

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANDRÉ SOARES DOS SANTOS

TERAPIA DE FAMÍLIA EM SAÚDE MENTAL

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANDRÉ SOARES DOS SANTOS

TERAPIA DE FAMÍLIA EM SAÚDE MENTAL

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Ana Paula Trombetta

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **TERAPIA DE FAMÍLIA EM SAÚDE MENTAL** de autoria do aluno **ANDRÉ SOARES DOS SANTOS** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Psicossocial.

Profa. Ma. Ana Paula Trombetta
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

AGRADECIMENTOS

A Deus por estar sempre ao meu lado;

A minha família pelo apoio e incentivo;

A todos os professores, pelos ensinamentos prestados;

A Profa. Ana Paula Trombetta.

SUMÁRIO

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	10
2.1 TERAPIA FAMILIAR E A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NOS PROJETOS TERAPEUTICOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL	10
2.1.1 Conceitos iniciais	10
2.1.2 Aprender sobre os transtornos mentais	11
2.1.3 O lugar da família nos serviços de assistência psiquiátrica	13
2.1.4 Algumas limitações no trabalho com a família e a necessidade de atendimento à família na assistência psiquiátrica	15
4 ANÁLISE E RESULTADOS.....	19
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS	22

RESUMO

Na Política de Saúde Mental vigente a presença dos familiares no tratamento ao usuário é de fundamental importância por favorecer a aderência e melhorar a adaptação do usuário ao tratamento. Esta prática muitas vezes é um desafio encontrado nos serviços, pois nem todos os profissionais compreendem essa ideia como algo positivo. Com base nessa afirmação, pensou-se na seguinte proposta de estudo que apresenta como objetivo implementar atividades junto a equipe de saúde reforçando a importância da participação familiar no tratamento em saúde mental. A proposta de estudo será articulada diante dos artigos científicos atuais e que contemplem a relação do tratamentos da pessoa com doença mental e a inclusão do familiar. Pretende-se trabalhar com os profissionais durante as reuniões de equipe e dinâmicas de grupo no segundo semestre deste ano. Acredita-se que com a atividade conseguirá mobilizar os profissionais para inclusão da família bem como incentivar a discussão que envolve as dificuldades da família, tanto no aceitar seu familiar doente, quanto de saber como deve agir para que o doente não fique prejudicado nem tão pouco o seu núcleo familiar.

Palavras chave: Terapia familiar, Saúde Mental, Relações Profissional-Família, Terapia Familiar, Enfermagem Psiquiátrica.

1 INTRODUÇÃO

Ter na família um membro com quadro psicótico agudo é uma experiência sem igual que muitas vezes envolve outras pessoas que não os familiares, como vizinhos, polícia, bombeiros e serviço médico. Ser obrigado a internar um familiar em uma unidade para doentes mentais é no mínimo doloroso e cheio de surpresas nem sempre agradáveis. O sofrimento torna-se maior ainda quando se reconhece que internar não é o procedimento mais adequado para o paciente, mas que, infelizmente, em muitas situações, por falta de opção de tratamento ambulatorial, a internação é a única opção disponível.

Não obstante às múltiplas fontes de sofrimento, a maioria dos cuidadores considera que a experiência mais dramática e a maior fonte de sofrimento é a percepção das angústias e da vida cada vez mais “empobrecida” do paciente. Muitos não se conformam em ver um parente, que até então era brilhante, cheio de projetos de vida e socialmente bem integrado, se transformar numa pessoa comprometida, dependente, desprotegida e tomada por limitações de toda natureza (SANTANNA et al, 2011).

A presença do familiar do doente obriga os cuidadores a refazer os seus planos de vida e a redefinir integralmente os seus objetivos. À medida que a idade avança, as preocupações com o destino do paciente se tornam inevitáveis. Com o passar dos anos e com a conscientização da proximidade da morte, os pais acabam aprisionados por uma angústia insolúvel que é fruto das incertezas que cercam o futuro do filho (ORNELAS, 2004).

