

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SDNEI GOMES DOS SANTOS

**GRUPO DE FAMÍLIA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) II:
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SDNEI GOMES DOS SANTOS

**GRUPO DE FAMÍLIA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS II):
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

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

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Aparecida Frari Galera

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **GRUPO DE FAMÍLIA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS II): RELATO DE EXPERIÊNCIA** de autoria do aluno **SDNEI GOMES DOS SANTOS** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

Profa. Dra. Sueli Galera
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os familiares que seguem sua caminhada cuidando de seus entes queridos portadores de transtorno mental, com humanização, paciência, acolhimento e amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me concedido sabedoria para a conclusão de mais um curso de especialização, ao colega Enfº Leonardo Triacca que me enviou o edital da seleção do curso, onde, sem essa informação não teria ficado sabendo do mesmo e muito menos sido selecionado. Agradeço também a todos os professores da UFSC que estiveram nos encontros presenciais mediando e compartilhando conhecimentos, além da tutora Zannis Andrade pela mediação, esclarecimento de dúvidas e bela condução da tutoria durante o curso.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	04
3 MÉTODO.....	08
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	10
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
REFERÊNCIAS.....	17

RESUMO

O presente estudo relata minha experiência de participação de um grupo de família realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II. ao ser considerada a necessidade de suporte à família pelo sofrimento existente ao conviver e cuidar do portador de transtorno mental. Tem como objetivo: é relatar a experiência do trabalho realizado em um grupo de família realizado em CAPS II. Possui como objetivos específicos: Analisar como o grupo de família auxilia os familiares na redução da carga de sofrimento que carregam consigo; Refletir como o grupo de família reforça o compromisso da mesma na continuidade do cuidado com o usuário no seio familiar; Compreender os benefícios que o grupo de família proporciona na redução do sofrimento da mesma; Destacar a importância do atendimento em grupo no apoio emocional aos familiares. O método utilizado foi baseado na tecnologia da concepção, sendo assim o grupo de família considerado o plano de ação desenvolvido frente à necessidade de atenção existente das famílias de portadores de transtorno mental acompanhados pelo CAPS. Percebe-se que o trabalho com grupo de familiares foi positivo no sentido de redução da carga de sofrimento que os mesmos carregam durante a sua vida, nas tensões, angústias, stress, medos, dificuldades, proporcionou entendimento da doença mental, melhor interação com seu ente querido, sendo assim essa modalidade de tratamento considerada como alternativa terapêutica de grande valia em saúde mental.

1 INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços centrais no atendimento aos portadores de transtornos mentais, pois estimulam sua integração social e familiar, apoiando nas suas iniciativas de busca da autonomia, oferecendo-lhes atendimento médico, psicológico, de enfermagem, terapia ocupacional, suporte social, entre outros. O CAPS tem por objetivo buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. (BRASIL, 2004, p. 09).

Além do cuidado para com os usuários portadores de transtorno mental, por reconhecer que as famílias são importantes na continuidade do cuidado dos portadores de transtorno mental cotidianamente a política de saúde mental propõe que os CAPS cuidem também das famílias.

Para Melman (2002), a presença de uma pessoa com transtorno mental produz um impacto nos outros membros da família, uma vez que, os familiares ficam sobrecarregados por duplas demandas que envolvem a função de acompanhar seus membros adoecidos e cuidar deles. Essa sobrecarga familiar é sentida não somente nos aspectos emocional e físico, mas também economicamente. Geralmente, os portadores de transtornos mentais possuem grandes dificuldades para produção econômica, sendo assim dependentes da família. É custoso manter uma pessoa nesta situação, além do cuidador ver limitado seu acesso ao mercado de trabalho, devido às restrições de horários disponíveis.

O familiar vai se desgastando pela convivência com a pessoa portadora de transtorno mental, acarretando sobrecarga física e emocional, privando-se da sua própria vida para poder prestar um cuidado adequado. O comportamento imprevisível da pessoa debilita as expectativas sociais e origina incertezas e dificuldades no grupo familiar e na sociedade. (NAVARINI e HIRDES, 2008, p.683).

Colvero, Ide e Rolim (2004), pensam que o sentido da parceria do serviço de saúde com a família está orientado para a ação de cuidar deste familiar; existindo assim a inclusão deste sujeito como alguém que tem muito a dizer, principalmente quanto a seu próprio sofrimento psíquico e o quanto este interfere em sua vida.

Em estudo que buscou investigar dinâmica familiar de núcleos familiares que possu² portador de transtorno mental em sua residência, Albuquerque et al (1997), conclui seus resultados de forma parcial que a doença mental é considerada uma doença difícil, penosa para quem a vivencia, não menos árdua para a família.

Pegoraro e Caldana, (2008, p. 304), “ ao analisarem o sofrimento psíquico de familiares de usuários de um caps verificaram que algumas situações de sofrimento psíquico presente nos familiares, e relatadas pelos cuidadores, teriam sido desencadeadas pela sobrecarga gerada pelo apoio no cuidado prestado ao usuário do caps.”

