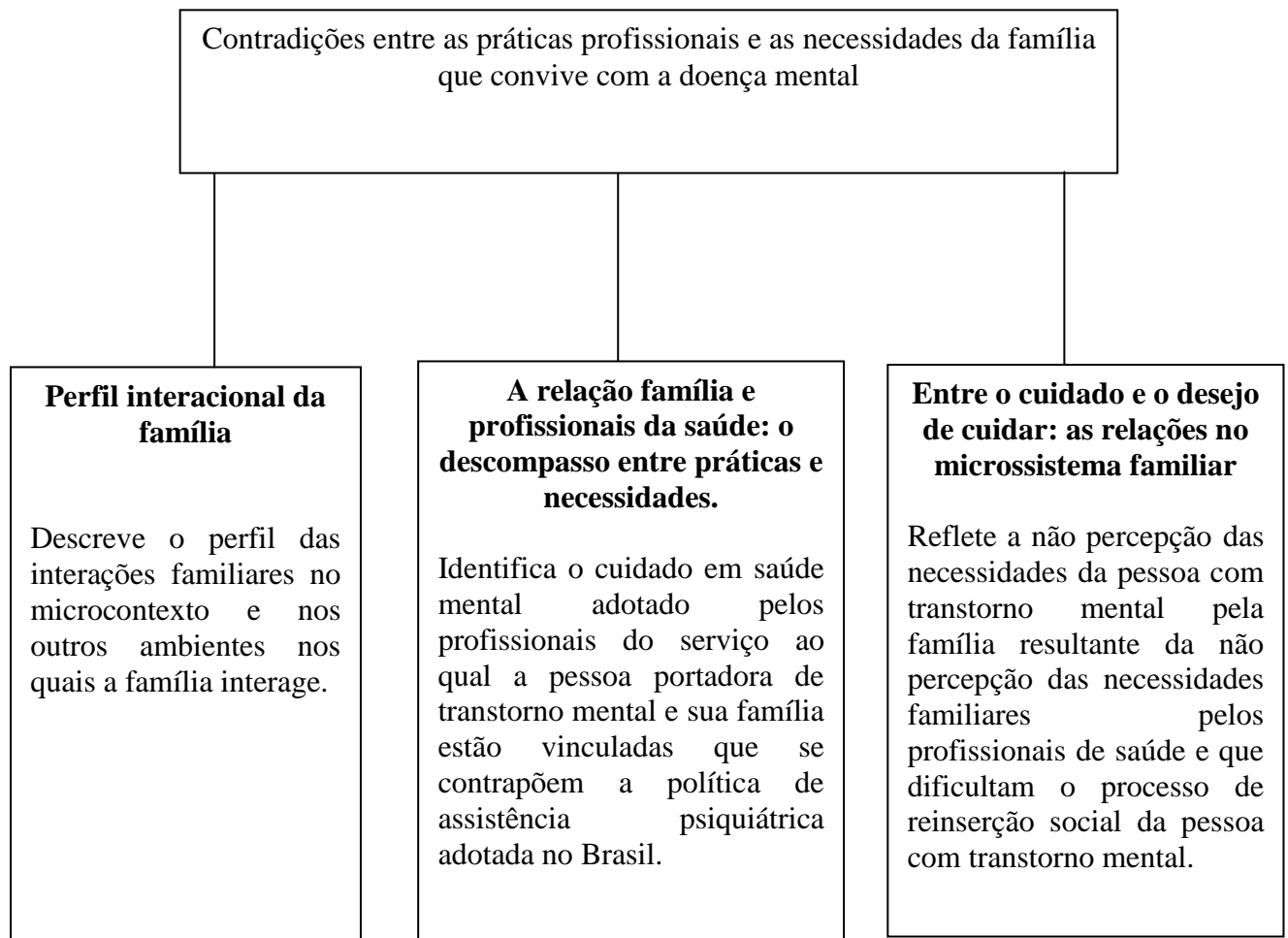


Figura 2 – Modelo esquemático Artigo II



6.2 ARTIGO I

PROCESSOS FAMILIARES NO CONTEXTO DO TRANSTORNO MENTAL: UM ESTUDO SOBRE AS FORÇAS DA FAMÍLIA

FAMILY INTERACTIONS IN THE MENTAL DISTURBANCE CONTEXT: A STUDY CONCERNING THE FAMILY STRENGTHS

INTERACCIONES FAMILIARES EN EL CONTEXTO DEL TRASTORNO MENTAL: UN ESTUDIO SOBRE LAS FUERZAS DE LA FAMILIA

Resumo: Este estudo objetivou identificar as forças que capacitam às famílias das pessoas com transtorno mental a lidarem positivamente com as exigências que a convivência diária com o referido transtorno impõe. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, desenvolvida com seis famílias usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial cujos dados foram coletados entre dezembro de 2009 e abril de 2010 através de entrevista semi – estruturada. Os resultados apontaram como forças da família: o tempo compartilhado em família, o afeto, os saberes acumulados pela família na convivência com o seu familiar com transtorno mental, a igreja e o CAPS. Com base nesses resultados conclui-se que: as forças das famílias se manifestam no microcontexto e em outros ambientes nos quais a família interage; elas possuem potencialidades que ao serem mobilizadas tornam-nas competentes para lidar com as dificuldades do cotidiano; os enfermeiros podem identificar e mobilizar as potencialidades familiares por serem os profissionais que estão mais próximos das famílias.

Palavras chave: Família; Saúde Mental; Relações Familiares; Saúde da Família; Enfermagem.

Abstract: This study aimed at identifying forces that enable families who have a mentally disordered person at home to positively deal with the demands from the everyday life caused by the disorder. It is a qualitative, descriptive and exploratory research developed with six families who commonly go to a Psychosocial Attention Center and whose data was collected between December/2009 and April/2010 through semi-structured interviews. The results showed as the family forces: the time spent and shared with the family, the affection, the knowledge accumulated by the family living with the mentally disordered individual, the church and CAPS. Based on these results it can be concluded that: the family forces which are manifested in the micro context and in other environments in which the family interacts; the families have a potential that when triggered enable them to deal with the everyday life difficulties; the nurses can identify and motivate the families potentials as they are the professionals more closely connected to the families.

Key words: Family; Mental Health; Family Relationships; Family Health; Nursing.

Resumen: Este estudio objetivó identificar las fuerzas que capacitan a las familias de las personas con trastorno mental a tratar positivamente con las exigencias que la convivencia diaria con el referido trastorno impone. Se trata de una pesquisa cualitativa, descriptiva y exploratoria, desarrollada con seis familias usuarias de un Centro de Atención Psicossocial cuyos datos fueran colectados entre diciembre/2009 y abril/2010 a través de entrevista semi – estructurada. Los resultados apuntaran como fuerzas de la familia: el tiempo compartido en familia, el afecto, los conocimientos acumulados por la familia en la convivencia con su familiar con trastorno mental, la iglesia y el CAPS. Con base em eses resultados se concluye que: las fuerzas de las familias se manifiestan en el microcontexto y en otros ambientes en los cuales la familia interactúa; ellas poseen potencialidades que al son movilizadas tornan competentes para tratar con las dificultades del cotidiano; los enfermeros pueden identificar y

movilizar las potencialidades familiares por ser los profesionales que están mas próximos de las familias.

Palabras clave: Familia; Salud Mental; Relaciones Familiares; Salud de la Familia; Enfermería.

Introdução

O modelo de atenção à pessoa com transtorno mental vigente no Brasil desde 2001 prioriza o convívio familiar e o atendimento dessa pessoa no âmbito comunitário, objetivando sua reinserção familiar e social e garantindo respeito aos seus direitos e individualidades ⁽¹⁾. No entanto, certas patologias que demandam monitoramento diário, principalmente na fase aguda do transtorno, como a manutenção do programa terapêutico instituído pelo serviço de saúde, controle da medicação, entre outros cuidados, geram uma sobrecarga física, emocional e financeira que a família nem sempre é capaz de suportar ⁽²⁾. Além disso, as alterações no comportamento do familiar, desencadeadas pela doença, podem gerar altos níveis de estresse, levando, em algumas situações, ao rompimento dos vínculos afetivos entre os membros da família, assim como à negligência e à rejeição dessa pessoa.

A reestruturação do modelo assistencial preconizado pela política de saúde mental atribuiu à família papel fundamental no processo de reinserção da pessoa com transtorno mental. Cabe a ela responder diretamente pelas necessidades dessa pessoa, garantindo sua sobrevivência no cotidiano, muitas vezes sem o apoio de que necessita para tal empreitada. Para algumas famílias, a convivência diária junto à pessoa com transtorno mental possibilita o fortalecimento das suas relações. De forma paulatina, descobrem forças que desconheciam, como, por exemplo, a capacidade de se manterem unidas através do afeto; de serem flexíveis, no que tange aos papéis desempenhados por seus membros; e de se ajudarem mutuamente.

Nas famílias em questão, a sobrecarga gerada pelas demandas de cuidados não deixa de existir, mas passa a ser percebida como uma condição que pode ser superada. Dessa maneira é possível que se mantenham inseridas em atividades comunitárias e que solicitem ajuda quando se sentem frágeis. Esta forma de funcionamento familiar evidencia o que alguns

autores consideram como forças da família, ou seja, os processos que a capacitam para administrar as adversidades que lhe são apresentadas, na vivência cotidiana, ao longo de suas vidas ⁽³⁾.

Há mais de quatro décadas estudos norte-americanos têm sido desenvolvidos procurando analisar e definir as forças da família ⁽⁴⁻⁵⁾. Em um deles, tais forças se traduzem em competência das pessoas no enfrentamento das dificuldades, transformando-as em aprendizado e oportunidade de crescimento; também são consideradas como forças a capacidade de criar e manter relações construtivas com a comunidade na qual estão inseridas e a possibilidade de fornecer apoio, segurança e encorajamento para seus membros ⁽⁴⁾.

Mais recentemente, estudo realizado com famílias que convivem com problemas crônicos de saúde, dentre eles o câncer, destaca como forças da família o tempo compartilhado entre seus membros e as interações no microsistema familiar, representadas pelo apreço e afeto; compromisso e diálogo entre as pessoas; flexibilidade nos papéis familiares e pela coesão entre seus membros ⁽³⁾. Outros autores apontam que as forças também podem estar refletidas nas interações das pessoas da família com outros contextos, tais como a igreja ⁽⁶⁾ e os serviços de saúde ⁽⁷⁾. Nesses estudos, as forças são apontadas como mecanismos que ajudam o grupo a enfrentar as demandas geradas pela doença em um de seus membros, a superar o sofrimento e a atenuar as dificuldades do complexo contexto ⁽⁶⁻⁷⁾.

Do ponto de vista bioecológico a reinserção familiar preconizada na reestruturação da assistência psiquiátrica pode ser considerada um processo do qual resulta a autonomia necessária para que a pessoa com histórico de institucionalização possa explorar o mundo, a partir das interações positivas que vivencia no seu microcontexto. De forma análoga, consideram-se forças o que Bronfenbrenner ⁽⁸⁾ denominou processos proximais, ou seja, as interações recíprocas e regulares entre seres humanos e ambientes, em um nível crescente de complexidade, em determinado tempo.

Esta concepção de força, adotada neste estudo, refere-se às interações vivenciadas pela pessoa com transtorno mental e os membros da família que assumem a responsabilidade pelo seu cuidado, as quais são caracterizadas pela regularidade com que ocorrem, uma vez que as pessoas compartilham o mesmo espaço físico e relacional do lar. Já a complexidade crescente é possibilitada porque a coexistência propicia às pessoas o aprendizado necessário para a convivência em família e, com isso, o aumento progressivo do conhecimento das suas necessidades, afinidades e do compromisso estabelecido nas relações.