Após observar a frequência e a semelhança das experiências vivenciadas pelos familiares, um tipo de preocupação que observo no nosso meio é o fato dos cuidadores expressarem as suas angústias com frases do tipo “e depois que eu me for”. A família, sobretudo na fase inicial do transtorno mental, tem um papel fundamental na construção de uma nova trajetória para seu ente enfermo, mas seus recursos emocionais, temporais e econômicos e seus saberes têm que ser bem direcionados, cabendo aí uma contribuição importante dos trabalhadores e dos serviços psiquiátricos.

A participação da família é fundamental na manutenção do doente fora da instituição psiquiátrica, reforçando a ideia da necessidade dela ser preparada e apoiada pelos profissionais de saúde da área de Saúde Mental com vistas ao seu convívio com o portador de transtorno mental.

Portanto, justifica-se a abordagem do tema, no sentido de que após a reforma psiquiátrica, a família ocupa um papel fundamental no tratamento do doente mental. Além do que, a família necessita interagir-se melhor com os transtornos mentais, de maneira que possibilite sua sobrevivência.

A partir da Lei n. 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental as pessoas passam a ter direitos civis em relação a ações de promoção e assistência aos portadores de transtorno mental. No artigo 3º está descrito que “É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais” (BRASIL, 2001).

Esses dispositivos visam a estabelecer cuidados em saúde mental dentro de um modelo de atendimento integral que preza a permanência dos indivíduos na sua comunidade, favorecendo a formação de vínculos estáveis e garantindo seus direitos de cidadãos. O intuito deste movimento é mudar o paradigma manicomial de atenção ainda vigente no país e, em seu lugar, consolidar o paradigma psicossocial. Isto implica mudanças de diversas ordens, desde realocar as verbas do setor – que se concentravam historicamente nos dispositivos hospitalares – para os serviços substitutivos, até os modos de trabalho desenvolvidos pelas equipes dentro do cotidiano dos serviços (DIMENSTEINS et al, 2010 apud CONSOLI; HIRDES; COSTA, 2009; HIRDES, 2009). Um dos pontos críticos das transformações em curso diz respeito à participação dos familiares no cuidado e reabilitação do portador de transtorno mental (WAIDMAN; ELSENS, 2005). A proposta deste trabalho é pensar as implicações da adoção do paradigma psicossocial (COSTA-ROSA, 2003), enquanto política que direciona as ações em saúde mental, em relação ao lugar da família nesse processo.

Para o desenvolvimento de um estudo é fundamental que se tenha um foco central, isto é, uma problemática a ser desenvolvida, assim esta pesquisa tem como problema o seguinte questionamento: Como reforçar junto a equipe de saúde a importância da participação familiar no tratamento em saúde mental?

A ausência de muitos dados no serviço de saúde acerca do doente mental e seus familiares, reflete a falta de um trabalho mais consistente, de estimular e organizar o uso das ferramentas institucionais tais como os prontuários, de maneira que sirvam, de fato,

para orientar as equipes dos diferentes serviços por onde passa o doente mental, em termos do seu histórico de vida, incluindo questões sanitárias, familiares e sociais. Além disso, a ausência de informações dificulta o trabalho das equipes, no sentido de pensar intervenções contextualizadas de acordo com os recursos pessoais, familiares e sociais disponíveis em seu entorno. Em relação a família do doente mental, percebe-se que as dificuldades para prestar cuidados estão relacionadas ao pouco conhecimento específico sobre o transtorno mental, a falta de habilidades e suporte para lidar com situações de crises e com as mudanças ocorridas na rotina familiar mediante a situação de adoecimento do membro da família.

O familiar, ainda, apresenta-se aos serviços simplesmente como “informante” das alterações apresentadas pelo doente mental, e deve, por conseguinte, seguir passivamente as prescrições dadas pelo tratamento oferecido. Portanto, acolher suas demandas, considerando as vivências inerentes a esse convívio, promovendo o suporte possível para as solicitações manifestas pelo grupo familiar continuam a ser o maior projeto de superação (COLVEIRO et al, 2004).

