

A INFLUÊNCIA DA INCLUSÃO DA FAMÍLIA NO PROCESSO TERAPÊUTICO DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS ATENDIDOS PELO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM UMA CIDADE DO MEIO-OESTE CATARINENSE

Aline Rodrigues¹
Domingos Luiz Palma²

RESUMO

Pessoas com transtornos mentais necessitam de acompanhamento adequado da saúde mental pública, pois muitas são as dificuldades que envolvem as suas vidas nos aspectos biopsicossociais. Neste sentido, a família deve ser engajada no processo de tratamento, pois é no convívio diário que o acompanhamento deve ocorrer, assim, buscou-se nesta proposta verificar as influências que a inclusão da família proporciona no processo terapêutico de pacientes com transtornos mentais atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de uma cidade do meio oeste catarinense. Além da observação dos grupos familiares já realizados no CAPS em questão, entrevistou-se profissionais do local para análise dos métodos utilizados para atendimento da família e o valor que acarreta no tratamento do usuário. Os resultados apontam que o acompanhamento e inclusão da família no processo terapêutico dos pacientes com transtorno mental, proporcionam melhora e facilidade na remissão dos sintomas dos usuários. Inicialmente a família recebe apoio nos grupos familiares, o que alivia as dúvidas e angústias que sente ao identificar transtorno mental em um familiar. Após este período inicial de acolhimento, a família aprende o que deve fazer para auxiliar no tratamento, o que influencia positivamente no aceleramento terapêutico dos usuários.

Palavras chaves: Transtorno mental, família, processo terapêutico, CAPS.

1 INTRODUÇÃO

O número de indivíduos que necessitam de atendimento em saúde mental vem aumentando, não por um maior aparecimento de patologias, mas sim por uma conscientização da sociedade sobre o que são transtornos mentais, e uma busca por atividades que atendam este tipo de demanda. Transtornos mentais são alterações significativas que necessitam de atendimento priorizado e que envolvem as várias

¹ Graduada em Psicologia.

² Psicólogo professor da UCEFF Faculdades.

problemáticas que esta condição proporciona. Neste sentido, a pessoa acometida de transtorno mental precisa estar inserida em programas específicos para este tipo de demanda. Com essas novas necessidades advindas com a extinção da maioria dos hospitais psiquiátricos, devido a falta de evolução apresentada ao tratamento geralmente errôneo proporcionado, surgiram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Nestes ambientes, o atendimento deve preconizar a humanização, assim os usuários passam a ser vistos como seres humanos iguais, com direitos e deveres. No CAPS os usuários tem atividades que trabalham esta soma, dando lugar a medicações mais adequadas a cada caso, englobando projetos de tratamentos psicológico, físico e social. Essa modificação porém, se torna insuficiente quando deixa de lado um aspecto importante na vida de qualquer indivíduo: as suas relações familiares. É no ambiente familiar que suas relações e crenças se estabelecem e que, portanto são essenciais no desenvolvimento do sujeito. Como a busca central do atendimento em saúde mental é a reinserção do indivíduo na sociedade, o trabalho com a família torna-se então primordial.

Vários motivos indicam a importância do trabalho com a família no tratamento de pessoas com transtornos mentais, primordialmente pode-se citar a forma como a família entende e aborda o indivíduo com patologia psíquica. Muitos, não tem conhecimento adequado do que é um transtorno mental, podendo agir de forma errônea ou até desumana, não garantindo as suas necessidades básicas, por não compreender os comportamentos do mesmo, com a crença de inutilidade.

Há também a necessidade do indivíduo ingerir medicamentos em horários específicos, e por muitas vezes o usuário não consegue fazer isso de modo independente, neste sentido, a família ou os cuidadores tornam-se parte essencial para este controle, gerando assim uma garantia de tratamento adequado para a pessoa, pois considera-se o medicamento parte fundamental nestes casos.

A conscientização da família é importante, tanto como um auxílio no tratamento, como na idealização que esta se torne um agente modificador da sociedade, pois a partir do momento que a família entende o que acontece com o doente mental, torna-se mais fácil enfrentar medos e preconceitos, percebendo que a pessoa não é responsável pela sua condição, pois faz parte de um processo de adoecimento. Há também que se esclarecer que embora limitado, o mesmo pode levar uma vida normal, não precisa ficar isolado, pelo contrário, necessita de apoio familiar e social para ajustar sua condição.

Neste sentido, buscou-se como objetivos neste trabalho, analisar os processos estabelecidos para inserção da família de pacientes com transtornos mentais em seu tratamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em uma cidade do meio-oeste catarinense, observando se juntos, família e usuário, tem uma maior qualidade de vida e uma evolução mais rápida num atendimento ampliado. Investigou-se por meio da equipe do CAPS em questão, se a família e/ou cuidadores aderem adequadamente as suas responsabilidades diante do processo de tratamento do usuário, além do acompanhamento da atual metodologia de atendimento em Saúde Mental que preconiza um atendimento aberto e não-internatório, ressaltando os trabalhos já realizados com familiares no CAPS.

O indivíduo acometido por transtornos mentais merece e deve continuar fazendo parte da família e da sociedade em geral, e para que isso lhe aconteça precisa dos devidos acompanhamentos e cuidados, e a família ou cuidadores são o ponto central de todo o processo de melhora. E é com este intuito que o presente trabalho se desenvolveu, com a metodologia de observar os grupos de aconselhamento e conscientização com familiares de indivíduos que passam por atendimentos em CAPS, em uma cidade da região do meio-oeste de Santa Catarina, esclarecendo assim a importância da família no tratamento de pacientes com transtornos mentais.

