

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem/ EEUFRGS

ELIANE LAVALL

**AVALIAÇÃO DE FAMÍLIA: REDE DE
APOIO SOCIAL NA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

Porto Alegre

2007

ELIANE LAVALL

**AVALIAÇÃO DE FAMÍLIA: REDE DE
APOIO SOCIAL NA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

Trabalho apresentado como pré-requisito da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II – ENF, do Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Agnes
Olschowsky

Porto Alegre

2007

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Agnes Olschowsky, pela compreensão, paciência e dedicação nessa caminhada.

À minha querida família, por ter me apoiado durante todo curso, por contribuir na superação dos momentos difíceis e compartilhar alegrias.

À amiga Marina, pelo convívio e parceria tanto nos momentos difíceis quanto nos de alegria.

À Escola de Enfermagem da UFRGS, honrosa instituição que me oportunizou o curso de graduação.

Aos pesquisadores do projeto CAPSUL: Jacó Fernando Schneider, Christine Weztel, Luciane Prado Kantorski, Eda Schwartz

À dupla usuário/familiar e equipe profissional do Cais Mental que participaram deste estudo.

RESUMO

No modo de atenção psicossocial, a família vem assumindo lugar importante e fundamental no processo de recuperação do sujeito em sofrimento psíquico, assumindo o papel de protagonista e parceira na atenção em saúde mental. O Modelo Calgary de Avaliação de Família (MCAF), pode auxiliar na identificação de pensamentos, comportamentos e crenças das famílias, seus vínculos e suas relações, possibilitando aos profissionais de saúde explorar e conhecer redes de apoio social. Temos como objetivo identificar a rede de apoio social do usuário e da família em acompanhamento em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). O estudo consiste em um subprojeto da pesquisa Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil, (CAPSUL). A pesquisa foi realizada no Cais Mental, tendo como sujeitos a dupla usuário/familiar. Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva, tipo estudo de caso, em que utilizamos o método Calgary de Avaliação de Família. A coleta de dados foi realizada através de construção de genograma e ecomapa. A análise de dados consistiu-se nas avaliações estrutural, funcional e de desenvolvimento. Identificamos como principais vínculos do usuário, seus relacionamentos com familiares do grupo interno e externo e o CAPS. Esses vínculos e as relações identificadas mostram as redes de apoio social, possibilitando uma análise do mapa mínimo das relações e as funções que estes desempenham em seu cotidiano. O conhecimento da rede social pode se constituir em uma das chaves centrais para identificar, promover hábitos de cuidado à saúde e agenciar apoios. O MCAF e as redes sociais de apoio aparecem como recurso terapêutico importante, na medida em que possibilitam um tratamento voltado à pessoa, sua cultura e sua vida.

Descritores: Família; Saúde Mental; Apoio Social; Enfermagem.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
2	OBJETIVO	7
3	ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL E AVALIAÇÃO DE FAMÍLIA	8
4	REDE SOCIAL DE APOIO	25
5	METODOLOGIA	30
5.1	Tipo de Estudo	30
5.2	Local do Estudo	30
5.3	Sujeitos do Estudo	31
5.4	Coleta de Dados	31
5.5	Análise dos Dados	33
5.6	Aspectos Éticos	33
6	AVALIANDO UMA FAMÍLIA	34
6.1	Estudando o Caso	34
6.2	Avaliação Estrutural	37
6.3	Avaliação Funcional	41
6.4	Avaliação de Desenvolvimento	43
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
	REFERÊNCIAS	55
	APÊNDICE A	57
	APÊNDICE B	58

1 INTRODUÇÃO

Neste trabalho, será realizada uma pesquisa sobre avaliação de família em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), por meio da aplicação do método Calgary de Avaliação de Família, buscando identificar a rede social de apoio do usuário e da família no seu território.

O movimento político e social da Reforma Psiquiátrica, a partir da década de 70, propôs a transformação da assistência psiquiátrica através da implementação do modelo de atenção psicossocial em oposição ao modelo manicomial então vigente, voltado para a segregação e exclusão social do indivíduo em sofrimento mental.

Assim, a subjetividade do indivíduo em sofrimento psíquico tornou-se foco para as ações de saúde, enfatizando a singularidade e as dimensões familiares e socioculturais. A atenção em saúde mental busca centrar o olhar no território do sujeito, preocupando-se com o seu cotidiano e a sua inserção na sociedade.