Com base na convicção de que a família possui forças para enfrentar as dificuldades do seu cotidiano e que as mesmas podem ser potencializadas pelos profissionais de saúde, o estudo ora apresentado justifica-se pela possibilidade de fornecer pistas para que os enfermeiros desenvolvam estratégias de intervenção pautadas pelas características de cada família, auxiliando-a no resgate da sua autonomia e na percepção dos seus apoios para que possa apoderar-se do cuidado ao seu familiar ⁽⁹⁾. Do mesmo modo, a identificação das forças pode possibilitar à enfermagem potencializar ou desvelar competências nas famílias de pessoas com transtorno mental que tenham dificuldades em lidar com os problemas cotidianos, capacitando-os a mobilizar os recursos que lhes possibilita enfrentarem, com mais efetividade, as exigências decorrentes do contexto. Nesta perspectiva, este estudo tem o objetivo de identificar as forças que capacitam às famílias das pessoas com transtorno mental a lidar positivamente as exigências que a convivência diária com o transtorno mental impõe.

Metodologia

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, desenvolvido com cinco famílias vinculadas a um CAPS II localizado em um município do extremo sul do Brasil, as quais foram selecionadas com base nos seguintes critérios: a) possuir um membro com algum tipo de transtorno mental vinculado ao CAPS; b) concordar em participar da pesquisa e expressar a concordância através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; c) ter,

no mínimo, um familiar que participe das reuniões destinadas ao atendimento dos familiares de usuários do CAPS; d) realizar algum tipo de atividade social na comunidade a que pertence. Os critérios de inclusão foram definidos a partir da revisão da literatura que descreve o funcionamento positivo da família, tendo por base esses indicadores.

Essas famílias foram recrutadas no CAPS durante as reuniões para familiares dos usuários do serviço e estão representadas por pais, mães, filhas, esposas, irmãs, cunhados e tios, os quais convivem diariamente com os sintomas crônicos de transtorno mental, no ambiente doméstico. Para preservar o anonimato, cada família foi identificada através de uma codificação iniciando pela letra “F”, seguida da numeração de 1 a 6 (F1 ... F6). Pela mesma razão, os membros que forneceram os dados ao responder as entrevistas estão codificados pela letra inicial, correspondente ao grau de parentesco com a pessoa com transtorno mental, conforme especificado: “M” para mãe, “PA” para pai, “T” para tia, “C” para cunhado, “I” para irmã ou irmão, “S” para sobrinho, “V” para avó, “E” para esposa ou esposo. Para identificar a pessoa com transtorno mental, utilizou-se a letra “P” seguida da letra “F” e o número correspondente a sua família. A codificação dos indivíduos precede à da família.

Os dados foram obtidos no período entre dezembro de 2009 e abril de 2010, através de entrevistas semi estruturadas, realizadas individualmente com o representante da família que estava participando da reunião no CAPS; e coletivamente com os membros da família quando realizadas no domicílio. Todas as entrevistas foram gravadas com a autorização dos participantes.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo ⁽¹⁰⁾, seguindo as etapas de pré-análise e exploração do material. O estudo recebeu uma certificação ética do Comitê de Ética e Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande, parecer n. 44/2009. Foram garantidos o sigilo e o anonimato dos sujeitos do estudo e respeitados todos os preceitos éticos e legais que regem a pesquisa com seres humanos, estabelecidos na

Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Resultados e discussão:

Do processo de análise emergiram três categorias que retratam as forças indicativas da capacidade das famílias das pessoas com transtorno mental para lidar com as exigências que a convivência diária com o referido transtorno impõe. São elas: Tempo compartilhado em família, interações intrafamiliares e interações familiares em outros ambientes.

Tempo compartilhado em família

Esta categoria engloba os processos que ajudam na convivência familiar e que oportunizam aos membros da família se (re) conhecerem e (re) descobrirem afinidades, estabelecendo uma relação de confiança mútua a qual pode contribuir para a reinserção familiar e social da pessoa com transtorno mental.

Viver em família implica compartilhar emoções e experiências que determinam o modo como são processadas as interações entre as pessoas. A qualidade do tempo compartilhado, que depende do nível de comprometimento das pessoas na atividade desenvolvida e de como se dá a comunicação entre elas, determinam se as interações familiares serão positivas ou não ⁽³⁾. Os participantes desse estudo referem que certos momentos compartilhados entre eles promovem uma sensação de bem-estar, amenizando as dificuldades enfrentadas no seu dia a dia. É nesse tempo que se desenrolam interações que favorecem a aproximação entre eles, o que pode favorecer a reinserção familiar e social da pessoa com transtorno mental, conforme demonstra os relatos da EF2:

A gente sai junto, nesse dia, a gente respira. Nesse dia nada de serviço, nada de doença, é um dia para descansar, voltado para coisas que não stressam. (EF2)

Nós jogamos bola no pátio, olhamos fotos, lembramos de tempos felizes, essas coisas fazem a gente esquecer um pouco as dificuldades! (EF2)

As pessoas são capazes de vivenciar as sensações de plenitude e de satisfação quando se envolvem inteiramente em atividades prazerosas. Com isso, são propensas a esquecer momentaneamente outras situações negativas que façam parte do seu cotidiano, tais como as dificuldades econômicas, o trabalho e a doença. Nesses momentos, o transtorno mental do familiar e as dificuldades do dia a dia ficam em segundo plano. Observa-se na F2 que esses momentos são vivenciados mais frequentemente nos sábados, quando realizam visitas aos amigos e participam das atividades da igreja que freqüentam. Em outras ocasiões, no dia a dia, quando se dedicam a atividades lúdicas, como jogos e brincadeiras no domicílio. Dessa forma, passam a considerar que os bons momentos são mais relevantes do que os maus, o que as ajuda no enfrentamento das exigências do dia a dia. Principalmente se considerarmos as adversidades presentes no contexto da F2 tais como o distanciamento dos demais membros da família (MF2 foi adotada e o contato com sua família biológica é esporádico) e o enfrentamento diário com os sintomas do transtorno mental em PF2 e a depressão de FF2 que dificulta suas interações fora do microcontexto familiar. Corroborando tal afirmativa, alguns autores indicam que o tempo compartilhado em família pode fortalecer a sensação de estabilidade oferecida frente às dificuldades que possam surgir no seu cotidiano ⁽¹¹⁾. MF4 e TF3 evidenciam a importância da qualidade das trocas realizadas durante os momentos em que ocorre a comunicação entre as pessoas para que o tempo compartilhado seja prazeroso:

A nossa relação se torna prazerosa quando PF4 está bem, quando ela entra em comunhão comigo e eu com ela, quando a gente pode conversar sobre diversas coisas, coisas da bíblia, da igreja, enfim do dia a dia; coisas relacionadas com as amizades dela, enfim que a gente possa conversar. (MF4)

Conversamos sobre tudo, política, futebol [...].Cada um diz a sua opinião. É um momento em que ficamos todos juntos, é muito bom. (TF3)

Alguns autores consideram que a comunicação efetiva é necessária para a manutenção de uma boa convivência entre a família, principalmente quando existe o transtorno mental em um de seus membros ⁽¹²⁾. As trocas realizadas durante a comunicação entre as pessoas proporcionam o espaço relacional de construção da confiança e do vínculo entre a pessoa com

transtorno mental e a família o que pode contribuir para o processo de reinserção familiar e social. Na F3, a maneira como o tempo é compartilhado em família expresso nas falas anteriores oportuniza que cada pessoa encontre seu lugar nessa organização devido a importância que é dada as oportunidades de expressão e de opinião de cada membro da família, mesmo nos momentos de conflito, já que TF3 e VF3 têm uma relação conflituosa. O tempo compartilhado em família propicia os processos que sinalizam, entre outras coisas, a importância que uma pessoa tem para a outra, os valores que vão sendo passados de geração em geração e o lugar que cada um dos membros ocupa na família ⁽¹³⁾.

Interações intrafamiliares

Esta categoria é constituída por dois elementos: as relações de afeto entre as pessoas e os saberes acumulados pelos membros da família relativos ao manejo dos sintomas da doença. Para as famílias que participam deste estudo as interações estabelecidas entre seus membros são potencialmente capazes de estimular a reinserção familiar da pessoa com transtorno mental. Dentre essas o afeto entre as pessoas e os saberes acumulados pela família, referentes ao manejo das exigências do cotidiano. Famílias que manifestam essa força mantêm vínculos positivos entre seus membros, mostram-se mais capazes de superar dificuldades e permitem a manutenção de relações de amizade, de apoio emocional e financeiro entre si ⁽³⁾. Na F6, essa força se expressa na maneira afetuosa como MF6 refere-se à convivência com PF6, o que pode ser percebido na seguinte fala:

Comigo {a convivência} é sempre boa porque eu amo demais o meu filho, mesmo que ele brigue às vezes [...]. Eu sei que isso é da doença. (MF6)

Nessa família, o afeto pode ser o componente que torna toleráveis os momentos de conflito que PF6 tem com os outros membros da família, permitindo que a mãe perceba como boa a sua interação com o filho, mesmo quando ele se mostra agressivo. Durante as entrevistas constatou-se que PF6 mantém um bom relacionamento com os irmãos e os pais, bem como com a namorada e o restante da família quando não está em crise. Estudo

realizado com familiares de pessoas com transtorno mental aponta que a afetividade entre essas pessoas pode ser manifestada através da preocupação com as necessidades do membro da família que se mostra mais frágil e da renúncia das pessoas a suas necessidades imediatas ⁽¹⁴⁾. Essa renúncia se dá no sentido de as pessoas abdicarem temporariamente dos seus desejos e projetos em prol da satisfação das necessidades do outro. No entanto, percebe-se na F6 que essa afetividade não está somente relacionada à preocupação e ao sacrifício; há um vínculo que extrapola o limite das necessidades de apoio e cuidado ao familiar doente e permite que as pessoas sintam prazer na convivência, apesar das dificuldades.

Famílias capazes de resolver seus problemas positivamente são compostas por pessoas que cuidam umas das outras, sem medo de expressar o seu amor, sendo capazes de demonstrar seus sentimentos com facilidade ⁽³⁾. Evidências apontam que a demonstração de afeto e carinho está associada a um aumento de confiança no próprio desempenho das pessoas que a recebem; configura-se, portanto, essencial para que a pessoa com transtorno mental consiga ter a segurança para interagir em outros ambientes, no caminho de sua reinserção social ⁽¹⁵⁾. Corroborando com essa afirmação, constata-se que PF6 interage bem em outros locais, tais como o CAPS e a igreja evangélica, na qual frequenta os cultos aos domingos. Possivelmente, a segurança em estabelecer tais interações origine-se no afeto que recebe no convívio familiar.

Outro aspecto observado nas interações intrafamiliares deste estudo são os saberes acumulados pelas famílias, os quais as ajudam no manejo das crises da pessoa com transtorno mental; esse conhecimento é crucial para que a família possa criar um contexto promotor da tranquilidade necessária a fim de manter a convivência entre seus membros, já que os sintomas manifestados pela pessoa nesses momentos podem desestabilizar a família. A maneira como as crises são manejadas, relatados nas falas da TF3 e MF5, a seguir,

demonstram os saberes que as famílias desse estudo construíram acerca da pessoa com transtorno mental e dos sintomas da doença.

Quando PF3 está muito nervoso, caminha sem rumo, eu já percebi isso [...]. Quando é assim, nós tentamos acalmá-lo em casa, conversando com ele, distraíndo com as coisas que ele gosta. (TF3)

Quando é assim não dá para ficar em casa, tem que sair com ele, dar uma volta, passear, daí ele melhora um pouco. (MF5)

Percebe-se que a F3 e a F5 sabem como manejar as crises do familiar doente. Aprenderam observando as reações de PF3 e PF5 nessas situações, descobrindo, ao longo do tempo, estratégias para acalmá-los. Provavelmente os saberes mencionados foram construídos gradativamente, a partir de experiências que resultaram em uma maneira efetiva de lidar com as situações de crise. Não demonstram em suas falas que esse saber teve origem no CAPS, com os profissionais, mas que foi adquirido através da convivência diária com os problemas. Confirma-se, assim, a literatura que aponta os saberes empíricos como fundamentais no enfrentamento das crises, os quais devem ser compreendidos e compartilhados pelos enfermeiros e outros profissionais da saúde que atendem as famílias em questão ⁽¹⁶⁾.