2 AMBIENTE DE ESTUDO

Para aplicação do presente trabalho, buscou-se a observação e investigação dos processos realizados pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de uma cidade do meio-oeste catarinense.

Os CAPS são unidades de atendimento em saúde mental que oferecem a seus usuários um programa de cuidados intensivos, elaborado por uma equipe multidisciplinar. Inicialmente concebidos como alternativas terapêuticas ao modelo de atendimento centrado no hospital psiquiátrico, os CAPS passaram a ter, desde 2002, a função estratégica de articular as forças de atenção em saúde e as da comunidade, visando à promoção da vida comunitária e da autonomia de seus usuários (CARDOSO, SEMINOTTI, p.1, 2006).

Neste, fazem parte uma equipe multiprofissional, com enfermeiro, psicólogo, médico psiquiatra e assistente social. Além dos profissionais formados, há também que se destacar outros cargos que auxiliam no trabalho da equipe, sendo eles instrutores, motoristas, seguranças e auxiliares gerais.

O CAPS em questão situa-se em uma cidade do meio-oeste catarinense, estando em funcionamento há aproximadamente cinco anos, onde atende em torno de cem usuários. A

cidade em questão além de atender os pacientes do próprio território, também inclui usuários de cidades menores situadas ao redor. A cidade onde situa-se o CAPS tem como base econômica em sua maior parte a agricultura e as indústrias, sendo de aproximadamente 50 mil habitantes.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 TRANSTORNO MENTAL

Os transtornos mentais são caracterizados por alterações das funções mentais como atenção, concentração, sensopercepção, afetividade e psicomotricidade, dispondo de ações comportamentais que diferem das regras sociais esperadas. Suas alterações psíquicas implicam na mudança de funcionalidade pessoal, social e relacional, causando por vezes grave sofrimento à pessoa acometida pela doença e por seus familiares ou pessoas próximas.

[...] os transtornos mentais são concebidos como síndromes ou padrões comportamentais ou psicológicos clinicamente importantes, que ocorrem num indivíduo e estão associados com sofrimento ou incapacitação, ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento, morte, dor, deficiência ou perda importante da liberdade. (DMS IV, 2002, p. 28)

Avaliar e diagnosticar um transtorno mental envolve a observação e implicação clínica de seus sintomas. Geralmente uma causa exata não é evidenciada, porém as diversas relações interpessoais, os processos fisiológicos e a estrutura de qualidade de vida vivenciada pelo seu desenvolvimento e estágio atual, podem ajudar em um diagnóstico e tratamento.

[...] o critério de avaliação é o próprio indivíduo e seu mal-estar psicológico, isto é, ele em relação a si próprio e a sua estrutura psicológica, e não o critério de adaptação ou desadaptação social (...) Abordar a questão da doença mental, nesse enfoque psicológico, significa considerá-la produto da interação das condições de vida social com a trajetória específica do indivíduo (sua família, os demais grupos e as experiências significativas) e sua estrutura psíquica. As condições externas – poluição sonora e visual intensas, condições de trabalho estressantes, trânsito caótico, índices de criminalidade, excesso de apelo ao consumo, perda de um ente muito querido etc. – devem ser entendidas como determinantes ou desencadeadoras da doença mental ou, quando positivas, propiciadoras e promotoras da saúde mental, isto é, da possibilidade de realização pessoal do indivíduo em todos os aspectos de sua potencialidade. (BOCK, FURTADO, TEIXEIRA; p. 345, 2008)

Tendo em vista que o transtorno mental tem como uma das suas origens a disfunção fisiológica, o tratamento medicamentoso é o nível prioritário para este tipo de doença, pois as alterações fisiológicas são comprovadas e demonstram uma mudança física quando comparado as pessoas que não possuem transtornos mentais. Apesar dessa importância clara dos medicamentos que se percebe no tratamento dos pacientes, também é nítida a necessidade de uma atenção mais específica aos sintomas que eles apresentam.

Segundo Roder et al, (2002) é evidente os benefícios de um tratamento com neurolépticos em episódios agudos e nas recaídas dos pacientes, mas os medicamentos por si só, não ajudam o paciente a conseguir a compreensão de seus problemas, a melhorar a percepção de si mesmo, nem conseguem que o paciente volte a conectar-se com a realidade cotidiana, depois de ter passado por uma devastadora experiência como é a psicose.

Na atualidade percebe-se que muitas pessoas têm a ideia que transtorno mental se aplica em qualquer pessoa que apresente leve sofrimento psíquico, porém a realidade não é esta. A ótica está acoplada a ideia que hoje as pessoas não podem mais sentir-se tristes, nem apresentarem alterações emocionais durante processos difíceis de suas vidas. O tratamento medicamentoso, para busca da fuga de problemas, virou assim uma explosão de diagnóstico de patologias mentais, pelo simples fato de muitas pessoas não aceitarem momentos difíceis e preferirem burlar os sentimentos.

Porém, somente quando ocorrem desajustamentos mentais e alterações de funções psíquicas elementares, que há necessidade de investigar as causas e as possibilidades da pessoa possuir um transtorno mental. Neste sentido, transtorno mental é diagnosticado por meio da presença de sintomas psíquicos que causam acentuado sofrimento no paciente ou quando promovem a exacerbação de funções para uma irrealidade.

Percebendo a forma como o termo transtorno é utilizada inequivocamente, pode-se citar CID 10 (1993, p.50), para esclarecer que transtorno mental deve ser visto não como um termo exato, porém usado “para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível associado, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais”.