No território, a prática terapêutica busca trabalhar com a população local e o serviço comunitário, sendo que atendimentos em saúde mental devem ocorrer nos CAPS – serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico –, os quais devem estar interconectados num circuito interinstitucional integrado no SUS. Desse modo, objetiva-se evitar a fragmentação dos atendimentos, facilitar o planejamento distrital, possibilitando intervenções na rede pessoal e social significativa dos usuários (FILHO; NÓBREGA, 2004).

Nessa perspectiva, usuário e família passam a ser os principais protagonistas do tratamento, uma vez através de suas informações, vivências e experiências, poderemos conhecer seus recursos e sua rede de apoio social, potencializando as intervenções de saúde mental.

Diante disso, estes questionamentos: como são os vínculos, as relações interpessoais do sujeito em sofrimento psíquico e de sua família ou comunidade? Como os profissionais de saúde podem intervir, considerando essas relações?

O Modelo Calgary de Avaliação de Família pode auxiliar a enfermagem a compreender alguns pensamentos, comportamentos e crenças das famílias, permitindo estabelecer um plano de cuidados e/ou intervenção na família e possibilitando uma abordagem ampliada que considera o contexto pessoal e o território (MOURA; KANTORSKI; GALERA, 2006).

Identificamos que, com a avaliação de família, poderemos conhecer e compreender os vínculos e as relações que possam constituir as redes de apoio do indivíduo em sofrimento psíquico, oportunizando aos profissionais de saúde explorar os recursos que poderão existir no território, o que em parte justifica este estudo.

Entendemos que as redes de apoio envolvem, principalmente, a rede social pessoal de cada sujeito, podendo ser definida como a soma de todas as relações que são consideradas significativas ou definidas como diferenciadas na sociedade. Essa rede corresponde ao nicho interpessoal do sujeito e contribui substancialmente para seu próprio reconhecimento enquanto indivíduo e para sua auto-imagem (SLUZKI, 2006).

Este estudo consiste em um subprojeto da pesquisa Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná), financiada pelo Ministério da Ciência e Tecnologia, através do CNPq em parceria com o Ministério da Saúde. Esta pesquisa é conhecida como CAPSUL, sendo coordenada pela Faculdade de Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas e desenvolvida em parceria com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e o curso de enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel..

Sendo bolsista de Iniciação Científica PIBIC da UFRGS, participamos dessa pesquisa na qual, durante a capacitação para a coleta de dados qualitativos, surgiu meu interesse por avaliação de família.

Entendemos que a Reforma Psiquiátrica tem buscado construir uma nova prática assistencial que pressupõe uma maior sensibilidade aos valores e crenças de usuários e família, na qual é necessário um conhecimento mais específico dos diferentes processos de vida do sujeito em grupo e sua comunidade. Pensamos que identificar suas relações, suas histórias, seus caminhos e descaminhos no cotidiano de sua existência facilitará sua interlocução e a atenção em saúde mental.

2 OBJETIVO

Identificar a rede de apoio social do usuário e família em acompanhamento em um Centro de Atenção Psicossocial.

3 ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL E AVALIAÇÃO DE FAMÍLIA

Ao longo da história, o modelo assistencial em Saúde Mental vem passando por um processo de mudanças em que se busca aprimorar as formas de atendimento.

No Brasil, esse processo aconteceu, principalmente, com o surgimento do movimento sociopolítico denominado Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), a partir da década de 70, constituindo-se num espaço de luta, lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica em oposição à tendência hospitalocêntrica.

Tal movimento reuniu trabalhadores em saúde, associações de classe e setores mais amplos da sociedade, sendo considerado o “ator e sujeito político fundamental no projeto da reforma psiquiátrica brasileira, a partir do qual emergiam as propostas de reformulação do sistema assistencial e no qual se consolidou o pensamento crítico ao saber psiquiátrico” (AMARANTE, 1995, p. 51).

O movimento MTSM passou a questionar o sistema manicomial de assistência psiquiátrica, fazendo críticas à cronificação dos sujeitos nos hospitais, ao tratamento desumanizado, reivindicando melhores condições de assistência e a humanização dos serviços, tendo como desdobramento a Reforma Psiquiátrica (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira visa à substituição do modelo hospitalocêntrico – voltado para a segregação e a exclusão social – pelo modelo psicossocial que propõe a transformação da assistência, através da implementação de alternativas de atenção extra-hospitalares. Ainda, propõe o redirecionamento do modelo assistencial em Saúde Mental de um regime hospitalar de internação, para recuperação pela inserção do sujeito na família, no trabalho e na comunidade (BRASIL, 2004).