Alguns autores apontam que os profissionais, na tentativa de ajudar as famílias, gastam muito tempo focalizando os detalhes da doença e os problemas enfrentados por elas, em vez de perceberem que, quase sempre, as famílias resolvem suas dificuldades utilizando as próprias habilidades e experiências de modo eficaz ⁽³⁾. Sendo assim, é importante que os profissionais compreendam como se dá tal processo, a fim de proporcionarem o apoio efetivo de que essas famílias necessitam.

Interações familiares em outros ambientes

Esta categoria refere-se às interações vivenciadas pela família no âmbito do CAPS e da igreja existente na comunidade, ou seja, às interações no mesossistema. São as interações estabelecidas entre a família de pessoas com transtorno mental e os outros ambientes nos quais ela transita e podem desencadear e manter os processos necessários para que enfrente

positivamente as exigências do seu cotidiano, podendo levar a reinserção social do familiar doente. Para as famílias deste estudo, as interações mais significativas acontecem no âmbito de estruturas informais e formais representadas, respectivamente, pela igreja e pelo serviço de saúde mental (CAPS). Três famílias destacam a igreja como importante apoio social:

Hoje a gente se desliga, porque vamos à igreja, nos envolvemos nas coisas da igreja, é a nossa tábuia de salvação, são as coisas de Deus. (EF2)

Os irmãos {da igreja} nos ajudaram a erguer a casa, as paredes e tudo, todo mundo ajudou, ele aí rebocou, esse reboco foi ele quem fez, pintou tudo também, cada um deu uma coisinha e fizemos a casa, antes era nos fundos, duas pecinhas, que até bicho tinha, daí eles fizeram um mutirão e a casa ficou pronta. (EF2)

Tudo que tu recorrerias: irmãos, mãe ou alguém pra conversar, para falar, nem que seja pra desabafar eu encontro ali. (MF4)

Na igreja também eles conversam com ele {PF5}, tentam mostrar que ele não pode falar palavrão porque ele é cativado, ele não pode ser contra os pais [...] agora mesmo eu falei com o pastor e contei que ele tava se agitando e o pastor disse que precisava falar com ele. (MF5).

A religião proporciona alívio aos sofrimentos, conforto, solidariedade e acolhimento. Ela pode ser considerada como a conexão da família com os demais integrantes da comunidade religiosa, devido aos valores compartilhados, compromisso e suporte mútuo frente às dificuldades⁽¹⁷⁾. A igreja se constitui tanto pelo espaço físico que ocupa quanto pela crença das pessoas que nela se congregam. Para EF2, é o lugar para onde é possível fugir e se distanciar dos problemas e também espaço de interação com uma comunidade que apresenta as mesmas crenças religiosas e que se apóia materialmente; o mesmo se dá com MF2 que não pode contar com o apoio de sua família estendida por ter sido adotada por pais já falecidos e por manter um contato esporádico com sua família biológica (mãe e irmãos).

Da mesma maneira que EF2, também MF4 encontra no templo evangélico a família que não possui pelos laços consangüíneos, pois não tem irmãos nem cunhados e seu marido e seus pais são falecidos. Nesse sentido, as famílias F2 e F4 parecem objetivar, além da aproximação com o divino, o contato com outros membros da comunidade, a fim de obter o apoio emocional e material de que carecem, pois participam ativamente das atividades na igreja, auxiliando em mutirões e no trabalho missionário. Da mesma maneira, grande parte

das interações de MF5 estão vinculadas à sua participação em atividades religiosas, as quais frequenta duas vezes por semana na companhia de PF5 e nas viagens organizadas pela igreja. Ela também sabe que pode contar com o auxílio do pastor evangélico para lidar com as dificuldades geradas pelo transtorno de seu filho o que lhe proporciona um importante apoio emocional.

Estudo realizado com familiares de pessoas com sofrimento psíquico mostra que a igreja surge como importante fonte de apoio emocional e social, possivelmente porque proporciona às pessoas uma oportunidade de interação, com contato sistemático, vínculos de amizade e pertencimento. Esta poderá amenizar o sofrimento com o qual convivem diariamente, diminuindo a ansiedade e a depressão, quando existem, e permitindo que enfrentem com maior competência as adversidades da vida ⁽¹⁸⁾. A igreja também pode ser o local onde o familiar com transtorno mental é aceito, “cativado”, e estimulado a participar dos grupos, como é o caso de PF5; nesse espaço ele exerce sua cidadania e autonomia, considerados dois pilares importantes da política de reinserção social as pessoas com transtorno mental.

Na esfera formal, o CAPS é referido pelos entrevistados como o principal local onde as famílias buscam informações sobre a doença do seu familiar e suporte profissional, conforme pode ser percebido no relato das mães da F4 e F6:

A médica me ajuda muito; a enfermeira, é maravilhosa, também está disponível para qualquer coisa, medicamento que às vezes a gente não consegue ela sempre dá um jeito [...] Eu tenho muita ajuda aqui {CAPS}, tudo isso é muito importante. (MF4)

O CAPS nos ajudou muito mesmo. Ele é muito bom, nós temos um bom acesso ali, nunca entramos ali sem sair com a solução do que estava nos incomodando, nunca nos faltou atendimento. Sempre tem alguém pra dar alguma luz. (MF6)

MF4 e MF6 se referem ao CAPS como um importante apoio social. É o local onde encontram de forma acessível suporte profissional para dar conta da medicação e dos momentos de crise do familiar doente e a informação sobre a doença dos seus familiares. A

função do CAPS, de acordo com a política de saúde mental ⁽¹⁾, é proporcionar um serviço de média complexidade, substitutivo do sistema manicomial e que ofereça assistência a pessoa com transtorno mental na sua comunidade, atendendo aos preceitos de territorialidade. Estudos apontam que, para algumas famílias, o CAPS se constitui como um ambiente de acolhimento, bem como em um local que permite troca de conhecimentos e a complementação de sua rede social, ou seja, o local onde a família pode ser cuidada e, de forma compartilhada, aprender a cuidar ⁽¹⁹⁾.

Essa maneira de assistir permite à família participar do tratamento e do cuidado a esse familiar; no entanto, ela também precisa ser apoiada e cuidada pelos profissionais dos serviços de saúde, a fim de poder dar a sua contribuição para a construção da cidadania e da autonomia do familiar com transtorno mental.

Nesse sentido, estudos apontam que a família precisa sentir-se segura quanto à disponibilidade dos serviços de saúde em oferecer escuta e auxílio na resolução das dificuldades enfrentadas no dia a dia, para que possa cuidar do seu familiar com transtorno mental em casa ^(7,19). Das famílias incluídas neste estudo, apenas uma internou seu familiar doente no hospital psiquiátrico recentemente. As demais mantiveram seus familiares sem internação há pelo menos cinco anos, período em que foram amparados pelos profissionais do CAPS; todas as pessoas com transtorno mental pertencentes a esse estudo freqüentam o CAPS pelo menos uma vez por semana. O fato citado pode sinalizar que, para as famílias em questão, o CAPS está sendo capaz de suprir suas necessidades. Corroborando tais resultados, estudo ⁽²⁰⁾ realizado no sul do Brasil aponta que há uma tendência na redução de internações em hospitais psiquiátricos por parte dos usuários do CAPS. No mesmo estudo, foi aferido que usuários freqüentadores do serviço há menos de um ano estavam, em média, há 48 meses da última internação; os que estavam frequentando entre 1 e 2,9 anos tiveram sua última

internação há 66 meses e os que eram atendidos há 3 anos ou mais, o tempo médio foi de 88 meses.

Conclusão

Este estudo permitiu inferir que as forças das famílias que convivem no seu cotidiano com uma pessoa com transtorno mental podem se manifestar tanto no microcontexto familiar como nos outros ambientes em que a mesma interage. Constatou-se ainda, que tais famílias, apesar das dificuldades enfrentadas no dia a dia, têm potencialidades que, ao serem mobilizadas, tornam-nas competentes para lidar com as demandas do contexto no qual estão inseridas. Estas forças podem estar refletidas na maneira como o tempo é compartilhado em família, no afeto existente nas interações familiares, nos saberes demonstrados pelos familiares no manejo das crises da pessoa doente, bem como nas interações da família com outros ambientes tais como o CAPS e a Igreja.

Nesse sentido, considera-se o enfermeiro como um agente mobilizador de forças, por ser um profissional que mantém contato sistemático com as famílias, o que lhe possibilita identificar e desvelar as potencialidades familiares. Entende-se que a responsabilidade de garantir o cuidado necessário à pessoa com transtorno mental na família, pelas equipes de saúde, implica assistir a família como uma unidade de cuidado, para que ela possa dar conta das suas atribuições junto ao familiar doente.

A identificação das forças das famílias vai ao encontro da promoção da saúde, um dos pilares de sustentação da política norteadora das ações em saúde pública adotadas no Brasil desde a implantação do Sistema Único de Saúde. Sendo assim, o desafio da enfermagem brasileira, com vistas ao atendimento integral das famílias de pessoas com transtorno mental, será construir estratégias de intervenção para essas famílias, a partir do conhecimento de suas forças e competências com o intuito de promover a saúde dessas pessoas, conforme preconiza a política de saúde vigente no Brasil.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 2004. [citado em 23 jun 2010] Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf.
2. Barroso SM, Bandeira M, Nascimento E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Rev. Psiq. Clín*, 2007; 34 (6): 270-277.
3. De Frain J, Asay SM. Family strengths and challenges in the USA. *Marriage and Family Review*, 2007; 41:281-307.
4. Otto HA. What is a strong family? *Marriage and Family Living*, 1962; 24:77-81.
5. Otto HA. Criteria for assessing family strength. *Family Process*, 1963;2(2): 329-338.
6. Aquino VV, Zago MMF. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2007; 15(1):42-47.
7. Mello R. A construção do cuidado à família e a consolidação da reforma psiquiátrica. *R Enferm UERJ*, 2005; 13:390-5.
8. Bronfenbrenner U, Morris PA. The ecology of developmental process. In: Lerner RM. organizador. *Handbook of child psychology: theoretical models of human development*. 5a ed 1998. p. 993-1028.
9. Waidman MAP, Elsen I. Os caminhos para cuidar da família no paradigma da desinstitucionalização: da utopia à realidade. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 2006; 5:107-112.
10. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 5a. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.
11. McCubbin MA, McCubbin HI. Families coping with illness: The resiliency model of family stress, adjustment and adaptation. In: Danielson CB, Hamel-Bissel B, Winstead-Fry P. *Families, health & illness: Perspectives on coping and intervention*. St. Louis: Mosby, 1989.
12. Navarine V, Hirdes A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto contexto – enferm*, 2008, 17(4):680-688.

13. Silva MRS, Lacharité C, Silva PAS, Lunardi VL, Lunardi Filho WD . Processos que sustentam a resiliência familiar: um estudo de caso. *Texto contexto – enferm*, 2009; 18(1): 92-99.
14. Koga M, Furegato AR. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 2002;1(1): 75-79.
15. Silva SM, Nunes MB, Aparecida GSA. Suporte familiar e doença mental: evidência de validade baseada na relação entre as variáveis. *Aletheia*, 2008; 28: 45-59
16. Saraiva AM, Ferreira Filha MO, Dias MD. Práticas terapêuticas na rede informal com ênfase na saúde mental: histórias de cuidadoras. *Rev. Eletr. Enf. [on line]* 2008 [citado em: 27 jun 2010]; 10(4):1004-14.; Disponível em:
<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a12.html>.
17. Walsh F. Religion, spirituality and the family: multifaith perspectives. In: Walsh F. organizador. *Spiritual resources in family therapy*. 2 ed. New York: The Guilford Press; 2008.p.03-30.
18. Silva L, Moreno V. A religião e a experiência do sofrimento psíquico: escutando a família. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 2004; 3(2):161-168.
19. Moreno V. Familiares de portadores de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um centro de atenção psicossocial. *Rev. esc. enferm. USP*, 2009; 43(3):566-572.
20. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silva RA, Gonçalves H et al. Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do sul do Brasil: uma análise estratificada. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(4): 807-815.