As pessoas que possuem transtornos mentais podem até não perceber os sintomas que lhes traz este diagnóstico, ou pelo contrário, sentem um sofrimento profundo das situações que lhes ocorre. Isso quer dizer que pessoas com doenças mentais têm um

sofrimento psíquico envolvido na situação, trazendo dificuldades nas áreas pessoais e sociais de suas vidas.

Para Dalgarrondo (2008) a doença mental inclui vivências, estados mentais e padrões comportamentais que apresentam, por um lado, uma especificidade psicológica, como se os doentes mentais tivessem uma dimensão própria, não sendo apenas exageros do normal, e por outro lado, completas conexões com a Psicologia do normal, pois o mundo do doente mental não é totalmente estranho ao mundo normal.

Todo transtorno mental após diagnosticado deve ser tratado, visando o bem estar pessoal e familiar dos envolvidos. Eles possuem tratamentos específicos que auxiliam na diminuição ou remissão dos sintomas, quando tratado corretamente, a pessoa pode retornar as suas atividades habituais sem sofrimento psíquico.

3.2 TRATAMENTOS EM SAÚDE MENTAL

Os transtornos mentais necessitam de tratamento, e o início dessa clínica, geralmente envolve psicofármacos, pois os sintomas precisam estar amenizados para a continuidade do tratamento.

Os psicofármacos e os neurolépticos, apesar da ação específica na alteração fisiológica, não ajudam a capacitar os indivíduos a adquirir formas de comportamentos adaptadas à interação social ou para enfrentar adequadamente as situações da vida diária. Os CAPS são os locais onde estas pessoas podem ter um atendimento gratuito e especializado nestas questões psíquicas, físicas e sociais. Sendo estes programas de iniciativa pública, são locais onde o governo financia e não solicita pagamento pelos atendimentos proporcionados, levantando por meio deste programa um tratamento alternativo que contem outros mecanismos de ação e aponta para outros níveis do transtorno (BOCK, FURTADO, TEIXEIRA, 2008).

A reinserção social do indivíduo é um tratamento longo e minucioso, que precisa necessariamente de uma combinação de terapia medicamentosa com procedimentos socioterapêuticos ou programas de intervenção psicossocial, são eles que darão o suporte inicial para que a pessoa com transtorno mental possa recapitular áreas da sua vida que considerava de grande dificuldade após ter descoberto o transtorno e seus sintomas aparentes (RODER, *et al*, 2002).

Deste modo, deve-se avaliar especificamente os sinais, sintomas e desajustes apontados pelo doente mental, investigando as alterações de suas funções mentais e a possibilidade dessas advirem de seus relacionamentos.

A história da Saúde Mental no Brasil traz em seu encaixe, a história da loucura, esta que relembra os jogos de exclusão social que os doentes mentais eram enquadrados. A teoria de Foucault aborda também a ideia da doença mental ser parte de forças divinas ou demoníacas, não pertencendo o comando de sua vida pela pessoa acometida de transtorno mental. As políticas públicas de saúde voltadas a atenção psicossocial no Brasil, só tem maior respaldo após a inserção do Sistema Único de Saúde (SUS) na sociedade. Os primeiros estabelecimentos específicos para doentes mentais foram criados em modelos distanciados do dito apropriado nos dias de hoje. Foram instituídos locais como hospícios, santas casas de misericórdia e asilos de tratamento aos enfermos. A partir do século XX que surgem os primeiros psiquiatras, investigando as doenças mentais propriamente ditas, o que levou a certeza de internar pacientes com transtorno mental somente em hospícios, pois assim estariam aos cuidados de um psiquiatra, que era visto como o dono da verdade nestes casos específicos (FOUCAULT, 1984).

A loucura ao longo da história foi encarada de diversas formas, como por exemplo, uma falha da natureza, castigo ou dádiva dos deuses, privação da verdade e exacerbação da vontade. A hospitalização não era tida como uma ajuda e auxílio para melhora do paciente, mas sim uma forma de excluir da sociedade.

Surgiu então nos anos 70, a reforma psiquiátrica, esta que tinha como objetivo devolver ao doente mental a sua identificação enquanto cidadão, trabalhador, proprietário, pai e tantas outras que lhe foram retiradas no início de seu tratamento em instituição asilar, quando adquiriu o estigma de incapaz, perigoso ou anti-social.

O Ministério da Saúde (2005) ressalta que a saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. Surgiu então, em 1988, o programa do SUS, este que trouxe uma política pública que envolvia diversas demandas no campo da saúde, com programas especiais e específicos, sustentando assim uma nova atenção a saúde mental e garantindo o direito à saúde para todas as pessoas.

Com esta grande evolução na saúde do país, criaram-se os NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial, e os CAPS. Estes constituem uma porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, atendendo também a pacientes dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar, os mesmos que deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.

Nos CAPS e nos centros em que os doentes mentais podem ser inseridos, eles passam por um tipo de tratamento específico, que engloba atendimento psicológico, psiquiátrico, grupos terapêuticos e atividades ocupacionais. Mas, como os pacientes não permanecem em constante atendimento, eles necessitam voltar para suas casas, passando apenas algumas horas do dia no CAPS. Neste sentido, o tratamento envolvido nos Centros de Atenção Psicossocial, podem ficar defasados se olharmos o tipo de tratamento de que os cuidadores estão tendo com estas pessoas. Durante sua estadia no CAPS o paciente recebe o medicamento na hora marcada, além de participar de atividades que ajudam a estimular sua psicomotricidade e os processos psíquicos básicos, como memória, percepção e atenção. Porém, quando retorna à sua casa, muitas vezes não recebe o mesmo tipo de apoio e tratamento, pois muitas vezes os cuidadores não possuem todas essas informações ou não sabem como agir, interagir e estimular os seus familiares.