Segundo Bassitt (1992), é evidente que o processo requer discussões no contexto do qual o indivíduo faz parte, visando suas relações familiares, de trabalho e também assistenciais. Além disso, busca-se melhor inseri-lo em seu meio, dando-lhe a assistência devida, oportunizando espaços de socialização, recuperação das potencialidades (muitas vezes desprezadas), reabrindo a comunicação na família e no ambiente social, trazendo a ele possivelmente um sentido mais significativo de existência. Isto significa incluir a família no tratamento, dando-lhe suporte, além de ampliar a compreensão da dinâmica das suas relações, com vistas a nortear a atenção dispensada à este núcleo social.

Logo, o estudo apresenta como objetivo implementar atividades junto a equipe de saúde reforçando a importância da participação familiar no tratamento em saúde mental.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 PROJETOS TERAPEUTICOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

2.1.1 Conceitos iniciais

Segundo Wagner *et al* (1999), a terapia familiar está indicada para situações clínicas nas quais se verifica que os sintomas apresentados por um determinado elemento da família resultam de uma disfunção no próprio sistema familiar. Nesta situação, existe um paciente identificado (que revela os sintomas), mas a intervenção deve ter como foco a própria família e a relação entre os diversos elementos e subsistemas dentro da família.

Cecchin (*apud* ELKAIM, 2000) diz que as disfunções que envolvem o sistema familiar podem ser de diversos tipos, como problemas de comunicação, alianças entre elementos de diferentes subsistemas contra um ou mais elementos da família, etc. A disfunção pode abarcar todos os subsistemas familiares ou apenas um. É necessário que os diversos elementos estejam disponíveis para a terapia e para efetuarem mudanças.

Este tipo de terapia pode ser aplicado, por exemplo, quando a família se encontra com dificuldades em adaptar-se a uma fase de aquisição de maior autonomia por parte de um dos membros, como acontece durante a adolescência. A terapia familiar facilita a comunicação entre os diversos subsistemas familiares e ajuda a família a reorganizar-se e a alterar os padrões de funcionamento anteriores. (CHECHIN, *apud* ELKAIM, 2000)

Assim, a terapia familiar não é uma solução para todos os problemas da Saúde Mental, mas uma forma por vezes extremamente eficaz de resolver algum deles. O caráter de prevenção primária também atua sobre toda a família, evitando-se, muitas vezes que determinadas perturbações venham a surgir.

Andolfi (1981, p.12) diz ainda que “a intervenção em terapia familiar não visa “curar” ou “fortalecer” a família, mas antes devolver-lhe a sua capacidade de resolução da crise, que existe em maior ou menor grau em todas as famílias.”

Logo, compreende-se que essa família deva ser trabalhada pelos profissionais de saúde dentro dos centros de referência que devem além de fornecer apoio, subsídios para uma boa prática aos familiares.

2.1.2 Aprender sobre os transtornos mentais

Almeida (2011) explica que os parentes costumam ter dificuldade para obter informações de profissionais de saúde mental sobre a pessoa que está doente. Às vezes isso é devido a questões de confidencialidade, ou seja, esbarra com as questões éticas profissionais de não revelar situações íntimas colocadas pelos pacientes em suas sessões individuais. Por isso, as sessões conjuntas (família, paciente e terapeuta), podem ser muito úteis no esclarecimento de algumas questões que devem ser trabalhadas em conjunto.

Se as famílias recebem informações sobre as causas das psicoses, seus sintomas, a medicação e os efeitos colaterais, eles podem entender mais sobre o porquê da pessoa que está doente se comportar dessa ou daquela maneira. A informação adequada pode ajudar as famílias a compreender, por exemplo, que eles não são os culpados pela doença; que o comportamento causado pelos sintomas de psicose nem sempre pode ser ajudado; que alguns dos sintomas geralmente não respondem aos medicamentos imediatamente; que delírios e alucinações são reais (e muitas vezes assustadores) para a pessoa que está passando por eles (ALMEIDA, 2011).

Bassit (1992) (*apud* D'INÁCIO, 1992) mostram em seus estudos que a convivência familiar com psicótico sofre um enorme bloqueio em função dos estigmas que envolvem a doença mental como um todo. A falta de informação leva a família a generalizar seus conceitos no sentido de considerar todos os transtornos mentais iguais e, conseqüentemente todos os pacientes. Assim, não importa qual transtorno envolve seu familiar, ele é dito como louco e pronto. Esta constatação familiar gera comportamentos de superproteção, de incapacidade de realização e de isolamento. A família entende que seu membro é doente mental e que não tem condições de viver uma vida produtiva, nem tão pouco pode conviver em sociedade.