6.2 ARTIGO II

CONTRADIÇÕES ENTRE AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS E AS NECESSIDADES DA FAMÍLIA QUE CONVIVE COM A DOENÇA MENTAL

CONTRADICTIONS BETWEEN THE PROFESSIONAL PRACTICES AND THE NEEDS OF A FAMILY THAT COEXISTS WITH MENTAL DISORDER

CONTRADICCIONES ENTRE LAS PRACTICAS PROFESIONALES Y LAS NECESIDADES DE LA FAMÍLIA QUE CONVIVE CON LA ENFERMEDAD MENTAL

Resumo: Estudo de caso desenvolvido com o objetivo de evidenciar contradições entre as práticas profissionais desenvolvidas com uma família usuária de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a política de reestruturação do modelo de assistência em saúde mental. Os dados foram coletados em dezembro de 2009, junto a uma família em que um de seus membros com transtorno mental, é usuário do CAPS. Foi utilizada entrevista semi-estruturada, para obtenção dos dados, realizada no domicílio da família, os quais foram submetidos à análise de conteúdo. Os resultados revelaram o perfil interacional da família; o descompasso entre práticas profissionais e as necessidades da família; e o distanciamento entre o desejo da família cuidar e o cuidado que de fato realiza. Conclui-se que a não apreensão das necessidades da família, especialmente aquelas manifestadas de forma indireta através da maneira como cuidam da pessoa com transtorno mental, pode estar contribuindo para que se estabeleça um ciclo em que a família não é bem cuidada e, por conseguinte, não consegue atender as necessidades da pessoa com transtorno mental, dessa forma estabelecendo uma contradição com os princípios da política de reestruturação da assistência em saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental; Desinstitucionalização; Família; Relações Familiares; Enfermagem

Abstract: Case study developed with the purpose of highlighting contradictions between the professional practices with a Family using the services from a Psychosocial Attention Center (CAPS) and the restructuration policy of the model of mental health assistance. The data was collected in December 2009, with a family in which one of the members bears mental disorder, and uses the CAPS services. A semi-structured interview was used, in order to collect the data, performed at the family residence, which were submitted to content analysis. The results revealed the family interactional profile; the mismatch between the professional practices and the family needs; and the detachment between the family wish to take care of the family member and the care really performed. It is concluded that the non-fulfillment of the family needs, specially those indirectly manifested through the way the mentally disordered person is taken care of, may contribute so that a cycle is established in which the family is not taken care of, and therefore, cannot respond to the needs of the mentally disordered person, then settling a contradiction with the policy principles of restructuration of the mental health assistance.

Key words: Mental health; Desinstitutionalization; Family; Family Relationships; Nursing

Resumen: Estudio de caso desarrollado con el objetivo de evidenciar contradicciones entre las practicas profesionales desarrolladas con una familia usuaria de un Centro de Atención Psicossocial (CAPS) y la política de reestructuración del modelo de asistencia en salud mental. Los datos fueran colectados en diciembre de 2009, junto a una familia en que un de sus miembros con trastorno mental, es usuario del CAPS. Fue utilizada entrevista semiestructurada, para obtención de los datos, realizada en el domicilio de la familia, los cuales fueran sometidos a análisis de contenido. Los resultados revelaran el perfil interaccional de la familia; el descompaso entre prácticas profesionales y las necesidades de la familia; y el

distanciamiento entre el deseo de la familia cuidar y el cuidado que de facto realiza. Se concluye que la no aprensión de las necesidades de la familia, especialmente aquellas manifestadas de forma indirecta a través de la manera como cuidan de la persona con trastorno mental, puede estar contribuyendo para que se establezca un ciclo en que la familia no es bien cuidada e, por consiguiente, no consigue atender las necesidades de la persona con trastorno mental, de esa forma estableciendo una contradicción con los principios de la política de reestructuración de la asistencia en salud mental.

Palabras-clave: Salud Mental; Desinstitucionalización; Familia; Relaciones Familiares; Enfermería

Introdução

O processo de reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil, idealizado há três décadas, vem sendo colocado em prática, com o objetivo de reinserir, na família e na sociedade, a pessoa com transtorno mental. Para tanto, preconiza a criação de uma rede de serviços complementares capaz de dar sustentação à progressiva redução dos leitos de internação em hospitais psiquiátricos ⁽¹⁾. Em sua essência, a reestruturação da assistência prevê a restituição da autonomia e da cidadania à pessoa com transtorno mental e sua reinserção familiar e social alicerçada em um conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas, que visa transformar a relação da sociedade com essa pessoa ⁽²⁾.

Esse processo vem modificando as relações entre as pessoas com transtorno mental, sua família, os serviços de saúde e a sociedade de um modo geral. A família que assume o cuidado da pessoa doente passa a ter responsabilidades por sua subsistência e por seu tratamento, incluindo a manutenção do programa terapêutico recomendado pelo serviço de saúde, a administração e controle da medicação, entre outras exigências que a situação demanda. Via de regra, trata-se de uma circunstância geradora de dificuldades, conflitos e até mesmo de sentimento de culpa, quando a família não consegue, com seus próprios recursos, conciliar as exigências que a condição de saúde da pessoa com transtorno mental impõe e a rotina da vida familiar ⁽³⁾.

Em muitas famílias, observa-se que existe o desejo de cuidar da pessoa com transtorno mental apesar da sobrecarga que a condição representa ⁽⁴⁾. No entanto, a forma como realizam o cuidado, em algumas situações, pode levar à restrição do familiar doente ao ambiente da casa, segregando-o do convívio social. Com isso, acabam reproduzindo a dinâmica asilar, que se repercute negativamente na pessoa com transtorno mental, na medida em que sua autonomia e sociabilidade tornam-se bastante limitadas.

Sem dúvida, esse processo de reinserção preconizado na política de reestruturação da assistência psiquiátrica pode desencadear uma sobrecarga física, emocional e financeira à família que precisará encontrar ajuda, pois, sem o apoio dificilmente terá as condições

necessárias para atender adequadamente às exigências desse processo ⁽⁵⁻⁶⁾. As famílias precisam de serviços e de profissionais capazes de identificar suas necessidades e, efetivamente, intervir nos problemas enfrentados no cotidiano, na maneira como lidam com a situação e na mobilização de forças ou potencialidades que irão contribuir para bem cuidar do familiar e para a reinserção social do mesmo, conforme é preconizado na política de saúde vigente. É importante destacar que, para algumas famílias, o CAPS se constitui em um ambiente de acolhimento; um local que permite a troca de conhecimentos, de aprendizagem e a complementação de sua rede social, ou seja, o local onde é possível ser cuidada e, de forma compartilhada, aprender a cuidar ⁽⁷⁾.

Entretanto nem sempre os profissionais desses serviços percebem que essas famílias não estão conseguindo cuidar bem do familiar doente, mesmo quando elas freqüentam regularmente o serviço. A necessidade de apoio, orientação e aprendizado, fundamental para a retomada da convivência com a pessoa com transtorno mental nem sempre é percebida pelos profissionais desse e dos serviços de saúde em geral. Para alguns, o fato de freqüentar regularmente o serviço, comparecer quando é solicitado e marcar presença nas reuniões de família, por exemplo, é um indicativo de que a família é capaz de bem cuidar.

Entretanto, o fato das necessidades de orientação, apoio e aprendizado da família não serem plenamente apreendidas pelos profissionais, contribui para que elas também tenham dificuldade para apreender e responder às necessidades da pessoa com a qual compartilha seu cotidiano. Nessa situação, cria-se um ciclo de “invisibilidade” e “descuido” no qual os profissionais não percebem as necessidades da família e estas não percebem as necessidades da pessoa com transtorno mental. Em consequência, as práticas desenvolvidas pelos profissionais com as famílias são dissonantes das suas necessidades, e as práticas desenvolvidas pela família para com a pessoa com transtorno mental, da mesma forma, não convergem com os princípios preconizados na política de saúde mental vigente, uma vez que favorece muito mais a condição de reclusão e isolamento dessa pessoa.

De acordo com as portarias 336/02 e 224/92 do Ministério da Saúde, o cuidado dispensado às famílias no CAPS deve envolver atividades que busquem criar laços de solidariedade entre elas, para que discutam problemas comuns, enfrentem as situações difíceis e recebam orientação sobre o diagnóstico e o projeto terapêutico para a situação que estão vivenciando ⁽⁸⁾. No cerne dessa proposta, o cuidado em saúde mental precisa envolver a rede de serviços, interligada a outros setores da comunidade. Precisa, também, apoiar as ações cotidianas das famílias, inclusive suas relações sociais, resgatando os saberes e recursos da comunidade no intuito de construir coletivamente as soluções para os problemas familiares ⁽⁹⁾.

Nessa perspectiva, para melhor compreender o descompasso entre necessidades familiares e práticas profissionais que frequentemente observamos no contexto da reestruturação da assistência psiquiátrica, é importante que enfermeiros e demais profissionais da saúde conheçam a forma como se estabelece as interações entre os profissionais do CAPS e as famílias usuárias desse serviço ⁽¹⁰⁾, bem como as interações entre as pessoas no microcontexto familiar. É destacadamente importante que os profissionais estejam atentos para reconhecer, apreender e responder às necessidades sentidas pelas famílias, no longo processo de aprender a compartilhar seu cotidiano com uma pessoa com transtorno mental, especialmente quando esta vivenciou períodos de institucionalização.

A partir dessas considerações, foi desenvolvido este estudo de caso, com o objetivo de evidenciar contradições entre as práticas profissionais desenvolvidas com uma família usuária de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a política de reestruturação do modelo de assistência em saúde mental.

Metodologia

Trata-se de estudo de caso desenvolvido com uma família constituída por quatro pessoas: a pessoa com transtorno mental (PF1), sua irmã (IF1), seu cunhado (CF1) e um sobrinho (SF1), filho somente de sua irmã. PF1 tem 41 anos, é solteira e desde os 16 convive com o diagnóstico de esquizofrenia, tendo sido internada doze vezes em hospital psiquiátrico. PF1 não completou o ensino fundamental, está desempregada, sua renda mensal é de um salário mínimo, provinda do auxílio-doença pago pelo Instituto Nacional de Seguridade Social. Frequenta a igreja evangélica e terreiros de umbanda. A irmã (IF1) tem 48 anos, é dona de casa, não concluiu o ensino fundamental e não possui renda própria; tem outros sete irmãos: cinco do sexo masculino e dois do sexo feminino, sendo um deles já falecido. Ficou viúva há dezessete anos, casou novamente dois anos depois, com CF1 (58 anos), também viúvo e com dois filhos. Do primeiro casamento, IF1 teve um filho (SF1), atualmente com 16 anos e cursando o ensino médio. Mora com o casal e a tia (PF1). O marido de IF1 (CF1) foi caminhoneiro e está aposentado desde 2003, tem renda mensal de três salários mínimos e também não concluiu o ensino fundamental. Ambos os filhos de CF1 são casados e residem nas proximidades.

Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada, realizada em 2009 com todos os membros da família, simultaneamente no domicílio desta e gravada com a autorização dos mesmos. Após, os dados foram submetidos à análise de conteúdo ⁽¹¹⁾, seguindo as etapas de pré-análise e exploração do material. Na pré-análise, realizou-se uma “*leitura flutuante*” ^(11:122) do material com vistas à familiarização com a linguagem utilizada

pelos participantes da pesquisa. A partir daí, constituiu-se um “*corpus*”^(11:122), ou seja, o material submetido ao procedimento analítico.

O estudo recebeu uma certificação ética do Comitê de Ética e Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande, tendo sido registrada sob o n. 44/2009. Foi garantido o sigilo e o anonimato dos sujeitos do estudo e respeitados todos os preceitos éticos e legais que regem a pesquisa com seres humanos, estabelecidos pelo Ministério da Saúde (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde) e pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Resultados e Discussão:

Perfil interacional da família

PF1 morou com sua mãe e seu pai (respectivamente com 70 e 75 anos) até 2003. No entanto, devido a dificuldade da mãe para manejar os sintomas da filha, esta foi entregue aos cuidados de outra pessoa, com a qual passou a residir por dois anos, ocasião em que os sintomas da sua doença intensificaram. Em 2005, passou a residir com sua irmã (IF1), sobrinho (SF1) e cunhado (CF1) os quais passaram a cuidá-la, ensinando-lhe hábitos de higiene, tais como lavar as mãos. Segundo IF1, foi necessário que PF1 reaprendesse a controlar seus esfíncteres e a alimentar-se nos horários habituais da família, a utilizar corretamente os talheres durante as refeições. Nessa época, PF1 continuou mantendo um forte vínculo com a mãe, que a visita com frequência. Desde que passou a residir com a irmã e o cunhado realiza poucas atividades domésticas, tais como varrer e, esporadicamente, lavar a louça e a roupa. Sua atividade de lazer principal em casa é caminhar no espaço compreendido entre a garagem e a casa, cerca de dez metros, ou dançar e cantar junto a um aparelho radiofônico que se mantém ligado durante o dia, na garagem.