Koga, 1997 *apud* Pereira e Jr (2003, p. 94), estudando os problemas presentes no convívio da família com o doente mental, foram encontrados três tipos de sobrecarga impostas às famílias: financeira, física e emocional, identificando ainda alterações nas atividades de lazer e sociabilidade.

Zanus, 1993 *apud* Pereira e Jr (2003, p. 94), identificou e classificou em seu estudo os encargos familiares em dois tipos: objetivos e subjetivos. Os encargos objetivos compreendem: tempo utilizado para a assistência, redução das relações sociais e do tempo livre, dificuldade econômica, dificuldade quanto ao trabalho. Já os encargos subjetivos comportam: o desenvolvimento de sintomas de ansiedade, efeitos psicossomáticos, sentimentos de culpa, de vergonha, de desorientação quanto às informações sobre os distúrbios mentais e isolamento social.

É importante a atenção voltada para o portador de transtorno mental, mas também é relevante que a família esteja inserida no processo. Para que seja parceira do serviço, ela precisa de ser cuidada, necessita de alguém para escutá-la, acolhê-la e orientá-la. (PIMENTA e ROMAGNOLI, 2008, p. 83).

Sommer, 1990, *apud* Santos (2011, p. 78), expõe problemas relacionados à falta de preparo em nível de suporte assistencial, enfrentados pelas famílias ao ter que assumirem o cuidado doméstico para com o portador de transtorno mental, fato que faz com que as mesmas tenham demandas assistenciais justamente por não terem habilidade para a tarefa que em seu íntimo é muito complexa.

Consoante Borba, Schwartz e Kantorski (2008, p. 590), “no contexto do sofrimento psíquico, cuidar torna-se tarefa por vezes difícil, seja pela falta de apoio e comprometimento dos demais membros da família, seja pelas demandas do familiar doente.”

Amaral e Durman (2004), entendem que deve-se haver uma preocupação por parte dos serviços de saúde mental com o atendimento da família, pois ela é a formadora do sistema social onde as fases do crescimento e desenvolvimento humano evoluem.

De acordo com Brasil (2004), dentre as atividades terapêuticas oferecidas pelos CAPS estão os atendimentos direcionados aos familiares que podem ser: atendimentos individuais,

visitas domiciliares, atividades de ensino e atividades de lazer, sendo importante destacar os atendimentos de núcleos e a grupo de familiares. Além dessas atividades o autor supracitado diz que as famílias podem participar de assembleias ou reuniões de organização do serviço, onde há a discussão entre técnicos, usuários, familiares e demais pessoas sobre funcionamento, qualidade do atendimento, atividades e organização do mesmo.

O autor acima ainda afirma que “Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica.” Sendo assim, a partir de uma reflexão, podemos inferir que além das mudanças na forma de cuidado, inserção social, incentivo à economia solidária, acolhimento, humanização, garantia de direitos, redução de estigmas, mudanças na forma de atendimento e tratamento dos usuários com transtorno mental, entre outros, podemos entender que a reforma psiquiátrica compreende um processo de mudanças que englobam também a família, referentes à sua importância no tratamento do ente querido, parceria para a continuidade deste, inserção social dela, bem como seu tratamento.

Conforme Júnior e cols (1987), as terapias grupais podem ser boas indicações terapêuticas, pelo fato de atenderem a necessidade dos envolvidos de modo mais adequado e com eficácia, quando comparado a outras modalidades de atenção como: medicamentosa, ou psicoterapias individuais.

A importância da família na reabilitação psicossocial do usuário do serviço de saúde mental, em especial o Centro de Atenção Psicossocial, é fundamental, justamente pela mesma constituir-se como unidade responsável pela continuidade do cuidado e acolhimento prestado pelo serviço de saúde mental.

Considerando a necessidade de inserção da família no tratamento, apoio e responsabilização da mesma, faz-se necessário que sejam realizadas atividades de abrangência e cuidado, pois se ela não for cuidada, certamente estará fragilizada para dar continuidade às ações que devem ser desenvolvidas em domicílio e assim não manterão a continuidade de uma reabilitação que é realizada em primeiro plano pelo serviço ao usuário, aumentando assim seu desgaste emocional e sofrimento.

O grupo de familiares é um espaço para reflexão sobre a experiência de cuidar, tirar dúvidas, compartilhar aprendizados e vivências.

Diante do exposto, tem-se como questão norteadora deste estudo: qual a importância do atendimento à família nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)?

O objetivo desse estudo é relatar minha experiência como participante de um Grupo de Familiares, realizado em CAPS II. Os objetivos específicos compreendem: Analisar como o Grupo de Família auxilia os familiares na redução da carga de sofrimento que carregam consigo; Refletir como o grupo de família reforça o compromisso da mesma na continuidade do cuidado com o usuário no seio familiar; Compreender os benefícios que o grupo de família proporciona na redução do sofrimento da mesma; Destacar a importância do atendimento em grupo no apoio emocional aos familiares;

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 FAMÍLIA

Para Carvalho (2012), a família constitui um grupo social primário que possui a capacidade de influenciar e ser influenciada por outras instituições. É um conjunto de pessoas ou grupos domésticos ligados por descendência a partir de um ancestral comum, por matrimônio ou adoção.