Esse movimento destaca a desinstitucionalização e o resgate da cidadania do indivíduo com sofrimento psíquico, constituindo-se num processo complexo, buscando uma concepção mais positiva de loucura e “é entendido como uma possibilidade de mudança na prática assistencial, suas idéias procuram oxigenar as concepções autoritárias e convencionais da psiquiatria e requerem um lidar teórico-prático em constante movimento e confronto” (OLSCHOWSKY, 2001, p. 193).

Nesse contexto, configuram-se dois modelos paradigmáticos que se diferenciam tanto em termos dos saberes e das práticas, quanto do discurso que os articula, denominados modo asilar e modo psicossocial (COSTA-ROSA, 2000).

Assim, refere o autor que o modo asilar apresenta as seguintes características:

a) A doença é considerada o centro do problema, enfatizado-se as determinações orgânicas, o tratamento medicamentoso, sem a consideração da existência do sujeito. A pessoa é apenas um corpo doente, cuja intervenção é centrada exclusivamente na doença, reforçando o isolamento em relação ao meio familiar e social, tendo o hospital psiquiátrico como ideal de tratamento. O sujeito é entendido de forma fragmentada, e os profissionais não mantêm relações de trabalho.

b) As instituições organizam-se de forma vertical, na qual o fluxo do poder institucional é unilateral, ou seja, do ápice para a base;

c) O relacionamento com a clientela surge através de relações intersubjetivas verticais, conduzindo o usuário ao mutismo e à imobilidade;

d) A finalidade do tratamento é a remoção dos sintomas, tendo como principal efeito terapêutico a cronificação asilar.

Em contraposição ao modo asilar, encontramos o modo psicossocial que apresenta as seguintes características.

a) O sujeito é o principal participante do tratamento, sendo que sua família e seu grupo social devem ser considerados. Os meios básicos do tratamento constituem-se em medicação, psicoterapias, laborterapias, socioterapias e dispositivos que visem à reintegração sociocultural;

b) Os meios de trabalho passam a ser a equipe interdisciplinar e os dispositivos institucionais como os CAPS, NAPS, Ambulatórios de Saúde Mental, Lares Protegidos e setores para o tratamento de saúde mental em hospitais gerais entre outros;

c) A organização institucional ocorre de forma horizontal, sendo lineares as relações de poder que se estabelecem dentro da equipe e desta com os usuários;

d) No relacionamento com o cliente, a instituição passa a funcionar como um ponto de fala e escuta, tanto do usuário quanto da população;

e) Além da redução dos sintomas, busca-se como meta principal o reposicionamento subjetivo da pessoa com sofrimento psíquico através da ênfase na singularidade e nas dimensões socioculturais e subjetivas.

Nesse contexto, o isolamento, a segregação e a exclusão social produzidas pelas internações psiquiátricas, assim como a retirada do usuário do convívio familiar e

seu afastamento da vida social vêm sendo enfrentados pelo modelo de atenção psicossocial, através da produção do cuidado cotidiano que valoriza e incorpora práticas terapêuticas desenvolvidas a partir do vínculo usuário/familiar/sociedade e profissionais da saúde (AMPARO, 2004).

O novo modelo corresponde a um deslocamento do tratamento centrado na doença mental para a invenção de cuidados dirigidos à pessoa doente, sendo o trabalho terapêutico entendido como um processo de reconstrução das pessoas como atores sociais em suas múltiplas dimensões existenciais (MELMAN, 2001).

O autor refere que o objeto da psiquiatria já não é mais a periculosidade ou a doença, entendida como algo que está no corpo ou no psiquismo de uma pessoa. Os campos teórico e prático da reforma psiquiátrica passam a definir um novo objeto, que passou a ser entendido como a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social.

Assim, desospitalização e os movimentos reformistas da psiquiatria que se difundiram por muitos países configuraram uma nova realidade, na qual um número cada vez maior de pessoas passaram a ser assistidas em serviços extra-hospitalares. Esses fenômenos introduziram novos elementos no campo de negociação entre famílias e o campo da saúde mental (MELMAN, 2001). Dessa forma, as ações em saúde mental passaram a se desenvolver em novos cenários, organizados em torno da interação dos atores envolvidos: usuários, familiares, técnicos e sociedade em geral.