Os autores afirmam que somente a informação, o esclarecimento sobre o tipo de transtorno mental pode modificar essa teoria de incapacidade criada pela família. Muitas vezes, a intenção da família é proteger seu membro de passar por situações que ela considera desagradáveis, como o olhar curioso, o olhar de pena e até mesmo de medo, que as outras pessoas têm para com seu familiar doente. Com isso, o familiar doente fica cada vez mais isolado e subestimado em sua capacidade de aprendizagem e até mesmo de produtividade.

Cecchin (2000) explica que a família não pode ser considerada culpada por adotar um tratamento inadequado para com seu familiar adoecido mentalmente, pois os estigmas criados ao longo dos anos de que os loucos são completamente incapazes, que são perigosos e agressivos e que não possuem qualquer possibilidade de cura, ficando enraizados na mente humana de tal forma que somente o acesso à informação plena terá condições de modificar.

Com a Reforma Psiquiátrica esses conceitos de incapacidade e de inabilidade total e absoluta estão sendo desmanchados. A família, passa a conhecer melhor o transtorno que envolve seu familiar, e as possibilidades de melhoras existentes, além de modificarem sua forma de lidar com o doente, abre espaço para que esse doente possa desenvolver suas habilidades e ocupar seu espaço na sociedade. Melman (2003) diz que não se pode exigir que a família modifique seu comportamento de uma hora para outra, que entenda claramente que seu doente pode ser tratado com igualdade perante ela mesma e a sociedade. Entretanto, defende a ideia de que sua interação com a equipe multidisciplinar do local onde seu paciente é atendido, conferindo condições para que as mudanças ocorram lentamente e com conhecimento das possibilidades e limitações de seu paciente.

Lefley (2002) diz que o comportamento dos psicóticos pode afetar diretamente o seio familiar, e até mesmo adoecer a família de forma que ela perca seu rumo e também fique doente. O cuidador do psicótico, ou aquele familiar que tem a responsabilidade de cuidar do doente mental, tende a absorver algumas manias doentias e, pensando em ficar mais próximo do seu doente, adota atitudes e comportamentos que o transformarão também em ser adoecido. Daí a necessidade de que esse membro seja orientado quanto à forma de comportar-se perante o doente e perante a família. Ele precisa ser muito bem informado sobre o transtorno de seu familiar e como pode ajudá-lo, sem precisar adotar o mesmo comportamento que ele tem, pois muitas vezes o cuidador age dessa forma pensando que se entrar para o mundo dos loucos terá mais condições de entendê-lo e assim satisfazer suas necessidades. O autor é categórico na explicação de que o mundo do doente mental poderá ser o mesmo que o mundo da sua família ou do seu cuidador, basta que ele seja conduzido para este mundo.

Assim Lefley (2002) conclui que o conhecimento sobre a patologia que acomete o familiar, sobre suas consequências e sobre a forma adequada de lidar com os problemas que surgem, é a forma mais proveitosa da família em conseguir lidar com as

questões que envolvem o convívio com do doente mental, tornando a vida familiar e com a sociedade mais saudável.

Lancetti (2000) diz que o equilíbrio da família e a aceitação da doença mental que envolve seu familiar é fundamental para a recuperação do paciente. Além do que, para que a sociedade aceite esse doente mental como membro ativo e capaz de produzir, é preciso primeiro que a família o aceite. A sociedade tende a agir da mesma forma que a família, se esta aceita seu doente mental e convive com ele de forma saudável, consequentemente, a sociedade o verá da mesma forma. Logo, o relacionamento da sociedade com o doente mental é influenciado diretamente pela forma que a família trata seu paciente.

2.1.3 O lugar da família nos serviços de assistência psiquiátrica

Família é apreendida como conjunto de pessoas ligadas por laços de sangue, parentesco ou dependência que estabelecem entre si relações de solidariedade e tensão, conflito e afeto (...) e (se conforma) como uma unidade de indivíduos de sexos, idades e posições diversificadas, que vivenciam um constante jogo de poder que se cristaliza na distribuição de direitos e deveres (BRUSCHINI, 1989, p. 8).

