

PROCESSOS FAMILIARES NO CONTEXTO DO TRANSTORNO MENTAL: UM ESTUDO SOBRE AS FORÇAS DA FAMÍLIA¹

Andrea Basilio Dias*
Mara Regina Santos da Silva**

RESUMO

Este estudo objetivou identificar as forças que capacitam as famílias das pessoas com transtorno mental a lidar positivamente com as exigências impostas pela convivência diária com esse transtorno. Ele consistiu em uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, desenvolvida com seis famílias usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Os dados das famílias foram coletados entre dezembro de 2009 e abril de 2010, por meio 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, chegou-se às seguintes conclusões: a força da família se manifesta no microcontexto e em outros ambientes nos quais ela 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.

INTRODUÇÃO

O modelo de atenção ao portador de 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 a garantia de respeito aos seus direitos e individualidades⁽¹⁾. Não obstante, certas patologias que, principalmente na fase aguda, demandam monitoramento diário - 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 manter-se unidas pelo afeto, de ser flexíveis no que tange aos papéis desempenhados por seus membros e de ajudar-se 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, de maneira que se lhes torna possível manter-se inseridas em atividades comunitárias e solicitar ajuda caso se sintam 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 no cotidiano da vida⁽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,

¹ Artigo derivado de Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

* Enfermeira. Mestre em Enfermagem. E-mail: anbadi@gmail.com

** Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG. E-mail: marare@brturbo.com.br

que são transformadas 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, entre 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 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, considera-se como 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 se deve ao fato de que a coexistência propicia às pessoas o aprendizado necessário para a convivência em família e, com isso, o aumento progressivo do conhecimento das suas necessidades e 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 de que os profissionais de saúde são capazes de potencializar essas forças, 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-as no resgate da sua autonomia e na percepção dos seus apoios para que possam assumir o cuidado ao seu familiar⁽⁹⁾. Do mesmo modo, pela identificação das forças a enfermagem é capaz de potencializar ou desvelar competências nas famílias de pessoas com transtorno mental que tenham dificuldades em lidar com os problemas cotidianos, capacitando-as a mobilizar os recursos que lhes possibilitam enfrentar com mais efetividade as exigências decorrentes do contexto. Nesta perspectiva, este estudo tem o objetivo de identificar as forças que capacitam as famílias das pessoas com transtorno mental a lidar positivamente com as exigências impostas pela convivência diária com o transtorno mental.

METODOLOGIA

O presente estudo é qualitativo, descritivo e exploratório e foi desenvolvido com cinco famílias vinculadas a um (Centro de Atenção Psicossocial II) CAPS II localizado em um município do Extremo Sul do Brasil. As famílias 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 por meio de uma codificação representada pela letra "F" seguida da numeração de 1 a 6 (F1 ... F6). Pela mesma razão, os membros que forneceram os dados ao responder às 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 à 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 semiestruturadas, as quais foram 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-se 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, pelo Parecer N.º 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 pela 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 condições impostas pela convivência diária com o referido transtorno, a saber 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 oportunizam aos membros da família (re)conhecer-se e (re)descobrir afinidades, e assim estabelecer uma relação de confiança mútua capaz de 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 das pessoas. A qualidade do tempo compartilhado, que depende do nível de comprometimento das pessoas na atividade desenvolvida e do modo como se dá a comunicação entre elas, determina 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 demonstram 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 estressam (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, e assim se tornam 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 frequentam, ou em outras ocasiões do 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, como o

distanciamento dos demais membros da família (MF2 foi adotada e o contato com sua família biológica é esporádico) e a confrontação diária com os sintomas do transtorno mental em PF2 e a depressão de FF2, que dificultam suas interações fora do microcontexto familiar. Corroborando tal afirmativa, alguns autores indicam que o tempo compartilhado em família pode fortalecer a sensação de estabilidade diante das 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 os membros da família, principalmente quando existe um deles sofre transtorno mental⁽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 à importância que é dada às 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 a 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 podem estimular a reinserção familiar da pessoa com transtorno mental, principalmente 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 se refere 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 pela preocupação com as necessidades do membro da família que se mostra mais frágil e pela renúncia das pessoas às 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 que na F6 essa afetividade não está relacionada somente à preocupação e ao sacrifício, mas que 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 ao aumento de confiança no próprio desempenho das pessoas que a recebem e que o afeto que lhe seja oferecido é essencial para que a pessoa com transtorno mental consiga ter a segurança para interagir em outros ambientes, no caminho de sua reinserção social⁽¹⁵⁾. Como reforço dessa 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 que propicie a tranquilidade de que ela necessita para 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 isso ao observarem as reações de PF3 e PF5 nessas situações, e ao longo do tempo descobriram as 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 tenha tido origem no CAPS, com os profissionais, mas sim, que ele 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,