3.3 A FAMÍLIA NO TRATAMENTO

Não se pode afirmar com exatidão as causas dos transtornos mentais, porém pode-se apontar que além de causas orgânicas, muitos outros fatores podem estar envolvidos, e neles os fatores externos como residência, convívio familiar e estímulos no desenvolvimento da personalidade, são dados que podem auxiliar no processo de resiliência da doença.

Nichols e Schwartz (p. 61, 2007) citam a família como parte deste processo: “A família é o contexto dos problemas humanos. Como todos os grupos humanos, a família tem propriedades emergentes (...)”

A família é um aporte para todas as pessoas, e com os doentes mentais não seria de modo diferente. Os cuidadores das pessoas acometidas por transtornos mentais são pessoas que também necessitam de atendimento especializado, pois se os próprios doentes têm um sofrimento psíquico acoplado, deve-se levar em consideração as pessoas que convivem com eles e que percebem todos os sintomas e situações de risco que acontecem. Além

disso, deve-se levar em consideração que as causas originárias das doenças mentais, não negam o envolvimento de fatores externos como os citados acima, e isto envolve essencialmente a família e os cuidadores que podem ter percebido o fator estressor que associa o início da doença.

As famílias com membros esquizofrênicos se mostraram uma área especialmente fértil para a pesquisa, porque seus estranhos padrões de interação são dramáticos. Entretanto, o fato de a terapia familiar ter emergido da pesquisa sobre a esquizofrenia levou a uma esperança muito otimista de que a terapia familiar seria a maneira de curar essa forma desorientadora de loucura. Além disso, uma vez que as famílias anormais são tão resistentes à mudança, os primeiros terapeutas de família tendiam a exagerar as propriedades homeostáticas da vida familiar. Os terapeutas familiares não descobriram o papel da família na esquizofrenia, mas, ao observarem as famílias interagindo, testemunharam o que seus predecessores tinham apenas especulado. As influências familiares sobre a esquizofrenia já tinham sido reconhecidos desde o famoso relato de Freud (1911) sobre o Dr. Schreber. Nesta primeira formulação psicanalítica da psicose, Freud discutiu fatores psicológicos na paranóia e na esquizofrenia e também sugeriu como o relacionamento bizarro do paciente com o pai desempenhou um papel em seus fantásticos delírios (NICHOLS; SCHWARTZ, p. 36, 2007).

As políticas públicas devem trabalhar em projetos para que se ajustem as demandas que a população demonstra aos serviços especializados.

De extrema necessidade para desencadear possíveis causas da ocorrência de transtornos mentais, a família faz parte deste processo, pois apesar das causas ainda não terem a exatidão de onde provêm, a observação do contexto histórico e familiar se faz então necessária.

A passagem de uma ou várias causas da doença para a doença manifesta já não se explica de forma unilateral, já não se orienta das causas para o efeito, mas como um processo de efeito recíproco. Nesse processo, os diferentes fatores causais se influenciam, se reforçam ou se enfraquecem mutuamente (...), de maneira direta ou intercalados por fatores mediadores (RODER ET AL, 2002, p. 15).

Quando se envolve doença tanto mental quanto física, os familiares ou cuidadores também fazem parte do processo de sofrimento e conseqüentemente tratamento. Segundo Teixeira (2005) quando um dos membros da família adoece, todos os membros dela também são afetados. Há uma alteração nas suas atividades sociais normais, suas tarefas precisam ser desenvolvidas por outras pessoas, pois ele necessita se dedicar e cuidar do doente. Ele também cita Satir ao dizer que a família representa para seus membros uma fonte de afeição e intimidade. Os indivíduos quando apresentam quadros de ansiedade e estresse, recorrem novamente às suas famílias, procurando reassegurar sua condição de

seres amados e com valor. Esta pressão, no sentido de conceder aos indivíduos segurança e atenção especial, impõe sobre a família uma carga psíquica extra.

Os cuidadores, muitas vezes de classe econômica baixa, têm o atendimento especializado para os doentes mentais de sua família, porém não tem informações específicas que lhes ajudem no tratamento do paciente e no modo como devem tratá-los em casa.

Para Dalgarrondo (2008) é fundamental em psicopatologia a observação minuciosa, atenta e perspicaz do comportamento do paciente, do conteúdo do seu discurso e do seu modo de falar, da postura, das vestimentas, da forma como reage no relacionamento com os outros, e especialmente da forma como reage e lida com os seus familiares.

Tendo em vista esta necessidade de observação e acompanhamento citados, há que se analisar e escutar a família ou cuidadores, pois estes detém em suas rotinas os sintomas e comportamentos específicos que o doente apresenta. Neste sentido, visando os benefícios que os trabalhos em grupo proporcionam para as pessoas diante de uma equipe de apoio, para conversas e explanação da situação em que vive, a inserção de grupos para familiares e cuidadores nos CAPS, podem ser um método de auxílio no tratamento dos pacientes envolvidos, pois estes estarão sendo monitorados e cuidados fora do centro de atenção onde passam apenas algumas horas de seus dias.

Os modelos de tratamento psicodinâmico derivam dos paradigmas que tendem a excluir as famílias de informações e do envolvimento no processo terapêutico. Os modelos de terapia familiar, por outro lado, têm envolvido os membros da família no tratamento sem a premissa de que os sintomas da esquizofrenia ou de desordens afetivas irão desaparecer mediante a manutenção da homeostase de um ambiente familiar disfuncional. (...) A família demonstra necessidade de conhecimento sobre a doença, de seus sintomas e efeitos, passando a enfrentar a doença com mais segurança e menos sofrimento (NAVARINI E HIRDES, p. 2, 2008).