Nesse sentido, os processos de desinstitucionalização que mostram a falência de instituições totais (manicômios, prisões, asilos, orfanatos) e buscam propostas alternativas que assegurem direitos a grupos específicos da população e valorizem os serviços abertos e comunitários, têm a família como parceira, como mediadora entre seus membros e a sociedade (BRUSCHINI, 1998).

Assim, há uma tendência de a lógica da cidadania ser ampliada da proteção ao indivíduo para a proteção ao grupo familiar. Nessa direção a Portaria n. 251/GM do Ministério da Saúde, de 31 de janeiro de 2002, que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria e reclassifica os hospitais psiquiátricos, constitui um dispositivo para a mudança das relações entre os serviços psiquiátricos e a família, à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e 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 (BRASIL, 2004).

A família que não consegue resolver um problema internamente chega a um serviço psiquiátrico com sentimentos de impotência, exaustão, culpa, desespero. Na pedagogia dos hospitais psiquiátricos, como visto, a tendência predominante foi abordar a família como informante da enfermidade, da trajetória do portador de transtorno mental e como visita. Todavia, parte dos hospitais psiquiátricos se modernizou e viu-se impelida a incluir a família em seus projetos terapêuticos, de acordo com a Portaria 251 (BRASIL, 2004).

Ramos (2003) diz que esse dispositivo legal parece restringir o âmbito da abordagem da família/cuidador ao aspecto instrumental da enfermidade e do tratamento. O legislador foi perspicaz, estabelecendo padrões mínimos de qualidade assistencial, sobretudo para hospitais psiquiátricos. Isso não quer dizer que tais serviços devam se limitar a esse mínimo, embora na tradição brasileira de gestão o mínimo tende a se transformar em máximo. De qualquer maneira, exige-se que todos os serviços assistenciais em psiquiatria tenham uma abordagem voltada para a unidade ou o grupo familiar/cuidador.

O mesmo autor fala da experiência no Piauí que tem mostrado que, frequentemente, oferece-se ao familiar/cuidador um atendimento, com orientações individuais ou grupais. São comuns as reuniões semanais com a família. Alguns serviços promovem visitas domiciliares, mas são os centros de atenção psicossocial que as desenvolvem de maneira mais sistemática, como parte inerente a seu projeto terapêutico (RAMOS, 2003).

Tais reuniões tornam-se importantes para o cuidador doméstico, pois muitas vezes são a maneira mais efetiva para tirar suas dúvidas sobre a enfermidade, o cuidado e o diálogo com os profissionais. Mas, geralmente, são os novos serviços, abertos e comunitários, que são desafiados a implementar práticas diferenciadas com a família, a criar novas tecnologias de abordagem e, sobretudo, a dar visibilidade e valorizar sua condição de provedora de cuidados domésticos (RAMOS, 2003)

Desse modo, conforme comenta Ramos (2003), os serviços tradicionais, mais precisamente os hospitais psiquiátricos, têm que oferecer uma abordagem não estabelecida pela portaria ao grupo familiar/cuidador. O que está apontado explicitamente na portaria é o conteúdo mínimo que o serviço tem que trabalhar com a família. Assim, a família pode permanecer ou não passiva, como mera recebedora de informações e consumidora de um serviço, com baixo, nulo ou grande impacto sobre o cuidado doméstico ao portador de transtorno mental ou sobre sua cidadania,

dependendo da abordagem. A abordagem da família cuidadora, na condição de parceira e corresponsável pelo cuidado, está em processo de construção, e seus limites, potencialidades e desafios vão depender de cada contexto.