devendo 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. Essas interações são estabelecidas entre a família de pessoas com transtorno mental e os outros ambientes nos quais ela transita, e podem desencadear e manter os processos que lhe são necessários para enfrentar positivamente as exigências do seu cotidiano e levar à 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 tábua 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 e ao compromisso e suporte mútuo diante das 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 presta apoio material. 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 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 consanguíneos, 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 está vinculada à sua participação em atividades religiosas, as quais ela 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 por proporcionar às pessoas uma oportunidade de interação, com contato sistemático, vínculos de amizade e pertencimento. Ela poderá amenizar o sofrimento com o qual o portador de transtorno mental convive diariamente, diminuindo a ansiedade e a depressão, quando existem, e permitindo que ele enfrente 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 das 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 têm acesso ao suporte profissional para dar conta da medicação e dos momentos de crise do familiar doente e a informações 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, que substitua o sistema manicomial e ofereça assistência à 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 e 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.

Neste 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 recentemente havia internado seu familiar doente no hospital psiquiátrico. As demais vinham mantendo seus familiares sem internação desde pelo menos cinco anos, período em que foram amparados pelos profissionais do CAPS; todas as pessoas com transtorno mental pertencentes a esse estudo frequentam 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 a tendência dos usuários do CAPS de reduzir as internações em hospitais psiquiátricos. No mesmo estudo, foi aferido que usuários frequentadores do serviço desde menos de um ano estavam, em média, a 48 meses da última internação; os que estavam frequentando pelo período entre 1 e 2,9 anos tiveram sua última internação 66 meses antes, e para os que eram atendidos há três anos ou mais, o tempo médio de internação fora 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 elas interagem. Constata-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, como o CAPS e a Igreja.

Neste 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 das equipes de saúde em garantir o cuidado necessário à pessoa com transtorno mental na família 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 relação 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.

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

ABSTRACT

This study aimed at identifying forces that enable families who have a mentally disordered person at home to positively deal with the demands imposed by the disorder on the daily life. This is a qualitative, descriptive and exploratory research developed with six families who commonly go to a Center of Psychosocial Care (CAP). Data was collected between December/2009 and April/2010 through semi-structured interviews. The results showed as the family strength: 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 strength which is 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 who are closer to the families.

Key words: Family. Mental Health. Family Relations. Family Health. Nursing.

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

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo identificar las fuerzas que capacitan a las familias de las personas con trastorno

mental a lidar positivamente con las exigencias impuestas por la convivencia diaria con ese trastorno. Se trata de una investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria, desarrollada con seis familias usuarias de un Centro de Atención Psicosocial. Los datos fueron recogidos entre diciembre de 2009 y abril de 2010, a través de entrevista semiestructurada. Los resultados apuntaron 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 en esos resultados, se concluye que: la fuerza de la familia se manifiesta en el microcontexto y en otros ambientes en los cuales la familia interactúa; ella posee potencialidades que, al ser movilizada, la torna competente 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.

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): 270-7.
3. De Frain J, Asay SM. Family strengths and challenges in the USA. *Marriage Fam Rev*, 2007; 41:281-307.
4. Otto HA. What is a strong family? *Marriage fam. liv.*, 1962; 24:77-81.
5. Otto HA. Criteria for assessing family strength. *Fam. proc.*, 1963;2(2): 329-38.
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):42-7.
7. Mello R. A construção do cuidado à família e a consolidação da reforma psiquiátrica. *Rev. 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. *Cienc. cuid. saúde*, 2006; 5:107-12.
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):680-8.
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): 92-9.
14. Koga M, Furegato AR. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. *Cienc. cuid. saúde*, 2002;1(1): 75-9.
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. *Cienc. cuid. saúde*, 2004; 3(2):161-8.
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):566-72.
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): 807-15.

Endereço para correspondência: Andrea Basilio Dias. Rua Darci Adam, 54, CEP 96020-420, Pelotas, Rio Grande do Sul.

Data de recebimento: 11/08/2010

Data de aprovação: 11/11/2010