As informações repassadas aos cuidadores ajudarão de forma específica no tratamento, pois envolvem profissionais que trabalham junto aos pacientes, ou que tem um conhecimento sobre este tipo de doença. Não apenas visando o benefício do tratamento do próprio doente mental, a inserção de grupos para familiares pode ajudar no processo terapêutico com os cuidadores, pois estes também demonstram sofrimento psíquico, e terão no grupo o momento para falar de seus medos, dores e dúvidas, percebendo que estes sofrimentos são também comuns em outras famílias que possuem doentes mentais.

4 METODOLOGIA

Pessoas com transtornos mentais necessitam de acompanhamento adequado da saúde mental pública, pois muitas são as dificuldades que envolvem as suas vidas nos aspectos biopsicossociais. Neste sentido, a família deve ser engajada no processo de tratamento, pois é no convívio diário que o acompanhamento deve ocorrer, assim, buscou-se nesta proposta verificar as influências que a inclusão da família proporciona no processo terapêutico de pacientes com transtornos mentais atendidos pelo CAPS.

Para o desenvolvimento do presente trabalho foi realizado uma pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa. É definida como aplicada, que objetiva gerar conhecimentos para ampliação dos referenciais teóricos nesta área, bem como promover a discussão da influência da família no tratamento de usuários do CAPS. Os participantes da pesquisa foram profissionais voluntários, pessoas que aceitaram a proposta do estudo de acordo livre e espontâneo, com consentimento verbal.

A intenção inicial do projeto seria propor grupos de atendimento à familiares dos usuários atendidos no CAPS, em uma cidade do meio-oeste catarinense. Devido o fato, do centro em questão, já realizar um programa específico com a família, analisou-se e acompanhou-se o método utilizado nestes grupos, além do questionamento do modo de trabalho realizado pelos profissionais, uma amostra intencional para entender a visão técnica da inserção da família no tratamento dos usuários.

A pesquisa foi realizada por meio de entrevistas com os profissionais de saúde que trabalham no CAPS, situado em uma cidade do meio-oeste de Santa Catarina, para debater e entender o método utilizado. As perguntas em questão seguiram o seguinte pré-roteiro: O que você entende por saúde mental? Quais as possibilidades de atendimentos para os usuários do CAPS? Qual o primeiro contato com a família? Que tipo de espaço e atendimento é realizado para a família ou cuidadores? Em algum desses espaços os usuários são atendidos junto com os familiares ou cuidadores? Os atendimentos que realizam já satisfazem a demanda dos familiares? Que profissionais estão envolvidos nestes atendimentos? Você percebe algum benefício para o tratamento do usuário quando há inserção da família no processo terapêutico? Houve mudanças após a inserção desses atendimentos com a família? Na sua opinião, qual o papel que a família representa à pacientes com transtornos mentais?

O método de pesquisa utilizado foi desenvolvido por meio de pesquisa bibliográfica, exploratória e descritiva, trazendo com a análise das respostas das entrevistas uma discussão dos dados apurados. Sendo assim, investigado pelas entrevistas e pelo acompanhamento dos processos realizados, as influências reais e diretivas que a inserção da família no tratamento provoca nos pacientes.

Participaram da entrevista três profissionais do CAPS, sendo, uma psicóloga, uma enfermeira e uma assistente social. Estes profissionais possuem faixas etárias entre 25 e 41 anos, além da formação profissional ter ocorrido em 2 anos com uma das profissionais, 7 anos com outra e 12 anos com a última. O grupo realizado aos familiares é acompanhado especificamente pela assistente social e pela psicóloga, sendo realizado semanalmente, em um dia específico da semana no período noturno.

O grupo é composto por familiares dos usuários e seu número é incerto a cada semana. No primeiro observado constatou-se a presença de 12 familiares e no segundo encontro 14 cuidadores, sendo que estes não eram especificamente os mesmos.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O CAPS onde realizou-se a pesquisa e a instrumentalização dos objetivos propostos, realiza semanalmente um grupo aos familiares dos usuários. Nestes, os cuidadores tem espaço aberto para um chamado “grupo de apoio” onde podem posicionar suas dúvidas, incertezas, sofrimentos, histórias e vitórias. Do mesmo modo, os profissionais que acompanham os grupos, disponibilizam temas e dinâmicas diferenciadas a cada encontro, variando conforme a demanda do grupo.

Engajada a este propósito, observou-se dois encontros distintos liberados para observação, cada um sendo liderado por profissionais que atuam no CAPS, com duração aproximada de sessenta minutos. Como não trata-se de uma obrigatoriedade profissional, participam os que desejam e dispõem de tempo.

Observando este grupo, pôde-se perceber que apesar da tentativa de levantar discussões específicas, o grupo diverge para a demanda que mais sobrepõe a semana em questão. Os profissionais estão preparados para propor *feedbacks* que incentivem os familiares ao final de cada encontro, porém durante as discussões deixa aberto aos cuidadores que interponham suas considerações.

(...) a família deve ser considerada como unidade cuidadora e de cuidado, um espaço social no qual seus membros interagem, trocam informações e, ao

identificarem problemas de saúde, apóiam-se mutuamente e envidam esforços na busca de soluções dos mesmos. (BIELEMANN, ET AL; p. 133, 2009)

Como o grupo atua, há aproximadamente um ano, os próprios familiares já sabem controlar e ajudar a parte do grupo de apoio, relatando suas próprias histórias como exemplo da atitude a ser tomada. Apesar do sofrimento ser nítido durante a exposição dos familiares que enfrentam mais recente o diagnóstico de transtorno mental, o grupo atua em equipe singular, apoiando diretamente quem mais necessita.