2.1.4 Algumas limitações no trabalho com a família e a necessidade de atendimento à família na assistência psiquiátrica

O deslocamento do familiar/cuidador até o serviço assistencial psiquiátrico, no geral, é complicado para esse segmento social, tendo em vista suas dificuldades econômicas, que o obrigam muitas vezes a andar a pé ou de bicicleta. Contudo, unir os familiares cuidadores parece ser uma estratégia interessante, por propiciar a troca de experiências e mostrar que é possível conviver com o portador de transtorno mental de diferentes maneiras. Se, por um lado, os familiares cuidadores podem ser homogeneizados em sua condição de vida e na forma como enfrentam os desafios cotidianos, por outro lado há muita riqueza nos encontros (SCOTT, 2001)

O mesmo autor afirma que mesmo nas reuniões semanais, uma das principais dificuldades é assegurar a presença dos familiares. A sobrecarga das tarefas domiciliares, sobretudo para o cuidador do portador de transtorno mental, que tende a ser o único cuidador direto no grupo, e as dificuldades econômicas da família explicitam-se na alta rotatividade nas reuniões. Alguns serviços disponibilizam vale-transporte para o cuidador doméstico comparecer a elas, mas é raro algum deles manter frequência semanal, apesar de considerá-las importantes e participarem ativamente delas (SCOTT, 2001).

Por outro lado, segundo Rosa (2005.p.212) as dificuldades com transporte nos serviços psiquiátricos, sobretudo nos hospitais, a lógica de organização de muitos deles e a sobrecarga dos profissionais impedem um trabalho mais sistemático na comunicação, no espaço doméstico, na rede de relações sociais do portador de transtorno mental, que corre o risco de ficar em segundo plano. Nesse sentido, os centros de atenção psicossocial têm inovado no trabalho com a família, com as associações de moradores, com as rádios comunitárias, com grupos de mulheres e com conselhos de políticas públicas.

Embora tais intervenções sejam fundamentais, a família demanda um preparo para o cuidado doméstico ao portador de transtorno mental e para enfrentar suas próprias questões, múltiplas e multifacetadas. (SCOTT, 2001)

Rosa (2003) diz que a abordagem da família é um encargo de toda a equipe dos serviços de assistência psiquiátrica. Nenhum profissional pode deter monopólio ou exclusividade.

O mesmo autor descreve que no Piauí, há uma chamada para reunião com familiares uma vez por semana, com duração média de uma hora. No hospital psiquiátrico, no regime de internação integral, a reunião com a família, em geral, apresenta menor número de participantes. Já nos serviços com internação parcial, a participação de familiares é sempre maior. Nessas reuniões, várias questões são observadas. Embora chamadas de reuniões de família, frequentemente agregam cuidadores, pessoas que, no interior do grupo familiar, são responsáveis pelos cuidados diretos do portador de transtorno mental. No geral esse cuidador é a única pessoa da família a se encarregar desses cuidados (RAMOS, 2003).

No dia-a-dia da abordagem com a família, vários riscos permeiam a atuação do profissional. O primeiro é ele se dispor a fazer um trabalho com a família sem o devido preparo teórico-metodológico e ético. Nesse sentido, ele pode se sentir como “doutor em família”, por ter vivido e sofrido a vida toda a influência das relações familiares. Desse modo, “naturalmente”, pode acreditar que entende de família (ROSA, 2003). Segundo Campos (2002) a ação conjunta de dois ou mais profissionais de diferentes categorias também pode trazer problemas. Se todos não tiverem preparo mínimo e maturidade, podem reproduzir conflitos que a família vivencia. Assim, como visto, embora permeado por limitações, o trabalho com a família nos remete a reflexões que podem apontar possibilidades e desafios (SZASZ, 1994).

3 METODOLOGIA

Esta é uma tecnologia de intervenção, pois será realizado juntamente com a equipe do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS um trabalho no sentido de conscientização sobre a importância do familiar no tratamento, bem como a existência de grupos terapêuticos para esse público alvo.

Pretende-se realizar o trabalho em um CAPS com os profissionais que compõem a equipe que são: Enfermeiros, técnicos em enfermagem, psicólogo, terapeuta ocupacional e psiquiatra. O serviço atualmente está estruturado em uma casa alugada pela prefeitura e possui seis salas que têm como finalidade de abrigar posto de enfermagem, consultórios, sala de terapia ocupacional e espaço para recreação.

Atualmente o serviço disponibiliza ao usuário as seguintes atividades: terapia ocupacional, acompanhamento com psicólogos, enfermeiros e psiquiatria, sala de recreação onde desenvolvem jogos entre outras distrações. Não se observa dentro do serviço um atendimento específico e especializado para familiares e portanto, surge essa proposta de estudo.