A autora supracitada, afirma que no Brasil, o conceito permanece a partir da ética cristã como pessoas unidas através de laços afetivos, por relações estabelecidas, pela formação de vínculos, com apoio mútuo. Considera ainda como um sistema de muita complexidade, destacando os seguintes pontos:

- Cada formação é única, havendo diferença em tamanho, elementos constituintes, valores⁵ etc;
- É um sistema altamente interativo, pois o que ocorre com um de seus membros influencia os demais;
- Passa por vários estágios de desenvolvimento, com grandes transformações;
- Traz alta expectativa de desempenho em atividades, mas, em contrapartida, sentimentos de dúvida quanto à capacidade de produção de seus membros;
- Está inserida em uma unidade social maior, sofrendo o impacto de sociopatologias, como guerras, recessões econômicas, entre outras;

2.2 MODALIDADES GRUPAIS

É interessante antes de abordarmos sobre os vários tipos de grupo, termos a noção do conceito propriamente dito. Para Zimerman (2000, p. 83-84) para a caracterização de um grupo as seguintes condições básicas devem ser preenchidas:

- ✓ Um grupo não é um mero somatório de indivíduos, pelo contrário, se constitui como uma nova entidade, com leis e mecanismos próprios e específicos. Podemos dizer que assim como todo indivíduo se comporta como um grupo (de personagens internos), da mesma forma todo grupo se comporta como se fosse uma individualidade.
- ✓ Todos os integrantes de um grupo estão reunidos em torno de uma tarefa ou objetivo comum.
- ✓ O tamanho do grupo não pode exceder o limite que ponha em risco a indispensável preservação da comunicação, tanto a visual como a auditiva, a verbal e a conceitual.
- ✓ Deve haver a instituição de um enquadre (setting) e o cumprimento das combinações dele feitas. Assim, além de ter os objetivos claramente definidos, o grupo deve levar em conta uma estabilidade de espaço (local das reuniões), de tempo (horários, férias, etc), algumas regras e outras variáveis equivalentes que delimitam e normatizam a atividade grupal proposta.
- ✓ Grupo é uma unidade que se manifesta como uma totalidade, de modo que, tão importante como o fato de se organizar a serviço de seus membros, é também a recíproca disso. Para um melhor entendimento dessa característica, cabe a analogia em relação às peças separadas de um quebra-cabeças, e deste como o todo a ser armado.
- ✓ É inerente a conceituação de grupo a existência entre seus membros de uma interação afetiva, a qual costuma ser de natureza múltipla de variada.
- ✓ É inevitável a formação de um campo grupal dinâmico, em que gravitam, fantasias, ansiedades, identificações, papéis etc.

O autor supracitado, aborda em sua obra sobre as diversas modalidades grupais. Na p. 89 afirma: “ é tão largo o leque de aplicações das atividades grupais que poderíamos nomeá-las seguindo a trilha quase completa do abecedário”. Exemplifica a título de ilustração que 6 atividades grupais podem ser aplicadas de diversas formas:

- A: analítico; autoajuda; adolescentes; alcoolistas...- B: Balint; borerline; bioenergético...
 - C: capacitação; casais; crianças... - D: dramatização; discussão; diagnóstico... - E: ensino-aprendizagem; egressos...- F: formação; família...- G: gestáltico; gestantes...- H: homogêneo; holístico...- I: integração; institucional; idosos...- L: livre; laboratório (de relações humanas)...- M: maratona...- N: numeroso (refere-se ao grande número de participantes)... - O: operativo; orientação; organizacional; obesos...- P: psicodrama; psicossomático...- Q: questionamento...- R: reflexão; reabilitação.

Não iremos descrever características de todas essas formas de aplicação de grupos, pois deixaria o trabalho muito extenso. Vamos realizar uma singela abordagem sobre o trabalho em grupo com famílias, pois este é o foco do nosso estudo, além do relato de experiência.

Zimerman (2000) também estabelece uma classificação dos grupos conforme sua finalidade e propósito, dividindo-os assim em: operativos e terapêuticos.

Expõe que é imensa a aplicação das determinações dos grupos operativos, que muitos estudiosos preferem considerá-los uma reunião de todos os demais grupos, incluindo assim os terapêuticos. Já estes, são definidos pelo autor como merecendo destaque pela sua eficiência, largo âmbito de áreas beneficiadas e incrível expansão. Aponta que nos Estados Unidos no campo da saúde mental, encontra-se em pleno andamento mais de 800 programas oficiais com base no tipo de aplicação grupal terapêutica.

Explana ainda que a terapia de família vem alcançando expansão considerável no trabalho com grupos, destacando que a mesma deve estar baseada na teoria sistêmica, partindo do pressuposto de que um sistema se comporta como um conjunto integrado, onde qualquer modificação de um dos elementos necessariamente irá afetar o sistema como um todo. Essa linha de pensamento, conforme o autor deve ser utilizada para o entendimento das relações familiares e consequentemente atuação em grupo de família.