A medicação tem surtido efeito positivo em PF1 desde a mudança para a casa de IF1, ajudando na melhora de alguns dos sintomas da doença, tais como a insônia e os delírios persecutórios, permitindo assim que ela possa ter um bom convívio familiar e social. Com a aproximação da menopausa, tem apresentado crises mais frequentes, coincidentes com o período menstrual, as quais exigem da família atenção extra. Atualmente, sua vida social se restringe a participar, uma vez por semana, das oficinas do CAPS e às visitas esporádicas a outros familiares (alguns que moram em outra cidade), sempre acompanhadas pela irmã ou pelo cunhado.

IF1 assumiu o cuidado de PF1 depois que os filhos de CF1 saíram de casa. Mantém-se ocupada com os afazeres domésticos e pouco se relaciona com os vizinhos, os quais, segundo ela [...] *perdem muito tempo com fofocas e cuidando da vida alheia.*”(IF1). Raramente

mantém contato com os irmãos; as irmãs é que mais interagem com ela, inclusive envolvendo-se no cuidado de PF1. Participa de todas as reuniões para familiares do CAPS na companhia de CF1. Os pais de CF1 são falecidos; sua mãe sofria de esquizofrenia e foi internada apenas uma vez em hospital psiquiátrico, tendo sido cuidada em casa pelo seu marido e por CF1 enquanto viveu. Ao ficar viúvo, casou-se com IF1 que o ajudou a criar os filhos adolescentes do casamento anterior; sua relação com os filhos é boa, visitando-se frequentemente.

A relação família e profissionais da saúde: o descompasso entre práticas e necessidades.

F1 está inserida em um CAPS utilizando-o como recurso para atendimento médico e participando assiduamente das reuniões que realiza com familiares de usuários e profissionais do serviço, nas quais costuma expressar suas vivências e dúvidas relacionadas às necessidades de PF1. Nessas ocasiões recebem apoio dos profissionais na forma de informações sobre os medicamentos usados por PF1, como é relatado na fala a seguir:

A PF1 usava mais de quinze comprimidos quando veio pra cá, daí a gente passou a levá-la no médico do CAPS, ficou outra coisa! (CF1)

Percebe-se que F1 busca no serviço uma resposta às suas necessidades mais imediatas, como controlar a medicação utilizada por PF1 e obter assistência médica. No entanto, o cuidado ao familiar doente abrange, além do atendimento médico e o medicamento, também, o atendimento das demandas sociais da pessoa com transtorno mental, tais como o estabelecimento de vínculos de amizade ⁽⁹⁾. Embora os cuidados relativos às manifestações da doença e a medicação sejam verdadeiramente importantes, o processo de reinserção não está delimitado somente pelas necessidades relativas ao familiar doente. É imperativa a necessidade de aprender a administrar o conjunto de obrigações familiares, como a organização da casa, a educação dos filhos, entre outras. Além disso, a família necessita de lazer e relações sociais que tornem as interações familiares prazerosas e possam amenizar a sobrecarga que lhe pesa sobre os ombros. Para conciliar as demandas do cotidiano a família necessita ser vista na globalidade de seus papéis e suas responsabilidades, o que não transparece nas falas dos entrevistados.

Alguns autores consideram necessário estar em contato direto com as pessoas, no lugar onde elas vivem e desenvolvem as suas atividades cotidianas, para que possam ser elaboradas estratégias de cuidado, propiciadoras de mudanças efetivas na sua vida ⁽¹²⁾. As referidas estratégias precisam contemplar cada família como uma unidade de cuidado e devem estar baseadas nas suas características, necessidades e potencialidades. Além disso, a observação acurada do cotidiano familiar propiciaria aos enfermeiros do serviço a percepção

das reais necessidades dessa família, possibilitando uma intervenção cuja finalidade seja a de ajudá-la a encontrar alternativas de cuidado coerentes com preconizado pela política de saúde mental.

O cuidado profissional no contexto das famílias possibilita aos enfermeiros observar pequenos detalhes que passam despercebidos quando a assistência é prestada em outros ambientes, como é o caso do CAPS ⁽¹²⁾. Estudo realizado com trabalhadores da saúde mental aponta que eles reconhecem a pouca aproximação entre o CAPS e a comunidade e que as atividades se restringem ao espaço interno do serviço ⁽¹³⁾. Alguns autores continuam defendendo, mesmo após mais de uma década de trabalho em prol da reorganização da assistência psiquiátrica, a necessidade de se fazer cumprir as políticas públicas que possibilitam aos serviços a articulação com a realidade fora deles e a construção de redes de coesão e diálogo nos diferentes espaços onde cada usuário circula e constrói sua vida ⁽¹⁴⁾.

Uma alternativa a ser explorada nesse sentido é a incorporação do cuidado à família de pessoas com transtorno mental também pela Estratégia de Saúde da Família, pois sua atuação engloba a visita domiciliar, que se configura como uma maneira de assistir a família no seu contexto. A inclusão da pessoa com transtorno mental e da sua família no atendimento pela rede de atenção básica é coerente com os princípios do SUS e deveria nortear as ações dos enfermeiros que buscam a integralidade no cuidado ⁽¹⁵⁾. Incorporar a política de saúde mental na prática cotidiana dos profissionais de saúde implica “incluir para libertar e não incluir para tratar, como se fosse no interior do serviço que o cuidado devesse ser prestado, e não o contrário” ^(13:29).

Entretanto, é preciso instrumentalizar os profissionais da saúde para atender essa população, intensificando a implantação do programa permanente de formação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica ⁽¹⁶⁾ já que, estudo realizado com enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família apontou que, apesar de haver pacientes necessitando de atenção em saúde mental na área de atuação de quase 100% dos enfermeiros entrevistados, 95% deles não têm formação específica na área resultando na dificuldade de perceber as necessidades das famílias para que possam assistir seu familiar doente ⁽¹⁷⁾. Dessa forma, ao não perceberem as necessidades da família, não conseguem assisti-las adequadamente; da mesma maneira a família ao não ser assistida também se torna impossibilitada de perceber as necessidades do seu familiar doente.

Entre o cuidado e o desejo de cuidar: as relações no microsistema familiar

As interações vivenciadas no microcontexto da família em estudo evidenciam a dificuldade de seus membros para apreender as necessidades mais prementes da pessoa com transtorno mental, conforme se constata na seguinte fala:

Ela só sai de casa com a gente. Aqui ela tem tudo. (CF1)
Nós a levamos uma vez por semana ao CAPS [...] só frequenta a igreja
quando uma das minhas irmãs a leva. (IF1)

Possivelmente, a dificuldade dos familiares de visualizarem a necessidade da pessoa com transtorno mental de interagir em outros ambientes tenha relação direta com o fato dos profissionais de saúde também não visualizarem as suas necessidades. Verifica-se que a família não percebe a restrição que impõe ao exercício da autonomia por PF1, como pode ser constatado na seguinte fala:

Quando a gente acha que tá demais e tem que botar um basta na coisa, a gente põe mesmo, nem que a gente tenha que encerrar ela em um quarto, porque é melhor do que deixar a coisa degradingolar e ter que internar num hos|
Porque quem tem que parar ela é a gente. (CF1)

Evidencia-se que o contexto familiar restritivo estabelece uma contraposição com a política de reestruturação de saúde mental brasileira, a qual está alicerçada na perspectiva de recuperação da autonomia da pessoa com transtorno mental, estimuladoras de práticas que promovam sua reinserção social. É um direito assegurado por Lei que essa pessoa seja tratada com humanidade e respeito ⁽¹⁾; e isolá-la do convívio com outras pessoas fere tal direito. Além disso, pode cronificar ainda mais a doença e impedir o exercício da sua autonomia.

É importante destacar que F1 tem consciência da sua responsabilidade em relação ao cuidado com PF1, pois manifesta o desejo de mantê-la sem hospitalização, em contato com a família, preocupando-se em restabelecer hábitos saudáveis que possam melhorar a convivência familiar. Entretanto, para que PF1 seja cuidada de acordo com o que é proposto pela reestruturação da assistência psiquiátrica, é necessário que sejam levadas em consideração outras necessidades como a de conviver livremente com outras pessoas, de ter autonomia para tomar suas decisões. Estas certamente vão além dos cuidados imediatos que a família mostra envolvimento e preocupação, tais como a medicação e a manutenção do programa terapêutico recomendado pelo serviço de saúde.

O cuidado em saúde mental abarca além do respeito aos pontos de vista da pessoa com transtorno mental, a liberdade para que ela delibere, tome decisões e elabore seu projeto de vida, de acordo com suas crenças e valores ⁽⁹⁾. Não significa deixá-la isenta de seguir determinadas normas, incorporar limites definidos pela própria família, os quais favoreçam o convívio social. Os limites devem contribuir para estabelecer uma relação de respeito recíproco entre os membros da família, já que o ser humano vive em constante interação

social com seus semelhantes. Através dessas interações, a pessoa aprende a importância do respeito consigo mesmo e com os outros, podendo, assim, desfrutar da sua liberdade com autonomia e independência, por conhecer os parâmetros dentro dos quais ela é livre para agir, prevendo as consequências dos seus atos. Quando surgem problemas relativos à ruptura de alguma regra ou norma estabelecida pelo grupo, a pessoa deve discutir seu ponto de vista com os familiares e, juntos, encontrarem caminhos que possam levar à mudança, de maneira que ocorra o restabelecimento do equilíbrio na dinâmica desse grupo social ⁽¹⁸⁾.

Entretanto, as limitações impostas a PF1, por seus familiares, não prevêm a possibilidade de discussão dos diferentes pontos de vista, talvez por considerarem-na uma pessoa incapaz de tomar decisões e gerenciar sua própria vida devido a doença:

Todo mundo diz que é importante deixar eles (pessoas com transtorno mental) fazerem o que eles querem... Eu não concordo, tens que dar um limite, tem que dizer não, não pode deixar tudo, porque eles têm a mente de uma criança, e daí tu vê, não dá pra deixar uma criança sair para a rua. (IF1)

IF1 compara o comportamento e as necessidades de PF1 aos de “uma criança”, o que sinaliza para sua visão acerca da pessoa com transtorno mental como incapaz de assumir a sua vida e tomar suas decisões. Estudo realizado com familiares de pessoas com transtorno mental aponta que algumas pessoas não conseguem associar os comportamentos do seu familiar aos sintomas de uma doença e, por isso, podem atribuir diferentes explicações a tal comportamento, como imaturidade, falta de responsabilidade e preguiça ⁽¹⁹⁾. Na família em estudo é possível inferir que seus membros não acreditam no potencial e na competência de PF1 para cuidar de si mesma. Por essa razão, assumem uma postura patriarcal em relação ao cuidado que dispensam a essa pessoa. Percebe-se que a família delegou ao cunhado a responsabilidade pelo “aprisionamento” de PF1, isto é, de manter PF1 confinada ao espaço doméstico e de escolher suas atividades fora de casa, papel que CF1 executa com naturalidade, como pode ser constatado na fala de CF1:

Se facilitar, deixar o portão aberto, ela sai por ai sem rumo... Por isso a gente deixa tudo trancado. CF1

Nas instituições psiquiátricas tradicionais, a reclusão fazia parte do tratamento dispensado ao “louco”. No contexto da política de reestruturação da assistência psiquiátrica manter as portas da casa trancadas pode ser considerada como uma prática que reproduz a dinâmica manicomial. Talvez isso ocorra pelo fato de a família desconhecer outras maneiras de administrar as exigências que a doença mental aporta, ou desconheça estratégias de cuidado mais efetivas para o seu caso. É possível, também, que a família esteja recorrendo ao modelo de assistência asilar e repressor, assimilado no contato com o hospital psiquiátrico, por ter sido esse o modelo de assistência considerado resolutivo por tanto tempo, em nossa

sociedade. CF1 conviveu com o transtorno mental da mãe em um tempo em que o modelo asilar era o único existente e talvez por isso reproduza a maneira de cuidar que foi apreendida naquele tempo. Estudo desenvolvido recentemente indica que algumas famílias adotam o chamado *confinamento de proteção*, no qual a interação com a comunidade é impossibilitada à pessoa egressa do hospital psiquiátrico, por iniciativa da própria família ⁽¹³⁾. São práticas que dificultam a reinserção social da pessoa com transtorno mental e que não estão sendo visualizadas pelos profissionais que atendem F1.