Os profissionais tem papel secundário, atuam como coordenadores, intervindo quando há necessidade e propõem diferentes dinâmicas de trabalho no início e fim do encontro. Poucas perguntas são direcionadas aos profissionais durante o encontro, os cuidadores geralmente os procuram posterior a finalização para questionar dúvidas específicas.

Continuando a discussão sobre a inserção da família, buscou-se após as observações dos grupos, questionar a visão dos profissionais acerca da inserção da família no tratamento. Disponibilizaram-se para responder ao questionário, três profissionais (psicólogo, assistente social e enfermeira), os mesmos que acompanham periodicamente o grupo com os familiares. Cada um em sua área, abordou essencialmente as mesmas idéias do grupo realizado, enfatizando a importância da família no desenvolvimento do tratamento aos usuários.

A seguir algumas verbalizações obtidas nas entrevistas:

“A família é parte fundamental para que o trabalho do CAPS seja efetivado. Como atendemos uma maior demanda de classe social baixa, os mesmos não dispõem de muitas informações sobre como agir e cuidar de pessoas com transtornos mentais, então o espaço aberto para a família ajuda tanto os familiares quanto os profissionais aqui do CAPS.” (P1)³

“Sinto que a família auxilia na melhora ou piora do tratamento realizado. Necessitamos do apoio deles, pois o trabalho que realizamos aqui é só uma pontinha perto do tempo que a família tem com eles. Saber lidar com o usuário em sua casa, e administrar os medicamentos nos horários corretos, é a base para que a família interaja com o tratamento.” (P2)

³ Para sigilo do nome dos profissionais entrevistados, seus relatos são diferenciados por números (P1, P2, P3).

“Disponibilizar espaço para a família auxiliar no tratamento é importante para o CAPS, pois eles conhecem exatamente os sintomas que geram maior sofrimento ao usuário, além de estarem eles mesmos necessitando de ajuda quando acabam por adoecer junto com o familiar com transtorno mental.” (P3)

Pode-se perceber que os profissionais entrevistados vêm como unânime a importância da família no tratamento do paciente com transtorno mental. Tendo em vista, a desospitalização e a ênfase aos tratamentos mais humanizados para indivíduos com transtorno mental, não só o doente é visto como parte do processo, mas a família também se interpõe como parte essencial deste processo de reinserção social e bem estar psicossocial.

Para Bielemann *et al*, (p. 133, 2009), é exatamente este ideal que insere automaticamente a família no contexto do tratamento:

A inserção da família é um elemento indispensável para a reforma psiquiátrica, quando se pensa o redimensionamento da assistência em saúde mental. A reabilitação psicossocial não se limita apenas ao uso de fármacos e eventuais intervenções, mas estende-se a ações e a procedimentos que visem à reintegração familiar, social e profissional, bem como a uma melhoria na qualidade de vida do doente do familiar.

Muitas podem ser as demandas apontadas pelos familiares durante os grupos de apoio realizado no CAPS, porém há diferenciação entre a demanda apontada pelo grupo e pelos profissionais, pois a família, segundo os entrevistados, geralmente recorre ao sofrimento existente, dispondo por meio de histórias dúbidas freqüentes de como atuar diante de um acontecimento específico.

Deste modo, segue na íntegra a opinião dos entrevistados:

“No grupo realizado com os familiares, eles que são o espelho da demanda a ser tratada. Já tentamos focar diversos assuntos específicos, mas percebemos uma tentativa em vão, pois a família encontra no grupo o momento de poder falar sobre aquilo, e então eles necessitam falar o que realmente desejam. Percebendo isso, mudamos o foco do grupo, deixando que os familiares tragam suas próprias demandas, assim trabalha-se com as dúvidas e com o método de tratamento de forma conjunta, com a família relatando o que está difícil e com os profissionais interferindo quando se pode elaborar um feedback específico para o cuidado com o familiar como a importância do medicamento, da atenção, da não negação para com a doença e principalmente da não discriminação dos sintomas que apresenta.” (P2)

Pela observação dos grupos e pela visão da profissional pela forma que atua nos grupos, nota-se que tentativas diversas já foram realizadas para que se chegasse ao grupo em questão. O objetivo inicial do grupo, assim como do modelo de grupo disposto na aplicação deste trabalho, voltava-se a outra linha, onde os familiares escutariam mais do que falariam. Percebe-se que após esta tentativa, os profissionais viram como inadequado esta imposição de temas a serem tratados, assim como relata outra profissional:

“Tentamos muitas formas de manipulação neste grupo, falo manipulação porque foi isso que tentou-se no início, levar uma demanda nossa e trabalhar com aquilo. Hoje falaremos de: medicamento, momento de internação, alucinação e delírio, agressividade... não teve resultado com esse tipo de palestra. Enquanto o grupo falava os assuntos que lhes interessavam percebia-se um crescimento maior do grupo, um alívio nas expressões e no sofrimento. Deste modo, o grupo tornou-se de apoio, pois esta era a demanda dos familiares. Pode ser que muito do tratamento dos usuários não são discutidos conforme gostaríamos aos familiares, mas esta não é a questão. Eles necessitam falar, ouvir, se apoiar, então é isso que proporcionamos. Quando conseguimos uma brecha, falamos sobre os assuntos que também interessam aos profissionais... e assim eles vão crescendo e ajudando os usuários de um modo natural.” (P1)

Camatta e Schneider (2009), propõem que a família está pouco preparada para manter o familiar fora dos hospitais psiquiátricos, devido ao aumento de responsabilidade no tratamento que muitas vezes é desconhecido pela família. Deste modo, as intervenções terapêuticas dos profissionais que atendem os usuários, devem considerar esta realidade, reconhecendo e acolhendo o sofrimento da família e do usuário antes de mais nada.