2.3 GRUPO X FAMÍLIA X SOFRIMENTO

“Todo grupo se propõe explícita ou implicitamente a uma tarefa, que constitui o seu objetivo ou a sua finalidade.” (CARVALHO et al, 2012, p. 250).

Para Carvalho (2012), existem um conjunto de exigências que organiza a interação entre os membros familiares, sendo assim vista como um sistema que funciona através de padrões⁷ transacionais.

A Reforma Psiquiátrica trouxe inúmeros desafios aos profissionais de saúde mental, sendo um deles a inclusão da família na continuidade do tratamento, bem como a sua inserção na demanda de cuidados (CARVALHO, 2012, p. 265).

Para Borba, Schwartz e Kantorski, 2008 *apud* Carvalho (2012, p. 265), o processo de desinstitucionalização é válido quando a assistência prestada também compreende à família.

Grando, 2005 *apud* Carvalho (2012, p. 266), afirma que famílias possuidoras de um membro acometido pela doença mental, com frequência, tendem a se adaptar com a presença da patologia, restringindo-se muitas vezes da participação de eventos na sociedade, justamente pelo preconceito, mudando hábitos e rotinas no relacionamento familiar e aumentando a atenção destinada ao portador de transtorno mental.

Já Pereira e Pereira Jr, 2003 *apud* Carvalho (2012, p. 267), expõe que a convivência com o portador de transtorno mental impõe aos seus familiares experimentarem e vivenciarem sentimentos e emoções, que consciente e inconscientemente, são complicados de elaborar e entender.

Conforme Navarini e Hirdes, 2008, *apud* Carvalho (2012, p. 268), a experiência de ter um membro na família com doença mental exige a mobilização de todos no seu dia a dia, devido a ausência de colaboração do enfermo no cotidiano da família. Assim, há um desgaste de cada membro com a convivência, o que acarreta sobrecarga física e emocional, com privação de suas próprias vidas. A imprevisibilidade ligada ao comportamento do portador de transtorno faz com que as expectativas sociais sejam frustradas e criem incertezas e dificuldades no grupo familiar e na sociedade.

3 MÉTODO

A intervenção realizada utilizou como alicerce a tecnologia da concepção, sendo assim o grupo de família considerado o plano de ação desenvolvido frente à necessidade de atenção existente das famílias.

O estudo foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) modalidade II, que é responsável por pelo acolhimento e oferecimento de assistência a portadores de transtornos mentais severos e persistentes, funciona em período diurno e têm suas atividades organizadas em atendimentos individuais, em grupo, oficinas, eventos internos e externos, passeios, visitas domiciliares, assembleias com portadores de transtorno mental e familiares.

A estrutura física do serviço era montada em uma residência que contava com: uma área externa coberta (que funcionava como refeitório para os portadores de transtorno, local para realização de oficinas, dinâmicas e grupos), uma sala interna (onde funcionava a recepção), dois quartos (onde funcionavam a sala para atendimento individual e triagem em um e sala da equipe multiprofissional em outro), um escritório (onde funcionava sala da coordenação administrativa e técnica), três banheiros internos (um masculino e outro feminino utilizados pelos profissionais e outro feminino utilizado pelas portadoras de transtorno) uma cozinha (onde eram preparados os alimentos aos portadores de transtorno), um refeitório (para os profissionais), uma quadra poliesportiva (local de realização de atividades físicas, dinâmicas, oficinas...), dois quartos externos (onde funcionava o posto de enfermagem em um e no outro o dormitório para os portadores, com duas beliches que comportavam três colchões sobrepostos cada; e diversos colchões separados), um banheiro externo (para portadores de transtorno mental do sexo masculino) outro quarto externo (utilizado como depósito de materiais diversos) e uma pequena área além da quadra poliesportiva, arborizada, onde os usuários repousavam após o almoço com colchões individuais, pelo fato de não haver espaço suficiente no dormitório, que cabia apenas seis pessoas e ainda pelo fato do clima da cidade ser muito quente e o pequeno dormitório ser abafado.

Os sujeitos-alvo da pesquisa foram familiares de portadores de transtornos mentais que faziam acompanhamento no serviço.

O período de realização do grupo de família foi de maio de 2011 à dezembro de 2012. Esse grupo foi iniciado por antigos profissionais que passaram pelo serviço, após a implantação

do mesmo no ano de 2005. Após o ano de 2010, período em que o serviço mudou de endereço, deixou de ser realizado. Com vistas ao que é explanado no Manual do CAPS do Ministério da Saúde (2004), no ano de 2011 o autor do presente trabalho em reunião com a equipe de trabalho, decidiu que o grupo voltaria a ser realizado. Essa decisão não foi tomada por motivos vagos e sim pela necessidade percebida que os familiares possuíam, pelas excessivas queixas expressadas pessoalmente quando procuravam o serviço ou por contato telefônico.