A análise dos dados possibilita pensar que a intervenção profissional nesta família deve se dar através do restabelecimento gradativo da confiança dos familiares na capacidade de PF1 de auto gerir-se fora das crises, desvelando as suas potencialidades. Vários estudos indicam a importância da relação profissional/família/paciente para que sejam atendidas as necessidades das pessoas com transtorno mental ^(12-13; 19). Portanto para que uma intervenção profissional junto a famílias em que um de seus membros encontra-se em processo de reinserção familiar e social é necessário que os profissionais que se ocupam de seu atendimento estejam também atentos para as necessidades que a família manifesta enquanto unidade de cuidado. Assim, aumenta a possibilidade de aproximar o desejo de cuidar e o cuidado que de fato é promotor de reinserção familiar e social das pessoas com transtorno mental.

Conclusão

O estudo apresentado permitiu inferir que algumas famílias podem estar reproduzindo, no seu domicílio, o modelo psiquiátrico asilar e hospitalocêntrico, ao lidar com as demandas que o convívio diário com a pessoa com transtorno mental se lhes impõe. Possivelmente, esse fenômeno demarcado pela reprodução acontece por serem elas próprias vítimas de descuido, mesmo que não de forma intencional. Muitos anos de tratamento às pessoas com transtorno mental tendo por base um modelo pautado na reclusão social e no isolamento social, faz com que os enfermeiros e os demais profissionais dos serviços de saúde mental não consigam visualizar de imediato a maneira como a família cuida de seu familiar com transtorno mental. Nesse sentido essa “invisibilidade” das necessidades familiares pode estar contribuindo para a adoção de práticas manicomializantes pela família, gerando um ciclo que se inicia na dificuldade dos profissionais em atender as necessidades da família e de reconhecer as suas potencialidades e continua na dificuldade da família em atender as necessidades da pessoa com transtorno mental e de reconhecer as suas potencialidades.

A dinâmica utilizada por algumas dessas famílias pode ser indicativa de um descompasso entre o cuidado em saúde mental preconizado pela política de saúde mental e

aquele que é praticado tanto pelos profissionais dos CAPS quanto pelas famílias. Para que o modelo de assistência psiquiátrica se efetive, não basta investimento financeiro em locais de atendimento; também não basta acolher a família no serviço e cobrar dela um cuidado que a mesma ainda não é capaz de prestar. Da mesma forma que os profissionais precisam se capacitar para desempenhar seu papel, também as famílias precisam aprender a cuidar da pessoa que retorna ao lar depois de um tempo institucionalizada. E, um bom caminho para este aprendizado é ser e reconhecer-se cuidada especialmente nos serviços de saúde que foram criados a partir da política de reestruturação do modelo de assistência em saúde mental.

Propõe-se que os profissionais reflitam sobre a sua prática e busquem maneiras de se aproximar das famílias, percebendo-as como unidades de cuidado, com características, necessidades e potencialidades próprias, que devem ser observadas pelo enfermeiro antes de ser elaborado um plano de cuidados. Defende-se que a relação terapêutica entre o enfermeiro e as famílias deve ser pautada pelas necessidades que cada uma delas apresenta em um determinado contexto. O referido contexto só poderá adquirir visibilidade no momento em que os enfermeiros e os demais profissionais de saúde incorporarem à sua prática a noção de território atentando para os recursos utilizados pelas famílias com vistas a responder as exigências resultantes do convívio com a pessoa com transtorno mental. A visibilidade reivindicada indicará ao profissional quais os rumos que deverá seguir para ajudar a família na reinserção do familiar na sua comunidade, restabelecendo a cidadania e autonomia do mesmo e ajudando a promover sua reinserção social.

Referencias

1. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. [citado em 23 jun. 2010] Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf
2. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007, 117 p.
3. Pereira MAO, Pereira Jr A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. Rev Esc Enferm USP, 2003; 37(4):92-100.
4. Silva MBC, Sadigursky D. Representações sociais sobre o cuidar do doente mental no domicílio. Rev Bras Enferm, 2008; 61(4): 428-34.
5. Barroso SM, Bandeira M, Nascimento E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. Rev. Psiq. Clín, 2007; 34 (6): 270-277.

6. Mello R. A construção do cuidado à família e a consolidação da reforma psiquiátrica. *R Enferm UERJ* 2005; 13:390-5.
7. Moreno V. Familiares de portadores de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um centro de atenção psicossocial. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 2009; 43(3):566-572.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 2004. [citado em 23 jun. 2010] Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf
9. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde*, 2002;9(1): 25-59.
10. Bronfenbrenner U, Morris PA. The ecology of developmental process. In: Lerner RM. organizador. *Handbook of child psychology: theoretical models of human development*. 1998. p. 993-1028.
11. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 5a. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.
12. Oliveira RMP, Loyola CM. Família do paciente psiquiátrico: retrato de uma ilustre desconhecida. *Acta Scient Health Sci*, 2004; 26(1):213-22.
13. Pinho LB, Hernández AMB, Kantorski LP. Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. *Cienc Cuid Saúde*, 2010; 9(1):28:35.
14. Amorim AKMA, Dimenstein M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009; 14(1):195-204.
15. Araujo MS. Enfermagem em saúde mental. In: Associação Brasileira de Enfermagem. *Programa de Atualização em Enfermagem*, 2007. p.09 - 45.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de saúde mental. [citado em 23 jun. 2010] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1.
17. Souza AJF, Matias GN, Gomes KF. A. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.*, 2007; 60(4):391-395.
18. Stefanelli MC, Fukuda IMK, Arantes EC, Forcella HT. Recursos terapêuticos em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. In: Stefanelli MC, Fukuda IMK, Arantes EC. organizadores. *Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais*. 2008.p. 395-410.
19. Colvero LA, Ide CAC, Rolim MA. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Rev Esc Enferm USP*, 2004; 38(2)197-205.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política nacional de saúde mental preconiza ações que visam consolidar a reforma psiquiátrica no Brasil, redirecionando o modelo de assistência em saúde mental e buscando uma atenção territorial e comunitária, com a reinserção da pessoa com transtorno mental na família e na comunidade. Entretanto, o ideal de assistência preconizado por esse modelo parece estar aquém da realidade na grande maioria dos municípios. O que torna necessária a ampliação da verba destinada aos programas desenvolvidos nessa área e a contínua capacitação técnica dos profissionais para atingir os objetivos a que referida política se propõe.

O modo de abordar a família também precisa ser revisto pelos enfermeiros e demais profissionais de saúde, no sentido de buscar contemplar as necessidades bio-psico-sócio-espirituais da mesma, passando a vê-la não só como uma colaboradora no processo terapêutico da pessoa com transtorno mental, mas também como uma unidade que precisa ser cuidada. Esse cuidado deve ser contemplado tanto na rede de atenção básica quanto nas outras esferas da rede pública de saúde, como, por exemplo, o CAPS. Nessas outras esferas, apesar da mudança de paradigma, representada pela reforma psiquiátrica, a família parece continuar sendo assistida sob influência do modelo biocentrado, o qual restringe a assistência ao ambiente dos serviços de saúde.

O presente estudo permitiu inferir que as forças das famílias podem se manifestar tanto no microcontexto como nos outros contextos em que as pessoas envolvidas interagem; mesmo com dificuldades no seu dia a dia, as famílias têm potencialidades que, ao serem mobilizadas, tornam-nas mais competentes para lidar com as demandas do contexto no qual estão inseridas. Nesse sentido, considera-se o enfermeiro como agente mobilizador de forças, por ser um profissional que mantém contato sistemático com as famílias, possibilitando que sejam identificadas e desveladas as forças nas mesmas. Este estudo possibilitou também mudar a ideia que geralmente acompanha as famílias que convivem no seu cotidiano com os sintomas do transtorno mental. Geralmente, tais famílias recebem o rótulo de “desestruturadas” ou “alienantes”; no entanto, este estudo demonstrou que, apesar das dificuldades, algumas famílias desenvolvem estratégias tais como procurar ajuda, olhar o sofrimento sob uma nova perspectiva, considerar seu familiar doente como uma pessoa capaz de se autogerir e de dar a sua contribuição para a manutenção das necessidades familiares nos períodos em que está fora da crise, as quais possibilitam a superação das dificuldades, em um

contexto que pode englobar, além das necessidades decorrentes da condição do familiar doente, a pobreza e a falta de condições satisfatórias de moradia e de saúde.

Assim, diante do exposto, propõe-se aos enfermeiros um modelo de assistência às famílias centrado nos seguintes objetivos:

- *Perceber que cada família é uma Unidade de Cuidado e, portanto, necessita de um planejamento individualizado das ações de enfermagem*: considera-se que cada família possui características e necessidades próprias, as quais devem ser observadas pelo enfermeiro antes de ser elaborado o plano de cuidados. Em uma avaliação superficial, parece óbvia a afirmação anterior; contudo, percebe-se, na prática, que as políticas voltadas para a prevenção de doenças e a promoção da saúde induzem os profissionais a concentrarem suas ações em programas com metas e objetivos pré-determinados, obedecendo ao modelo biocentrado. Entende-se a necessidade de planejamento político das ações em saúde, mas defende-se que a relação terapêutica entre o enfermeiro e as famílias deve ser pautada pelas necessidades que cada uma delas apresenta em um determinado contexto.

- *Observar as práticas de cuidado exercidas pela família*: o enfermeiro precisa estar atento para identificar quais recursos a família utiliza para dar conta das demandas do seu cotidiano. Lino (2006) apontou que as famílias podem estar reproduzindo, no domicílio, as práticas asilares no cuidado ao familiar com transtorno mental. Dessa forma, estar atento às práticas de cuidado utilizadas pela família pode indicar ao enfermeiro que a mesma ainda não conseguiu encontrar uma estratégia de cuidado que permita a reinserção social do familiar com transtorno mental e o restabelecimento de sua cidadania, conforme determina a legislação. Cabe, então, ao enfermeiro, proporcionar subsídios à família para que ela possa dar conta da sua responsabilidade junto ao familiar doente.

- *Identificar nas famílias assistidas suas forças e potencializá-las*: identificou-se que algumas famílias desenvolvem processos que as capacitam a administrar as adversidades enfrentadas ao longo de suas vidas; tais processos podem ser chamados de forças da família e ser capazes de atenuar as dificuldades da unidade familiar, capacitando-a para enfrentar problemas e satisfazer as necessidades de cada um de seus integrantes. Com a finalidade de assistir as famílias de pessoas com transtorno mental, é preciso estar atento para o tempo compartilhado por ela de forma prazerosa; a vivência de relações de apreço e afeto; a manutenção do compromisso e do diálogo entre as pessoas no microcontexto; a flexibilidade nos papéis familiares e o nível de coesão apresentado. Também é preciso levar em conta as práticas religiosas, que se traduzem em re-significação do sofrimento e das dificuldades; e, finalmente, identificar seus locais de apoio em potencial na comunidade, tais como igrejas, associações de

bairro, serviços de saúde. Ao incentivar interações entre as famílias e esses contextos, o enfermeiro estará contribuindo para que ela encontre novos recursos para superar as demandas do cotidiano. Sob esse ângulo, potencializar as forças da família significa cooperar para que ela se reconheça capaz de dar conta das suas necessidades; significa também instrumentalizá-las para o cuidado do seu familiar doente, capacitando-as a proporcionar a reinserção familiar e social do mesmo.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007, 117 p.