Então, o modo de atenção psicossocial busca a construção do cuidado no território do indivíduo, através de uma rede de atendimento centrada na comunidade, procurando um redimensionamento da atenção em saúde mental, cujas diretrizes para sua intervenção são acolhimento, vínculo, responsabilidade, integralidade, humanização da atenção, interdisciplinaridade e resolutividade.

Essa rede de serviços aparece como estratégia terapêutica que deve constituir-se em uma rede de atenção em saúde mental, sendo incluídos os CAPS, NAPS, Hospital Dia, Ambulatórios de Saúde Mental, Pensões Protegidas, Cooperativas, Residências Terapêuticas de lazer, atenção básica entre outros.

Os CAPS, implantados conforme a Portaria 336 do Ministério da Saúde, em 2002, tornaram-se uma das principais modalidades de tratamento do modelo de atenção psicossocial. Através desse serviço,

“busca-se integrar a pessoa com sofrimento psíquico num ambiente social e cultural, possibilitando a convivência cotidiana com a sociedade e os familiares. Seu objetivo principal é oferecer atendimento à população da sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício de direitos civis, fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (SCHRANK, 2006, p.34).

Para Fagundes (1999), a proposta assistencial dos CAPS procura favorecer um cuidado personalizado, tomando como encargo o acompanhamento da clientela com sofrimento psíquico, possibilitando a convivência e o incremento das relações interpessoais de forma que o paciente e a família identifiquem esses centros como locais de referência em qualquer circunstância. Essa modalidade de atenção, caracterizada como referência para a construção de uma rede de cuidado na saúde mental, deve possibilitar a convivência cotidiana na cidade com familiares e população.

Nesse sentido, os profissionais vão ao encontro do usuário e da família para conhecer sua realidade nos espaços cotidianos, buscando entender o contexto das relações entre os membros familiares e deles com a sociedade. O reconhecimento das potencialidades terapêuticas presentes nessas relações possibilita utilizá-las como parte das redes de apoio territoriais, que potencializam o cuidado em saúde mental tanto para a família quanto para o sujeito em sofrimento psíquico.

As ações em Saúde Mental são desenvolvidas não somente no interior dos serviços, mas também nos demais espaços territoriais significativos para o sujeito em sofrimento psíquico, considerados, simultaneamente, lócus de intervenção e articulação de recursos terapêuticos a serem percorridos e transformados em conjunto com o usuário e a família.

Assim, a atual política de saúde mental, através do modelo de atenção psicossocial, orienta o cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico para além dos muros hospitalares, dando maior ênfase aos recursos centrados na comunidade. A família ganha uma maior visibilidade, sendo percebida tanto como sujeito que auxilia na construção dos cuidados, quanto potencializadora de recursos que promovem a saúde mental.

A família tem fundamental importância para a formação do indivíduo, visto que constitui a base, o alicerce principal para o desenvolvimento humano. Embora seja quase sempre representada por um conjunto de pessoas, também se constitui de relações

estabelecidas entre os membros sanguíneos ou aqueles unidos somente por laços afetivos (OSÓRIO, 1996).

A parceria com a família é uma das estratégias que vão facilitar o avanço no processo de construção de ações psicossociais que buscam a inclusão e a desmitificação da loucura, no processo da recuperação e da reinserção do indivíduo com sofrimento psíquico na sociedade (ALDABE, 2007). Assume um lugar importante e um papel fundamental no processo de reabilitação do doente mental, uma vez que é postulado o protagonismo da família como parceira na organização das propostas de cuidado e como planejadora e sujeito dos serviços de saúde mental, sendo co-autora nas decisões e nas ações (ROSA, 2003).

O modo de atenção psicossocial enfatiza a pertinência do indivíduo a um grupo social e familiar. Os profissionais de saúde mental devem não apenas trabalhar o sujeito em sua dimensão de indivíduo, como também trabalhar a família e o grupo social como agentes de mudança buscados, visto que o indivíduo não é o único problemático e a loucura não é um fenômeno exclusivamente individual, mas social e como tal deve ser metabolizada (COSTA; ROSA, 2000).

Rosa (2002) refere que, na década de 90, cresceram as pesquisas sobre família devido às transformações suscitadas pelo movimento de reforma psiquiátrica, surgindo uma pluralidade de representações sobre o relacionamento da família e o indivíduo com transtorno mental, as quais apontam as seguintes direções para intervenção ou papel na sociedade:

- a) A família enquanto recurso como outro qualquer, um lugar de possível convivência do sujeito em sofrimento psíquico;
- b) Como sofredora, pois também é influenciada pela convivência com o portador de transtorno mental;
- c) Como sujeito da ação, ou seja, protagonista de cuidado;
- d) Como provedora de cuidado, já que é o principal agente potencializador de mediações entre o portador de transtorno mental e a sociedade, constituindo um lugar privilegiado de cuidados e reprodução social.