Após discussão com os diversos profissionais que compunham o serviço (enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, técnicos em enfermagem) – não foi discutido com o psiquiatra, pois o mesmo não participava das reuniões em equipe - foi decidido que o grupo seria realizado a cada 15 dias, justamente pela limitação da estrutura física do serviço em comportar todos os familiares, pois neste período existiam 380 pacientes cadastrados, sendo necessário destacar que pela experiência de profissionais mais antigos do serviço era esperado por encontros até 50 pessoas, o que corresponde a 13,5% dos familiares, número não fidedigno pois existiam familiares que possuíam mais de um ente querido acompanhado pelo serviço, mesmo assim, a frequência esperada era baixa em relação a quantidade de portadores de transtorno mental cadastrados.

O grupo era realizado em uma área coberta externa à unidade, com os familiares sentados em círculo, com duração de 2 horas, sendo mediado apenas por profissionais de nível superior (enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social).

Éticamente houveram várias preocupações por parte da equipe para com os familiares antes de ser desenvolvido o grupo, relacionadas à própria exposição por si só por parte do familiar e de situações intrafamiliares íntimas relacionadas ao portador de transtorno mental, desde o início do adoecimento, tipos de tratamentos realizados e interrompidos, serviços alternativos procurados, internações realizadas e própria dificuldade de expressão do sofrimento, tanto do ente querido como de si próprio que poderia sofrer influência das emoções sentidas nos relatos. Diante disso, antes do início de todos os grupos havia por parte dos profissionais a realização de um acolhimento, bate papo sobre o serviço, sua função, portadores de transtornos atendidos, dificuldade de convivência com esses portadores, carga de sofrimento enfrentada pela família, o papel e importância da mesma na continuidade da reabilitação psicossocial e necessidade de cuidado pela mesma ao portador e de si própria e logo após era aberta

oportunidade para que cada familiar se apresentasse, se expressasse, relatasse o convívio em casa com seu ente querido e todas as questões adjacentes.

Com base em Souza, et al., (2004 p. 630) o acolhimento deve ser planejado como um momento para as pessoas externalizarem como haviam chegado e perceberem que estavam sendo acolhidas, trazendo a consciência do espaço grupal como de cuidado humano.

Destacamos que, por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais, apenas a o relato da experiência de um grupo de família realizado no serviço e reflexões sobre o mesmo.

4 RESULTADO E ANÁLISE

PLANO DE AÇÃO: GRUPO DE FAMÍLIA

Os familiares eram convidados a participar do grupo de família através de convites entregues aos portadores de transtorno, nas oportunidades em que os familiares compareciam ao serviço ou quando os mesmos realizavam contato telefônico. O grupo realizado no CAPS a cada 15 dias contava com um livro específico para registro da presença dos familiares em ata, bem como nos prontuários dos entes queridos acompanhados pelo serviço eram registradas as presenças nas fichas de evolução.

O início do mesmo contou com a participação de um número reduzido de familiares, média de 10 por quinzena. Ao passar dois meses essa participação foi aumentando paulatinamente até chegar a um número estável de 30 familiares por encontros. Alguns encontros esporádicos essa quantidade excedia-se, fazendo com que a equipe divide o grupo ao meio pelo fato da área externa coberta que era realizado ser insuficiente para a acomodação dos familiares e como era realizado no período vespertino o sol também atrapalhava, além do calor. A alternativa encontrada foi a divisão do grupo, onde metade permanecia nessa área externa e a outra metade era encaminhada para a sala da coordenação pois esta contava com um espaço maior.

Ao serem iniciados os grupos percebíamos que existia nos familiares uma necessidade extrema de falar, de serem escutados, de externalizarem seu sofrimento acumulado há anos. Navarini e Hirdes (2008) em seu estudo observaram que as famílias entrevistadas possuem

algumas necessidades singulares com relação ao portador de doença mental. Dentre elas encontram-se: a necessidade de aprendizado de relacionamento com o doente mental; entendimento da doença mental, como ela se manifesta e como pode ser controlada; necessitam exporem os seus problemas, suas dificuldades ouvidas, compreendidas, aceitas e respeitadas.

Alguns familiares que possuíam entes queridos que eram acompanhados por muito tempo pelo serviço, relatavam o sofrimento que já passaram, suas experiências boas e ruins, mas também os ganhos obtidos nessa relação, principalmente depois que o usuário foi inserido no serviço e passou a participar de todas as opções de tratamento existentes. Assim, de acordo com Bielemann et al., (2009) o conhecimento e entendimento sobre o sentimento e experiência da família frente ao transtorno mental de um dos entes queridos é importante para um avanço no caminho de alterações nas relações entre os familiares, pacientes e profissionais de saúde.

Uma das queixas presentes no grupo, fazia referência aos gastos econômicos com o portador de transtorno, principalmente quando este não recebia benefício do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), pelo fato do transtorno não ser contemplado e de não possuir condições de trabalhar e contribuir financeiramente nas despesas da residência, além da necessidade de acompanhamento em consultas, exames...Conforme Melman *apud* Navarini e Hirdes (2008 p. 683) :

A presença de uma pessoa com transtorno mental produz um impacto nos outros membros da família, tendo em vista que, os familiares ficam sobrecarregados por demandas que envolvem a função de acompanhar seus membros adoecidos e cuidar deles. Essa sobrecarga familiar é sentida não somente nos aspectos emocional e físico, mas também nos encargos econômicos. Em geral, os pacientes psiquiátricos apresentam grandes obstáculos para produzir economicamente, o que implica uma situação de dependência da família. São altos os custos para se manter uma pessoa nesta situação, além de limitar o acesso do cuidador no mercado de trabalho, devido às restrições de horários disponíveis.