Focando na experiência dos próprios profissionais envolvidos, nota-se que o trabalho realizado com a família, auxilia no não adoecimento dos próprios cuidadores, pois são as demandas deles que são sanadas. Deste modo, quando os familiares sentem-se bem, e sabem como agir diante de tais situações proporcionadas pelo transtorno mental, torna-se mais hábil a intervenção do tratamento e das dicas que aprendem no CAPS, durante as discussões de grupo.

Deve-se levar em consideração que o adoecer em família abala seu funcionamento, e seus integrantes, muitas vezes sentem-se despreparados para lidar com a situação de sofrimento psíquico de um de seus membros, sentindo-se, portanto, incapacitados de realizar qualquer tipo de intervenção. Ainda, a estratégia utilizada para ajudar os familiares na intervenção e na gestão da vida cotidiana dos usuários alivia o peso dos encargos, facilita o processo de cooperação, diminui fatores estressantes, suprime situações de crise, estimula possibilidades participativas, melhorando a qualidade de vida para todas as pessoas envolvidas. (BIELEMANN, ET AL; p. 135, 2009)

O grupo auxilia os cuidadores a lidar com as demandas que lhes geram sofrimento, isso pode ou não envolver especificamente o método de tratamento dos usuários. Apesar disso, os profissionais vêem este tratamento com a família como benéfico para os próprios usuários, mesmo não participando dos grupos familiares:

“Geralmente, a família vem sozinha para o grupo. Não regramos que os usuários não podem participar porque muitas vezes eles não tem com quem deixar em casa, mas a própria família prefere ir sozinha para poder falar abertamente. Eu vejo uma mudança muito grande no tratamento do usuário quando a família faz parte do grupo. Muitas famílias não participam dos grupos e nem do tratamento do usuário, não mantendo contato conosco. A diferença entre os dois tratamentos é muito grande. A família que se preocupa e participa dos grupos sabe como agir, o que fazer e como tratar o familiar. Eles começam a ter uma visão diferente do que é transtorno mental e do seu papel diante deles.” (P3)

“Vejo que os usuários que são acompanhados pela família, seja através dos grupos ou quando vem até o CAPS, tem uma disposição muito maior para aderir ao tratamento, pois a própria família enfatiza isso para eles. Todos os seres humanos gostam de atenção e carinho, quando percebem isso dos familiares ou das pessoas que amamos, temos mais energia para realizar as atividades, além da maior confiança que depositam em nós quando percebem que a família também está apoiando o CAPS.” (P1)

Para Grandi e Waidmann (p. 02, 2011) a família ficou, durante muito tempo, à margem do tratamento, criando assim, sua própria forma de cuidar do doente mental. Neste sentido, a família é tido então como “fundamental na manutenção da pessoa com transtorno mental fora da instituição psiquiátrica, mas para isso é necessário que os profissionais dêem auxílio para ela suportar as dificuldades encontradas no dia-a-dia.”

Mesmo em um processo simples, semanal, como ocorrem os grupos no CAPS em questão, os discursos voltam-se a um benefício individual, familiar e grupal, pois três demandas são atendidas, tanto do familiar, quanto do usuário e dos profissionais. Alguns profissionais visualizam outros trabalhos com a família, mas vêem empecilhos para aplicação dos mesmos, conforme descrição abaixo:

“Outros trabalhos seriam importantes, como grupos com os usuários e famílias, atendimentos individuais com a família, palestras e discussões com a sociedade...enfim... outros trabalhos que exigem recursos, os mesmos que são baixos. Não dispomos de

profissionais o suficiente para atender toda essa demanda, além da baixa carga horária de alguns que dificulta o próprio atendimento com o usuário, quem dirá com os familiares. No grupo, participam os profissionais que desejam e os que tem tempo para realizar, pois demanda de horários além do comercial. Se o intuito do governo é atender com mais especificidade a família além do usuário, muito terá que mudar dentro do número dos profissionais e dos recursos que dispomos.” (P2)

Deste mesmo modo, Camatta e Schneider (p. 4, 2009) consideram a família parte fundamental do apoio, sendo que atitudes simples podem auxiliar no tratamento:

A inserção da família em CAPS pode ser efetivada por meio de diversas estratégias, tais como atendimento individual, grupo de família, busca ativa, visita domiciliar e oficinas terapêuticas, pois, esse convívio e parceria, oportuniza o surgimento do vínculo entre equipe e família para a construção de caminhos menos sofridos e estigmatizados da vivência do sofrimento psíquico. Por meio de simples estratégias junto aos familiares seria possível promover uma escuta qualificada das suas necessidades e dificuldades, e ao mesmo tempo, possibilitaria o manejo, pela equipe, de determinadas situações em que os serviços comunitários de saúde mental enfrentam cotidianamente.

Apesar dessas dificuldades, os profissionais percebem que o trabalho que realizam já atende a demanda básica, auxiliando tanto usuário quanto família:

“Sei que muito poderia mudar e ajudar na reinserção dos usuários com o apoio da família, mas o trabalho que realizamos no CAPS já auxilia no que mais precisamos: aproximar família e usuário o máximo possível para que o usuário perceba sua importância na família e para que os familiares percebam que apesar do transtorno, o usuário deve ser tratado como qualquer indivíduo.” (P3)

De um modo geral, o CAPS em questão, criou focos para atender demandas mais importantes, analisando tanto família quanto usuário. Conforme exercem a ação nos grupos, atendem as próprias necessidades, o que, apesar de apontar muitas outras formas de tratamento, é esta a que, de baixos recursos, mais auxilia no tratamento dos usuários.