Essa proposta planeja ser realizada através de reuniões de equipe e dinâmicas de grupo, por entender que nesses momentos a equipe está mais disposta e em maior quantidade passível de intervenção. Ainda, nesses momentos os profissionais estão dedicados a discutir casos e situações da unidade, sem demanda de atendimento do usuário, o que facilita a implementação da proposta. A previsão é que as atividades sejam implementadas a partir do segundo semestre de 2014.

A fundamentação científica do trabalho ocorrerá através de uma revisão de literatura, que já iniciou e está sendo atualizada, através de bases científicas, artigos científicos e bibliotecas universitárias.

Como proposta de estudo, seguirá basicamente o cronograma abaixo:

Atividades	Meses						
	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Busca de artigos para fundamentação	X	X					
Implementação da atividade junto a equipe de saúde			X	X			
Proposta de criação do grupo de atendimento a familiares			X	X			
Implementação do grupo de atendimento a familiares				X	X	X	
Avaliação da atividade						X	X

4 ANÁLISE E RESULTADOS

Levando-se em conta que a terapia familiar propicia aos familiares o acesso a uma grande parte das informações que precisam ter sobre transtornos mentais e sobre o diagnóstico específico do familiar doente acredita-se que nas sessões terapêuticas é o espaço onde os envolvidos perguntam e aprendem mais sobre a doença permitindo uma melhor compreensão dos sintomas e comportamento da pessoa que está doente e muitas vezes o indivíduo que tem problemas, consegue também falar sobre o que sentem, facilitando a família entendê-lo melhor.

Entende-se que a mudança das diretrizes da Assistência de Saúde Mental em optar pelo atendimento em regime aberto, implica em uma importante mudança da relação do profissional de saúde mental com as famílias dos pacientes, a parceria entre ambos reforça o processo de reabilitação da pessoa doente (BRASIL, 2004).

A família se depara com os sérios desafios advindos tanto do SUS com suas demandas internas quanto a do seu meio social. A medida que não conseguem soluções adequadas para esses desafios, ela expressa suas dificuldades por meio de inúmeros problemas como: dificuldades de relacionamentos, membros problemáticos, doenças, dentre outros.

A compreensão dessas dificuldades dentro da ótica apontada coloca como fundamental o deslocamento do eixo do atendimento dos obstáculos individuais para os familiares. Isto requer uma revisão dos processos de atenção aos grupos familiares (espaços institucionais, modelo assistencial, políticas sociais), para que esses possam colocar a família e não os seus membros individualmente no centro de suas propostas.

Logo, acredita-se que as atividades desenvolvidas com os profissionais possam servir de subsídios para trazer os familiares para dentro do serviço no sentido de compromete-los no cuidado ao familiar e esclarecendo as possíveis dúvidas que possam surgir ou ocorrem no decorrer do tratamento.

Com base no que foi exposto na literatura, está evidente a importância da família no cuidado ao usuário com doença mental, bem como a importância desse familiar ser acolhido no serviço e ter as dúvidas e questionamentos esclarecidos.

Este estudo busca a sensibilização dos profissionais para tal situação, inclusive com a implementação semanal de um grupo terapêutico para esses familiares que

certamente precisam de apoio e devem encontra-lo dentro dos serviços de referência, que nesse caso é o CAPS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que a reforma psiquiátrica visa melhorar o atendimento e a assistência ao indivíduo portador de doença mental, tratando não só o doente, mas também a família que precisa se inserir nesse processo terapêutico, a presente pesquisa vem de encontro a sensibilização em relação a um tratamento humanitário com intervenção do profissional da saúde e da família ao indivíduo com transtorno mental

Espera-se com esse estudo que a participação da família no tratamento do doente mental, veio para mudar a maneira que a mesma lida com seu familiar com transtorno mental. Tal pensamento leva em conta que a família apresenta diversas dificuldades no que diz respeito à aceitação do familiar doente e como lidar com o mesmo, de maneira que, não o prejudique e nem tão pouco o seu núcleo familiar.