Outros familiares expressavam seu sentimento de culpa pela transtorno do paciente, ou transferiam essa culpa a algum membro familiar, geralmente os genitores, ao relatarem sobre a rígida educação e violência física no estabelecimento desta.

Navarini e Hirdes (2008 p. 683) pontuam que : “ muitos familiares apontam para o fato de sentirem-se culpados pela doença acometida a um membro da família. A culpa muitas vezes é uma marca visível na vida dessas pessoas”. E nos casos relatados no grupo percebíamos que essa culpa intensificava ainda mais o sofrimento.

Já o estudo de Pereira e Pereira Jr (2003, p. 95) converge com as ideias de Navarini e Hirdes quando colocam que:

o sentimento de culpa em relação ao surgimento da doença foi trazido pelos sujeitos como um fator que os acompanha pela vida, trazendo latente inúmeras interrogações acerca de erros cometidos na criação do/a filho/a, promovendo constante inquérito/ conflito interno na tentativa de entendimento do problema.

De acordo com Albuquerque et al., (2007) sabe-se que a família sofre preconceito por atores de diversas instituições de atendimento, e encontra-se muitas vezes fragilizada, debilitada, sobrecarregada e sem alternativas ou recursos de apoio para questões que se apresentam cotidianamente marcadas pela doença. Portanto, existe uma realidade complexa, onde portador de transtorno mental e familiares travam uma guerra diária em busca da compreensão mútua. Ideia que representa alguns relatos voltados aos estigmas sociais enfrentados pelos familiares no cuidar do ente querido com transtorno, sentimento de culpa atribuída à ela pela sociedade e muitas vezes exclusão.

Outros relatos estavam relacionados à dificuldade no próprio convívio com o portador de transtorno mental, o desequilíbrio familiar gerado pela situação do mesmo, constantes brigas e o medo do que o próprio ente com transtorno poderia fazer. Para Waidman *apud* Borba, Schwartz e Kantorski (2008, p. 589) o convívio com o transtorno mental gera sobrecarga caracterizada por várias dificuldades como: entraves no relacionamento com o familiar, estresse pelo convívio com instabilidade de humor e a dependência do portador de sofrimento psíquico, além do medo das possíveis recaídas e do comportamento deste no período das crises.

Pereira e Pereira Jr, (2003, p. 95), concorda com as ideias presentes acima ao afirmar que:

A permanência dos sintomas, as falências ou fracassos ligados à vida social do paciente geram frustrações, impotências, angústias, provocando cansaço e isolamento também nos demais membros da família. A rotina no interior do universo familiar torna-se repetitiva, nervosa, colocando as pessoas envolvidas em constante contato com sentimentos conflitantes e produtores de tensão.

Consoante Borba, Schwartz e Kantorski (2008 p. 590) “no contexto do sofrimento psíquico, cuidar torna-se tarefa por vezes difícil, seja pela falta de apoio e comprometimento dos demais membros da família, seja pelas demandas do familiar doente”, situação também relatada por familiares do grupo que se viam sobrecarregados pelo cuidado, sem cooperação dos outros

membros da família, o que aumentava ainda mais o sofrimento relatado pela privação da própria vida para um cuidado adequado; situação apontada por Navarini, e Hirdes (2008).

Após as diversas demandas existentes no grupo percebemos que foi formado um espaço para a descarga de sofrimento, medos, tensões, dúvidas. Assim, consideramos que a interação existente entre os familiares e a troca de experiências era positiva no sentido do entendimento do cuidar relacionado ao transtorno mental. Entretanto, percebemos que esse momento por si só não era suficiente para a redução da carga de sofrimentos.

Pensamos em inserimos no grupo: dinâmicas, alongamentos e atividades que objetivassem aumento da auto-estima, alívio do stress, tensões, medos e reflexões sobre a caminhada dos mesmos, no sentido de fortalecimento e encorajamento da continuidade desse cuidar, passamos a realizar visitas domiciliares para conhecimento mais amplo da realidade das famílias e incentivo à participação da mesma em atividades internas do serviço, bem como sociais. Foi notada em alguns familiares a necessidade de outro tipo de atendimento como o individual, tanto pela psicóloga e/ou por outros membros da equipe, assim o grupo tornou-se uma forma de identificação de demandas diversas de cuidado aos familiares. Após o encerramento dos grupos havia a distribuição de um lanche para os familiares.

Para Schrank e Olschowsky (2008 p. 127):

O atendimento individual, o grupo de família, a busca ativa, a visita domiciliar e as oficinas são estratégias realizadas no CAPS na efetivação da inserção da família. Nessa parceria, o vínculo aparece como fundamental na construção de caminhos menos sofridos e menos estigmatizados da vivência do sofrimento psíquico.