O objetivo principal é apoiar a família para que, além da prevenção do adoecimento familiar, ocorra maior adesão do tratamento por parte dos usuários, que dispõem no ambiente familiar uma continuação nos modelos básicos do tratamento, como atendimento das necessidades básicas, continuidade na medicação adequada, apoio e afeto e reinserção gradual à socialização. Visto que este objetivo está sendo efetivado, o grupo de apoio exprime sua importância social. O grupo fortalecido auxilia familiar, paciente e profissional, estabilizando e dando suporte emocional para enfrentar os obstáculos emparelhados na sociedade em geral.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu conhecer melhor a realidade da Saúde Mental, no sentido de que, apesar da participação da família estar prevista na reforma psiquiátrica, a mesma é de difícil incorporação efetiva no tratamento. No CAPS em questão, realiza-se comunicação com a família por meio de grupos de apoio e emergencialmente no contato domiciliar quando se faz necessário. Apesar disso, os empecilhos para melhora do atendimento desta demanda se fazem presente, o que estagna o processo.

Algumas dificuldades se fizeram presentes, como a indisponibilidade de alguns profissionais para responder a entrevista. O objetivo inicial do projeto de estudo também era observar e aplicar um novo modelo de grupo familiar, porém este foi invalidado devido ao trabalho já realizado e a experiência dos profissionais entrevistados apontarem para dificuldades, tanto de interesse familiar quanto dos recursos profissionais. O grupo modelo englobaria diversos tipos de palestras explicativas promovidas pelos profissionais já inseridos no CAPS (psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, artesãos e enfermeiros), porém, diversos motivos barram este tipo de grupo, desde o interesse familiar, pois estes grupos tornam-se maçantes nos assuntos abordados, até o baixo recurso financeiro e profissional, pois o CAPS em questão não engloba todos esses profissionais, e alguns atuam com poucas horas semanais.

Apesar dos próprios profissionais do CAPS em questão, revelarem a tentativa de manter um grupo neste modelo, perceberam que a família necessitava do suprimento de outras demandas mais básicas, como conforto e apoio. Deste modo, os profissionais conseguiram englobar dicas do tratamento e as responsabilidades dos cuidadores e familiares no mesmo grupo em que ouviam e apoiavam os mesmos.

Apesar da mudança de estratégia de pesquisa, os objetivos atingiram-se, pois, percebe-se que a família é parte primordial no tratamento de usuários do CAPS. Sem o acompanhamento da família, o tratamento fica defasado e pouco eficaz devido a dificuldade de manter o processo correto, como conservar a administração medicamentosa, reinserção gradual de socialização interpessoal e igualdade no relacionamento afetivo com os indivíduos.

Muito há que se mudar ainda no campo da Saúde Mental em relação ao atendimento familiar, porém o CAPS em questão deu razão inicialmente a demanda das famílias, acolhendo e promovendo prevenção do próprio adoecimento familiar, o que

muito auxilia no tratamento do usuário, pois o sofrimento psíquico não individualiza-se apenas ao indivíduo com transtorno mental, mas também aos cuidadores e pessoas próximas. Existe sim uma sobrecarga física e emocional nestes cuidadores, os mesmos que não devem ser esquecidos como indivíduos com outros sentimentos e fragilidades. Deste modo, percebeu-se que a equipe profissional, que atende a família e os usuários, deve ter como objetivo principal o atendimento a família como suporte emocional para ela e não apenas como intervenção terapêutica na orientação de como proceder ao tratamento do usuário.

7 REFERÊNCIAS

BIELEMANN, VLM; et al. *A Inserção da Família nos Centros de Atenção Psicossocial Sob a Ótica de seus Atores Sociais*. In: Texto Contexto Enfermagem. p. 131 à 139. Janeiro de 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a16.pdf>>. Acesso em: 20 de fev. 2013.

BOCK, Ana Mercês Bahia; FURTADO, Odair; TEIXEIRA, Maria de Lurdes Trassi. *Psicologias: uma introdução ao estudo da Psicologia*. 14 ed. São Paulo: 2008.

CAMATTA, Márcio Wagner; SCHNEIDER, Jacó Fernando. *Centro de Atenção Psicossocial: o olhar da família sobre o trabalho da equipe de saúde mental*. 2009. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/17123/000690857.pdf?sequence=1>> Acesso em: 13 jan. 2013

CARDOSO, Cassandra. SEMINOTTI, Nédio. *O grupo Psicoterapêutico no CAPS*. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232006000300025&script=sci_arttext> Acesso em: 21 set. 2011.

CID – 10. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento: Descrições Clínica e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed, 1993.

DSM – IV. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FOUCAULT, Michel. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

GRANDI, Ana Lúcia de; WAIDMANN, Maria Angélica Pagliarini. *Convivência e rotina da Família Atendida em CAPS*. 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/18321/pdf>> Acesso em: 12 jan. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas*. 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2012.

NAVARI, Vanessa. HIRDES, Alice. *A Família Do Portador De Transtorno Mental: Identificando Recursos Adaptativos*. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/08.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2011.

NICHOLS, Michael P.; SCHWARTZ, Richard C. *Terapia Familiar: Conceitos e Métodos*. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

RODER, Volker; et all. *Terapia Integrada da Esquizofrenia*. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

SHAZER, Steve de. *Terapia Familiar Breve*. São Paulo: Summus, 1986.

TEIXEIRA, Marina Borges. *Qualidade de vida de familiares cuidadores do doente esquizofrênico*. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a08.pdf>> Acesso em: 21 set. 2011.