Ainda, evidencia-se que a construção da corresponsabilidade entre técnicos e familiares, no que toca ao cuidado no campo da saúde mental, deve vir acompanhada de ações de suporte às famílias, de mudanças nos modos de trabalho e gestão, bem como de avanços em relação às políticas de inclusão social e reabilitação psicossocial, de fortalecimento de mecanismos de controle social, de estímulo ao empoderamento dos usuários e familiares, no sentido de fazer avançar o processo de desinstitucionalização em saúde mental.

Esperamos que os profissionais consigam superar esses desafios envolvendo os familiares no processo de cuidado desse usuário.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, DV; FELICIO, JL. **Abordagem terapêutica às famílias na reabilitação de pacientes internados em hospitais psiquiátricos**: relato de experiência. Disponível em: <http://www.paizn.org.br/psiquiatria/abordagem-terapeutica-as-familias-na-reabilitacao-de-pacientes-internados-em-hospitais-psiquiatricos-relato-de-experiencia/>. Acesso em: set/2011.
- BASSITT, W. O conceito de família. In: D'INÁCIO, M.^a (org) **Doença mental e sociedade**: uma discussão interdisciplinar. Rio de Janeiro, Qrad, 1992. p.278-287.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. **LEI Nº 10.216**, DE 6 DE ABRIL DE 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.
- BRUSCHINI, M. C. Uma abordagem sociológica da família. **Rev Bras de Estudos de População**, 6 (01), p. 1-23, 1989.
- CAMPOS, G.W.S. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. **Saúde em debate**, nº 37, p.16-19, 2002.
- CECCHIN, G. Sistemas terapêuticos e terapeutas. In: ELKAIM, M. **Terapia familiar em transformação**. (p. 72-77). São Paulo: Summus, 2000.
- COLVERO, L. A.; IDE, C. A. C; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, 2004.
- COSTA NETO, M. M. (Org.) **A implantação de unidade de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2000.
- DIMENSTEIN, Magda et al. Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, 2010.
- GALLI, V. **Planificação estratégica e sua aplicação em saúde mental**. São Paulo: ABRASCO, 1990.
- LANCETTI, Antonio (org.). **Saúde, loucura, saúde mental e saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2000.
- LEFLEY HP, Johnson DL **Intervenções familiares na doença mental**: perspectivas internacionais. Westport, CT: Praeger, 2002.
- MELMAN J. **Repensando o cuidado em relação aos familiares de pacientes com transtorno mental**. [dissertação] São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 1998.

ORNELAS, C. Da família ao espaço público, em defesa da vida. In Fórum Mineiro de Saúde Mental. **Minas sem manicômios**. (p. 79-87). Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais, 2004.

PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001.

RAMOS, R. **As representações sociais da prática dos assistentes sociais nos Caps do Ceará**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, Curso de Pós-graduação em Serviço Social, Recife, 2003.

ROEDER, M.A. **Atividade física, qualidade de vida e saúde mental**. São Paulo: Shape, 2003.

ROSA, LCS. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SANT'ANA, Marília Mazzuco et al. O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 50-58, 2011.

SCAZUFCA M. Avaliação de emoção expressa (EE) em familiares de pacientes psicóticos. **Rev. de Psiq. Clín.** (25) 6, nov/dez.1998.

SCOTT, R. P. A etnografia da família de camadas médias e de pobres urbanos: trabalho, poder e a inversão do público e do privado. **Rev. de Antropologia**, 1 (2), p. 142-160, 2001.

SZAZS, T. **Cruel compaixão**. Campinas: Papyrus, 1999.

WAGNER A, RIBEIRO LS, ARTECHE AX, BORNHOLDT EA. Configuração familiar e o bem-estar psicológico dos adolescentes. **Psicol. Reflex. Crit.** v.12 n.1 Porto Alegre, 1999.

WIDMAN MAP, JOUCLAS VMG, STEFANELLI MC. Família e doença mental. **Fam Saúde Desenv** 1999; 1: 1/2; 27-32.

DOS SANTOS ROSA, LÚCIA CRISTINA. **Psicologia em Revista**. v.11 n.18 p.205-218; dez.2005.