Pimenta e Romagnoli (2008 p. 78) concordam com os autores acima quando expõem que “é preciso ofertar ao núcleo familiar a possibilidade do cuidado em um período em que a família enfrenta essa crise, além de assegurar um acompanhamento posterior”.

Após alguns meses de desenvolvimento desse grupo percebemos que a angústia, medo, tensão, ansiedade dos familiares foram reduzidos, o sofrimento antes expressado pela urgente necessidade de falar desenfreadamente (logorreia), que os relatos de melhora no relacionamento intrafamiliar e convívio com o ente querido apresentavam melhoras e que os familiares passaram a reconhecer e identificar pontos que deveriam ser mudados, tanto em relação a atitudes dos mesmos, como posturas e forma de interação. Para Barros 1994, *apud* Santos e Nechio (2010, p. 130) ” ao concebermos o grupo como dispositivo “acionamos nele sua capacidade de se transformar[...]”.

Além desse espaço para exposição do sofrimento e escuta colocávamos algumas orientações referentes à importância da família na continuidade do cuidado prestado no CAPS, em relação à inserção do ente querido na sociedade, a necessidade de passeios, viagens, integração do mesmo com todos os familiares, a responsabilidade da mesma no tratamento em relação aos horários das medicações, estar levando o portador de transtorno ao serviço, em estar ocupando a mente do mesmo no domicílio também, com atividades diversas. Entretanto alguns familiares expressavam e transferiam todas as responsabilidades para o serviço e os profissionais, não entendendo sua importância singular na continuidade da reabilitação psicossocial, como podemos observar na citação abaixo.

É necessário que o sistema de saúde e todos os dispositivos que abarcam a assistência ao portador de transtorno mental estejam preparados para receber e dar suporte à família. Por outro lado, percebemos que a família delega ao serviço de saúde mental a tarefa de resolver todos os problemas do paciente e, conseqüentemente, os da família . (PIMENTA e ROMAGNOLI, 2008, P. 81).

Ao desenvolvimento do grupo de família a equipe de forma geral passou a notar modificações no comportamento dos familiares, no sentido da responsabilidade com o portador de transtorno mental, afetividade, paciência, maior participação nas atividades internas, bem como os próprios portadores de transtorno relatavam as atividades que participavam com a família extra CAPS, como viagens, passeios, maior integração na sociedade, saídas aos fins de semana, etc...

Percebemos que de forma geral, no decorrer da realização do grupo de família, os familiares passaram a adotar posturas diferentes, tanto a si mesmo como ao ente querido. Sendo assim, podemos apontar que houve de certa forma uma redução no sofrimento dos mesmos, fazendo-os refletirem e obterem o entendimento que o reflexo da sua saúde mental estava ligado diretamente ao cuidado com o seu familiar, que por consequência acarreta uma melhor reabilitação para o mesmo.

Vimos também a necessidade de rodízio entre os familiares a cada participação, pela necessidade existente que os outros membros tinham de atenção, escuta e expressão da sua carga de sofrimento, sendo assim, propomos que a cada encontro se fizessem presente um familiar diferente.

Tivemos a iniciativa de perguntar aos familiares a opinião sobre o grupo, abrindo um espaço para elogios e críticas. Foi avaliado pelos mesmos como positivo, pelo fato de ter ajudado a superar barreiras, preconceitos internos, dificuldades de convívio, alívio de ansiedades, agir

com mais humanização com o usuário, mais atenção, respeito, entendimento da doença mental e ser um espaço para desabafo sobre as dificuldades e sentimentos acumulados. A única crítica sobre o mesmo foi referente ao espaço de realização que pelo fato do grupo ser realizado no turno vespertino, o sol às vezes atrapalhava.

Com o desenvolver do grupo a equipe mediadora foi percebendo que alguns familiares só apresentavam queixas, entretanto, foi decidido mudar também a dinâmica do grupo além do círculo de discussão, pois alongamentos passaram a ser feitos, dinâmicas, atividades, etc...

A partir de uma análise teórica o grupo de família possui algumas questões estabelecidas por Zimerman (2000) e Carvalho (2012), pois havia a percepção que todos os participantes estavam reunidos em torno de um objetivo comum que era um espaço para desabafo, entendimento, tirada de dúvidas, expressão de sentimentos, melhora do convívio com seu ente querido, alívio de ansiedades, entre outros. Quando o grupo superlotava-se, dividíamos em dois, pois conforme o primeiro autor supracitado o tamanho do grupo não pode exceder o limite impeça a comunicação dos participantes.

Em convergência com o estabelecido por Zimerman, havia no grupo o cumprimento de combinações: horário de chegada, saída, importância da permanência até o final, respeito ao familiar na exposição do seu sofrimento, pois muitos familiares interrompiam falas de outros, pela necessidade explícita de falar desenfreadamente oriunda do seu sofrimento. Conforme exposto pelo autor, era perceptível entre os familiares no decorrer das reuniões uma interação afetiva, troca de informações, experiências, compartilhamento de acertos, erros, ganhos, perdas, perspectivas, histórias de vida.