AQUINO, V. V.; ZAGO M. M. F. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 42-47, 2007.

ARAUJO, M.S. Enfermagem em saúde mental. In: Associação Brasileira de Enfermagem. **Programa de Atualização em Enfermagem: saúde do adulto – Ciclo 2, modulo 3**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2007. p.09 - 45.

BALTAZAR, D. V. S. **Crenças religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental: impasse ou possibilidade? Um estudo sobre a recorrência às crenças religiosas pelos pacientes psiquiátricos e os efeitos na condução do tratamento pelos profissionais de saúde mental**. 2003. 238f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2009. 279 p.

BARROSO, S. M. ; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO. E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. **Rev. Psiq. Clín**, v.34, n.6,p. 270-277, 2007.

BORBA, L.O., SCHWARTZ, E., KANTORSKI, L.P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paul. Enferm**, v.21, n.4, p. 588-594, 2008.

BLUM, R.W. Risco e resiliência: sumário para o desenvolvimento de um programa. **Adolescencia Latinoamericana**, v. 1, n.1, p. 16-19, 1997

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. [citado em 23 jun 2010] Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em 28 de julho de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Res. CNS 196/96. **Bioética**, v.4, supl, p. 15-25, 1996.

BRASIL. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf>. Acesso em: 23 jan 2008.

BRONFENBRENNER, U. ; CECI, S.J. Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. **Psychological Review**, v.101, p.568-586, 1994.

BRONFENBRENNER, U. ; MORRIS, P. A. The ecology of developmental process. In: Lerner RM. (ed.). **Handbook of child psychology**: Theoretical models of human development. 5. ed., 1998. p. 993-1028.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artmed, 1996. 268p.

COREN – RS. **Legislação**. Disponível em: <<http://www.portalcoren-rs.gov.br>> Acesso em: 25 set 2008.

DATASUS (Brasil). **Internações hospitalares SUS por local de internação**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxrs.def>>. Acesso em: 20 fev 2010.

DALGALARRONDO, P.; SALDERA, M.A.; CORREA FILHO, H.R.; SILVA, C. A. M. Religião e uso de drogas por adolescentes. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v.26, n.2, p. 82-90, jun. 2004.

De FRAIN, J.; ASAY, S. M. Family strengths and challenges in the USA. **Marriage and Family Review**, v.41, n.3, p.281-307, 2007.

DE LA BARRA, F.; TOLEDO, V.; RODRIGUEZ, J. Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente. I: Prevalencia y seguimiento de problemas conductuales y cognitivos. **Rev. chil. neuro-psiquiatr**. [online]. 2002, v. 40, n. 1, p. 9-21.

DUNST, C. J; TRIVETTE, C. M. ; DEAL, A. **Supporting & strengthening Families**: Methods, strategies and practices. Cambridge, MA: Brookline Books, 1994.

FRANKO, D.L.; THOMPSON, D.; BAUSERMAN, R.; AFFENITO, S.G.; STRIEGEL-MOORE, R.H. What's love got to do with it? Family cohesion and healthy eating behaviors in adolescent girls. **Int J Eat Disord**, v. 41, n. 4, p. 360-367, 2008.

FUREGATO, A. R. F.; SILVA, E. C. O fardo e as estratégias da família na convivência com o portador de doença mental. **Texto & contexto enferm**, v.11, n.3, p.51-56, 2002.

GAU, S.S.F.; CHEN, Y.Y.; TSAI, F.J.; LEE, M.B.; CHIU, Y.N.; SOONG, W.T.; HWU, H.G. Suicidal Risks in College Students. **Journal of American College Health**, v. 57, n. 2, 2008.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2006**. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/tabel_a1_1_23.pdf>. Acesso em: 02 jul 2008.

KANTORSKI, L.P.; PITIA, A.C.A.; MIRON, V.L.A. A reforma psiquiátrica nas publicações da revista “Saúde em debate” entre 1985-1995. **Revista eletrônica de enfermagem**, v.4, n.2,

p.03-09, 2002 .Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista4_2/reforma.html>. Acesso em: 2 jul 2008.

KOENIG, H. G. ; McCULLOUGH, M.E.; LARSON, D.B. **Handbook of Religion and Health**. Oxford University Press. 2001.712p.

LACHARITÉ, C. **Évaluer et Soutenir les Competences Parentais dans les Families avec de Jeunes Enfent**. Quebec, Trois Rivières, 2003.

LINO, M.A. **A convivência de pessoas com transtornos mentais e seus familiares no contexto do domicílio**. 2006. 79p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo

MCCUBBIN, M.A.; MCCUBBIN, H.I. Families coping with illness: The resiliency model of family stress, adjustment and adaptation. In: DANIELSON, C.B., HAMEL-BISSEL, B., WINSTEAD-FRY, P. **Families, health & illness: Perspectives on coping and intervention**. St. Louis: Mosby, 1989.

MARCON, S.S.; LOPES, M.C.; ANTUNES, C.R.M; FERNANDES, J. WAIDMAN, M.A.P. Famílias cuidadoras de pessoas com dependência: um estudo bibliográfico. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.5, n.1, 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/145/40>>. Acesso em: 23 jan 2008.

MARCON, S.S.; RADOVANOVIC, C.A.T.; WAIDMAN, M.A.P.; OLIVEIRA, M.L.F.; SALES, C.A. Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.14, supl, p.116-124, 2005.

MELLO, R. A construção do cuidado à família e a consolidação da reforma psiquiátrica. **R Enferm UERJ**,v.13, p.390-5, 2005.

MILLER, W.R.; THORESEN, C.E. Spirituality, religion, and health. An emerging research field. **American Psychologist**, v.58, n.1, jan. 2003.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H.G. Religiousness and mental health: a review. **Rev. Bras. Psiquiatr** , v.28,n.3, p.242-250, set. 2006.

NORGREN, M.B.P.; SOUZA, R.M; KASLOW, F; HAMMERSCHMIDT, H.; SHARLIN, S.A. Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. **Estudos de Psicologia**, v.9, n.3, p.575-584, 2004.

OLIVEIRA, M.L.S; BASTOS, A.C.S. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.13,n.1,p.97-107, 2000.

OTTO, H. A. Criteria for assessing family strength. **Family Process**, v.2, n.2, p.329-338, 1963.

OTTO, H. A. What is a strong family? **Marriage and Family Living**, v.24, p.77-81, 1962.

OLSON, D. H. Circumplex model of marital and family systems. **Journal of Family Therapy**, v.22, p.144-167, 2000.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre saúde no mundo 2001**: Saúde mental - nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.

PEREIRA, M.A.O.; PEREIRA JR, A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Rev. Esc Enferm USP**, v.37,n.4,p.92-100, 2003.

PETTENGILL, M. A. M; ANGELO, M. Identificação da vulnerabilidade da família na prática clínica. **Rev Esc Enferm USP**, v.40, n.2, p.280-285, 2006.

PIETRUKOWICZ, M. C. L. C. **Apoio social e religião**: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde. 2001. 129f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro.

RABELLO, M. C. Religião, ritual e cura. In: ALVES, P. C. ; MINAYO, M. C. S. **Saúde e Doença**: Um olhar Antropológico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. p.47-56.

RABELLO, P. M.; CALDAS JUNIOR, A.F. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. **Rev. Saúde Pública** [online]. v. 41, n.6, p. 970-978, 2007.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.A., COSTA, N.R. Organizadores. **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1987. p. 15-73

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa Social**: Métodos e Técnicas. São Paulo: Editora Atlas, 2010.p.334

ROEHE, M. V. Experiência religiosa em grupos de autoajuda: o exemplo de neuróticos anônimos. **Psicol. estud**, v.9, n.3, p.399-407, set./dez. 2004.

SOLOMON, R. **Espiritualidade para cétricos**: paixão, verdade cósmica e racionalidade no séc.XXI. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. 312p.

SILVA, L. ; MORENO, V. A religião e a experiência do sofrimento psíquico: escutando a família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.3,n.2, p.161-168, 2004.

SILVA, M. R. S. **A construção de uma trajetória resiliente durante as primeiras etapas do desenvolvimento da criança: o papel da sensibilidade materna e do suporte social**. 2003. 166p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

TAVARES, B.F.; BERIA, J. U.; LIMA, M. S. Factors associated with drug use among adolescent students in southern Brazil. **Rev Saúde Pública**, v.36, n.6, p.787-796, 2004.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v.9, n.1, jan.-abr. 2002. p.25-59.

TEXEIRA, J. J. V. ; LEFÈVRE, F. Religiosidade no trabalho das enfermeiras da área oncológica: significado na ótica do discurso do sujeito coletivo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.53, n.2, p. 159-166, 2007.

WAIDMAN, M. A. P. **O cuidado às famílias de portadores de transtornos mentais no paradigma da desinstitucionalização**. 2004. 277 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

WAIDMAN, M. A. P, ELSESEN, I. Os caminhos para cuidar da família no paradigma da desinstitucionalização: da utopia à realidade. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.5, supl, p.107-112, 2006.

WAIDMAN, M.A.P.; ELSESEN, I. O cuidado interdisciplinar a família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. **Texto & contexto enferm**; v.14; n.3, jun.-set. 2005,p.341-349,.

WALSH, F. Religion, spirituality and the family: multifaith perspectives. In: _____ (org). **Spiritual resources in family therapy**. 2 ed. New York: The Guilford Press; 2008.p.03-30.

YOO, J. J. A study of the development of the Korean Family Strengths Scale for strengthening the family. **Journal of the Korean Association of Family Relations**, v.9, n.2, p.119-151, 2004.

APÊNDICES

APENDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Ministério da Educação
Universidade Federal do Rio Grande
Programa de Pós Graduação em Enfermagem
Mestrado em Enfermagem

Orientadora: Dra Mara Regina Santos da Silva

Fone: 05332338855/e-mail: mara@vetorial.net

Orientanda: Andréa Basílio Dias

Fone: 05332338855/ e-mail: anbadi@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa na Área de Saúde

Fone: (053) 2336736/ e-mail: propesp@furg.br

Consentimento Livre e Esclarecido

Venho através deste, solicitar sua colaboração no sentido de participar da pesquisa que será por mim desenvolvida para construção da minha dissertação, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, tendo sido avaliado Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS/FURG). Meu nome é Andrea Basílio Dias, sou aluna regular de pós-graduação do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e serei orientada nesse trabalho pela Dra Mara Regina Santos da Silva. O objetivo da pesquisa é identificar as forças que capacitam as famílias das pessoas com transtorno mental a lidarem positivamente com as exigências que a convivência diária com o referido transtorno impõem.

Para atingir o objetivo proposto construiremos dois desenhos, denominados genograma e ecomapa, os quais possibilitam a representação gráfica das relações familiares. Posteriormente será realizada uma entrevista, a qual consiste de um conjunto de perguntas que foram previamente elaboradas. As respostas que resultarem desse processo, o qual será gravado em áudio sob a sua autorização, serão transcritas e analisadas pela pesquisadora. Ao fim desse processo, os resultados serão apresentados publicamente em meios de comunicação científica e eventos pertinentes, sendo que a sua identidade não será revelada, garantindo o sigilo e anonimato dos participantes. É de total liberdade sua recusa ou mesmo seu afastamento da pesquisa, em qualquer momento durante a construção da mesma, podendo fazê-lo no momento que desejar.

As perguntas poderão ser respondidas na totalidade ou em parte, conforme a sua vontade. No entanto, se houver qualquer tipo de constrangimento da sua parte ou da minha a

entrevista poderá ser interrompida sem que acarrete em nenhum prejuízo a nenhuma das partes envolvidas.

Assim, pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu, _____ fui esclarecido (a) por Andrea Basilio Dias sobre a pesquisa “*Forças da família frente ao transtorno mental de um de seus membros*”, e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma. Fui igualmente informado (a) sobre:

- A garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos, riscos e benefícios ou outras questões relacionadas ao trabalho.
- Da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, e, deixar de participar do estudo, se assim desejar, sem que isso me traga qualquer prejuízo.
- Da garantia de que não serei identificado (a) e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas a minha privacidade.
- De que serão mantidos todos os preceitos éticos legais, prescritos pela resolução 196/96, durante e após o término do trabalho.
- Do compromisso de acesso às informações ou todas as etapas do trabalho, se assim desejar.
- De que os resultados serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e divulgados através de eventos e publicações científicas.

Assinatura do participante _____ RG: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Rio Grande, _____ de _____ de _____.

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA

PARTE I: Informações sócio-demográficas

Perfil do respondente

Nome:

Idade:

Grau de parentesco com a pessoa com transtorno mental:

Escolaridade:

Profissão:

Religião:

Perfil da Família

Renda familiar:

Dados da pessoa com transtorno mental

Idade:

Escolaridade:

Profissão:

Religião:

Renda mensal:

Diagnóstico:

Tempo de diagnóstico

Internação hospitalar prévia: Quantas?

Alta hospitalar desde quando?

PARTE II: Questões norteadoras

1. Como tem sido o convívio em família com a pessoa com transtorno mental?
2. Quais as práticas de cuidado que vocês acham necessárias à pessoa com transtorno mental?
3. Dos cuidados mencionados, quais vocês conseguem realizar?
4. Como a família se organiza para cuidar da pessoa com transtorno mental?
5. Onde e com quem a família encontra ajuda para lidar com as dificuldades do dia a dia?

6. Quais situações relacionadas ao convívio com a pessoa com transtorno mental você considera mais difícil de lidar?
7. Nestas situações o que é feito para sanar essas dificuldades?
8. Vocês poderiam descrever situações em que a convivência com a pessoa com transtorno mental se torna prazerosa?
9. No seu entender o que contribui para que essa convivência se torne prazerosa?
10. Qual são as atividades da família fora de casa? Dentre essas atividades, quais a pessoa com transtorno mental participa e como?

ANEXOS

ANEXO I - Parecer do CEPAS FURG



CEPAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Universidade Federal do Rio Grande
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - PROPESP
Avenida Itália km 08 - Campus Carreiros - Caixa Postal 474 - Rio Grande - RS - CEP: 96201-900
Telefone: 3233 6736 - Fax: 3233 6822
E-Mail: propesp@furg.br Homepage: www.propesp.furg.br

cepas@furg.br
Fone: 32330235

Homepage: www.cepas.furg.br

PARECER Nº 107/ 2009

PROCESSO Nº 23116.005122/2009-37

CEPAS 44/2009

TÍTULO DO PROJETO: "Forças família frente ao transtorno mental de um de seus membros".

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Andrea Basílio Dias.

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando o atendimento às pendências informadas no Parecer 99/09, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "Forças família frente ao transtorno mental de um de seus membros".

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: 01/04/2010.

Rio Grande, RS, 13/10/2009.

Eli Sinnott Silva
Profa. MSc. Eli Sinnott Silva
Coordenadora do CEPAS

ANEXO II - Parecer do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde – NEPES



PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE - NEPES

PARECER Nº 46

Rio Grande, 10 de Agosto de 2009.

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: Forças da família frente ao transtorno mental de um de seus membros.

AUTOR (ES): Andréia Basílio Dias

ORIENTADOR: Profa. Dra. Mara Regina Santos da Silva

UNIDADE/INSTITUIÇÃO: FURG

PARECER:

Agradecemos à autora a compreensão das colocações dispostas por este núcleo e salientamos a importância do seu estudo nos nossos serviços de saúde e município. Assim, nesta segunda apreciação e frente às ressalvas feitas na estruturação metodológica, foi possível observarmos que os aspectos reorganizados para a seleção e inclusão de sua amostra estão de encontro com os enfoques dados por este colegiado.

Desta forma, consideramos o trabalho apresentado como **deferido**, nos colocando a disposição para possíveis questionamentos.

MSc. Carlúcia Luna Fernandes
ENFERMEIRA
COREN - 19431/RS - 712.567.500-00

NÚCLEO MUNICIPAL
DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
NEPES
PMRG - SMS

MEMBRO DO COLEGIADO DO NEPES

ANEXO III - Normas de publicação do periódico científico para o Artigo I

Ciência, Cuidado e Saúde

Diretrizes para Autores

Os manuscritos apresentados devem destinar-se exclusivamente à Ciência, Cuidado e Saúde, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico.

Os autores deverão encaminhar via correio:

1. Carta de submissão dirigida à Comissão Editorial da Ciência, Cuidado e Saúde, assinado por todos os autores, contendo declaração de que se trata de trabalho inédito e que o mesmo não está sendo submetido a outro periódico.
2. Declaração de transferência dos direitos autorais à Revista Ciência, Cuidado e Saúde, assinada por todos os autores.
3. Cópia do Parecer do Comitê de ética em pesquisa com seres humanos.

O manuscrito só será submetido a avaliação dos pareceristas após a chegada destes documentos

Para avaliação do manuscrito, além das normas de publicação serão consideradas: atualidade e relevância do tema, originalidade, consistência científica e atendimento aos aspectos éticos. Os autores são responsáveis pela veracidade e ineditismo do trabalho.

Após submissão não serão admitidas inclusão ou exclusão de autores.

As opiniões e conceitos emitidos nos trabalhos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas, são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es), não refletindo necessariamente a opinião da Comissão Editorial.

Normas para apresentação dos trabalhos

1) Aspectos gerais

- Serão aceitos trabalhos redigidos em português, inglês e espanhol.
- Nas pesquisas que envolvem seres humanos, os autores deverão fazer referência ao número do parecer aprovado pelo Comitê de Ética que analisou a pesquisa, bem como explicitar o processo adotado para atendimento das prerrogativas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.
- Os artigos deverão ser digitados em “word for windows” 98 ou superior, fonte “Times New Roman”, tamanho 12, com espaçamento duplo, com margens de 2,5 cm e papel A4.
- Ilustrações coloridas (figuras) não serão aceitas para publicação, devendo ser adaptadas para tons de cinza ou preto. Figuras e tabelas devem ser limitadas (os) a cinco no total.

2) Organização

a) Página de identificação

Não numerada, contendo título do trabalho com as devidas informações em nota de rodapé: se o trabalho foi financiado por algum órgão ou instituição, se já foi discutido em evento científico ou publicado em revista estrangeira e se originário de dissertação ou tese.

- Indicação da seção a que o texto se destina, conforme exposto no parágrafo introdutório;
- Nome completo do(s) autor(es), logo abaixo do título (máximo de seis autores). Em nota de rodapé deverão constar: formação profissional, titulação e/ou cargo atual, instituição a que pertence(m) e endereço eletrônico.
- Endereço do autor principal para contato.

b) Manuscrito

Exige-se correção de português, inglês e espanhol e não deverá conter notas de rodapé.

Deverá apresentar a seguinte estrutura:

- Título: em português, inglês e espanhol;
- Resumo em português contendo no mínimo 150 e no máximo 200 palavras;
- Palavras-chave: 3(três) a 5 (cinco) palavras ou expressões que identifiquem o tema, utilizando termos listados nos "Descritores em Ciências da Saúde- DECS-LILACS", elaborado pela BIREME;
- Resumos em inglês (Abstract) e espanhol (Resumen): devem corresponder à versão do resumo em português e seguido pela expressão Palavras-chave (Keywords e Palabras clave).
- Texto propriamente dito (Introdução, Metodologia, Resultados e Discussão, Conclusão

/considerações finais, Agradecimentos e Referências).

Observações:

- o depoimento dos sujeitos deverá ser apresentado em espaço simples, em itálico, com recuo à esquerda, fonte tamanho 10, sem aspas e com sua identificação codificada a critério do autor, entre parênteses. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes [...], e intervenções ao que foi dito devem ser apresentadas entre chave{ };
- citação "ipsis literes" de até três linhas, usar aspas, na seqüência do texto; acima de três linhas, colocar em espaço simples, com recuo à esquerda de 4cm, fonte tamanho 10. Nos dois casos fazer referência ao número da página de onde foi retirado o trecho em questão
Exemplo(19:6).

3)Referências

- Não ultrapassar o limite de 20 (vinte). No texto devem ser numeradas, de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez.
- Devem ser identificadas no texto por números arábicos entre parênteses e sobrescritos, sem a menção aos autores, exceto quando estritamente necessária à construção da frase. Nesse caso além do nome (sem o ano), deve aparecer o número correspondente.
- Ao fazer a citação seqüencial de autores, separe-as por um traço (ex. 3-5); quando intercalados utilize vírgula (ex. 5,8,12).
- As referências devem ser listadas na mesma ordem de citação no texto, ignorando a ordem alfabética de autores.
- Devem constar os nomes de todos os autores até 6, quando ultrapassar este número, citar os seis primeiros autores e em seguida utilizar a expressão et al.
- As referências devem ser alinhadas à esquerda.
- A exatidão das referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

Obs: Ciência, Cuidado e Saúde adota a partir de janeiro de 2007, normas baseadas no "Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos" elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas em 2001 no volume 9, número 2 da Revista Latino-americana de Enfermagem.

ANEXO IV - Normas de publicação do periódico científico para o Artigo II

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Tipos de Artigos

A Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), recebe submissões de artigos nos idiomas Português, Inglês e Espanhol segundo as seguintes seções:

- Editorial,
- Pesquisa,
- Revisão,
- Ensaio,
- Reflexão,
- Relato de Experiência,
- Atualização,
- História da Enfermagem,
- Página do Estudante,
- Cartas ao Editor.

Preparo dos Manuscritos

A REBEn adota as orientações das Normas de Vancouver. Estas normas estão disponíveis na URL: <http://www.icmje.org/index.html>.

O arquivo contendo o manuscrito deve ser elaborado no Editor de Textos MS Word com a seguinte configuração de página: margens de 2 cm em todos os lados; fonte Arial ou Times, tamanho 12 com espaçamento entrelinhas de 1,5 pt.

a) Página dos Metadados: Deverá conter os seguintes metadados e na seguinte ordem:

1) título do artigo (conciso, porém informativo) nos três idiomas (português, inglês e espanhol);

2) nome do(s) autor(es), indicando em nota de rodapé o(s) título(s) universitário(s), ou cargo(s) ocupado(s), nome do Departamento e Instituição aos quais o trabalho deve ser atribuído, Cidade, Estado e endereço eletrônico;

3) resumo, abstract, resumen e,

4) descritores nos três idiomas.

Resumos e Descritores: o resumo deverá conter até no máximo 120 palavras, contendo objetivo da pesquisa, metodologia adotada, procedimentos de seleção dos sujeitos do estudo, principais resultados e as conclusões. Deverão ser destacados os novos e mais importantes aspectos do estudo. Abaixo do resumo incluir 3 a 5 descritores segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://decs.bvs.br>). Todos os artigos deverão incluir resumos em português, inglês e espanhol. Apresentar seqüencialmente os três resumos nesta página de identificação.

b) Ilustrações, abreviaturas e símbolos: as tabelas: devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. O mesmo se aplica aos quadros e figuras (fotografias, desenhos, gráficos, etc). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar a respectiva permissão. Utilize somente abreviações padronizadas. Evite abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso aos quais as abreviações correspondem devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.

c) Notas de Rodapé: deverão ser indicadas em ordem alfabética, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

d) Citação de Referências Bibliográficas: numerar as referências de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificar as referências no texto por números arábicos entre parênteses e sobrescritos. Quando tratar-se de citação seqüencial separe os números por traço (ex: 1-5); quando intercalados, use vírgula (ex: 1,5,7).

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Solicita-se aos autores, sempre que possível e quando solicitado, incluir duas ou mais referências de publicações da REBEn no manuscrito.

f) Aspectos Éticos

Nas pesquisas que envolvem seres humanos os autores deverão deixar claro a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional, bem como o processo de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes (Resolução no. 196 do Conselho Nacional de Saúde de 10 out. 1996).

Endereço para Submissão

Os manuscritos deverão ser submetidos pelo Sistema de Submissão Online disponível no site: <http://submission.scielo.br/index.php/reben/login> acessando o link Submissão Online. O usuário/autor responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema. Toda a tramitação das etapas do processo editorial será realizada por meio deste sistema.