Contudo, conforme Souza et al., (2004 p. 626) “o trabalho com grupos se constitui um dos principais recursos terapêuticos nos mais diferentes contextos de assistência à saúde e, mais especificamente, no campo da saúde mental.”

Ressalta-se ainda que de acordo com Leal (1998) apud Souza et al., (2004 p. 626) a abordagem em grupo nos últimos anos forma-se como uma modalidade terapêutica que encontra-se em crescente difusão, especialmente na realidade das instituições públicas ou universitárias de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados apresentados na presente experiência com grupo de família em saúde mental, realizado em CAPS, pode-se perceber a importância singular do trabalho em grupo com famílias. Importância esta que transcende a terapia individual e medicamentosa, possuindo valor e resultados intrínsecos e extrínsecos que surgem ao longo do tempo a partir de transformações geradas gradativamente, através de orientações, troca de experiências, interações e reflexões sobre o cuidado com o portador de transtorno mental e o reflexo desse cuidado em seu sofrimento.

Cabe destacar que para mediação de um grupo deve-se haver antecipadamente o planejamento das atividades e que com o andamento do mesmo, essas atividades podem ser adaptadas ou receber acréscimo de outras pela identificação de particularidades e necessidades percebidas, objetivando o alcance dos resultados esperados.

No entanto, existem muitos serviços de saúde mental que ainda não utilizam desse recurso terapêutico na prática de suas atividades, pela falta de informação e preparo para realização das mesmas.

Contudo, percebemos que o grupo de família reduziu de maneira expressiva a carga de sofrimento de muitos familiares, alívio de tensões, medos, superação de dificuldades de convivência, integração familiar, conhecimento da doença mental, alertando também a necessidade dos familiares preocuparem-se e cuidarem da sua saúde mental, justamente pela complexidade existente no convívio e cuidado com um portador de transtorno mental. Serviu também para abrir precedentes a encaminhamentos de familiares a outras formas de atendimento, quando as necessidades e particularidades não podiam ser atendidas no grupo.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, ME et al. **O doente mental e sua família: um olhar sobre a dinâmica familiar.** XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, 2007. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2007/trabalhos/saude/inic/INICG00237_01C.pdf> Acesso em: 23/02/2014.
- AMARAL, PCG; DURMAN, S. **O que pensa a família sobre o atendimento oferecido pela psiquiatria.** Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá, v. 26, no. 1, p. 113-119, 2004. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/download/1629/1064>> Acesso em: 20/02/2014.
- BIELEMANN, VLM et al., **A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009 Jan-Mar; 18(1): 131-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a16.pdf> Acesso em: 27/03/2014.
- BORBA, L de O; SCHWARTZ, E; KANTORSKI, LP. **A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental.** Acta Paul Enferm 2008;21(4):588-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a09v21n4.pdf>> Acesso em: 20/02/2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf> Acesso em: 12/01/2014.
- COLVERO, L de A; IDE, CAC; ROLIM, MA. **Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença.** Ver. Esc Enferm USP, 2004; 38(2):197-205. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/11.pdf>> Acesso em: 23/02/2014.
- SCHRANK, G; OLSCHOWSKY, A. **O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família.** Rev Esc Enferm USP 2008; 42(1):127-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/17.pdf>> Acesso em: 27/03/2014.
- JÚNIOR, BB; SILVA, ES e cols. **Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 1987.
- MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares.** São Paulo (SP): Escrituras; 2002.
- NAVARINE, V; HIRDES, A. **A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 680-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/08.pdf>> Acesso em: 20/02/2014.
- PEGORARO, RF; CALDANA, RHL. **Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.12, n.25, p.295-

307, abr./jun. 2008. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000200006> Acesso em: 12/01/2014.

PIMENTA, E de S; ROMAGNOLI, RC. **A Relação com as Famílias no Tratamento dos Portadores de Transtorno Mental Realizado no Centro de Atenção Psicossocial.** Pesquisas e Práticas Psicossociais 3(1), São João del-Rei, Ag. 2008. Disponível em: http://www.ufsj.edu.br/portalrepositorio/File/revistalapip/volume3_n1/doc/Pimenta_Romagnoli.doc> Acesso em: 21/03/2014.

PEREIRA, MAO; JR, AP; **Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família.** Rev Esc Enferm USP, 2003; 37(4): 92-100. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/11>> Acesso em: 23/02/2014

SANTOS, RLC dos. **Transtorno mental e o cuidado na família.** 3ª ed. São Paulo, Cortez , 2011.

SANTOS, A de O; NECHIO, DEG; **A paixão de fazer: saúde mental e dispositivo grupal.** Fractal: Revista de Psicologia, v. 22 – n. 1, p. 127-140, Jan./Abr. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922010000100010> Acesso em: 27/03/2014.

SOUZA, AMA et al. **Grupo terapêutico: sistematização da assistência de enfermagem em saúde mental.** Texto Contexto Enferm 2004 Out-Dez; 13(4):625-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072004000400016&script=sci_arttext Acesso em: 14/03/2014.

ZIMERMAN, D. **Fundamentos básicos das grupoterapias.** Porto Alegre: Artmed, 2000.