Conforme Melman (2001), estudos sobre as interações e influências entre pacientes e familiares resultaram no desenvolvimento do modelo psicoeducativo para a reabilitação psicossocial. Esse modelo propõe as seguintes modalidades de intervenções familiares:

a) Atividades psicoeducativas: fornecer informações sobre a doença numa linguagem acessível, levando em conta a necessidade de a família saber a importância da medicação e do papel do estresse no curso do tratamento e das possibilidades de recaída;

b) Intervenções no sentido de melhorar a capacidade de administrar os fatores de estresse: melhorar a capacidade da comunicação, clarificar desejos e necessidades, auxiliar na resolução dos problemas do cotidiano;

c) Intervenção nas situações de crise: reconhecer os sinais e sintomas que anunciam a recaída, lidar com resistências ao tratamento, realizar intervenções diretas durante a crise.

Refere o autor citado que existem evidências substanciais da eficácia dos programas de manejo familiar na redução de recaídas dos indivíduos com transtornos psiquiátricos, as quais aumentam o funcionamento social do paciente e diminuem a vivência subjetiva de sobrecarga familiar, o que também resulta em economia financeira para os serviços de saúde.

Estudos demonstram que a presença de uma pessoa com transtorno mental grave produz impacto nos outros membros da família, mostrando que os familiares estão sobrecarregados por demandas que envolvem a função de acompanhar seus membros adoecidos e cuidar deles. Sobrecarga familiar envolve encargos econômicos, físicos e emocionais a que os membros familiares estão submetidos e o quanto a convivência com um paciente representa em peso material, subjetivo, organizacional e social (MELMAN, 2001).

Dessa forma, avaliar a família para conhecer seus recursos e sua contribuição na potencialização da promoção em saúde mental torna-se uma importante estratégia de tratamento.

Uma das formas de inclusão da família no cuidado em saúde mental relaciona-se com a aproximação e participação da equipe, entendendo-a como uma unidade de cuidado, ou seja, percebendo como ela cuida, identificando suas dificuldades e suas forças (COSTA-ROSA, 2000).

Assim, na atualidade, procura-se compreender a família para além da doença, entendendo os sentimentos experimentados: preocupação, culpa, ansiedade, desconhecimento, preconceito, entre outros, que devem ser discutidos, a fim de propiciar estratégias e orientação para o convívio com a doença mental (SCHRANK, 2006).

Wright e Leahey (2002) desenvolveram o modelo Calgary de Avaliação de Família, que pode ser utilizado para compreender e incluir a participação da família no processo de cuidado aos indivíduos em sofrimento psíquico.

O Modelo Calgary de Avaliação de Família (MCAF) permite entender essas famílias como sistemas, identificar seus problemas de saúde, os recursos para enfrentá-los e o apoio comunitário disponível. É um método desenvolvido por pesquisadores da Universidade de Calgary, no Canadá, o qual tem sido bastante utilizado por enfermeiros, visto que permite cuidado integral a partir de um olhar holístico sobre a família.

A família é compreendida como um sistema, determinando que sua totalidade é muito mais do que a simples adição de cada membro, já que envolve a interação dos sujeitos integrantes. Os indivíduos são melhor compreendidos quando estão inseridos num contexto mais amplo – é um todo, que caracteriza-se maior do que a soma das partes. Dessa maneira, é possível observar a interação familiar no contexto interno e externo, no micro e macrossistema familiar, o que possibilita, respectivamente, uma avaliação dos relacionamentos existentes entre os membros familiares, assim como, de cada membro para o sistema mais amplo (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

As autoras referenciadas propõem a utilização da teoria de sistemas para entendimento de família. O sistema familiar pode ser definido como conjunto de elementos em mútua interação, que possibilita aos profissionais de saúde ver cada família como uma unidade de cuidado, e focalizar a atenção na interação entre seus membros. Cada membro individual é visto como um subsistema do sistema familiar, incluindo pais, filhos, cônjuge, irmãos entre outros. Tais subsistemas são complexos compostos de vários outros subsistemas que constituem o corpo humano, como os sistemas físicos (cardiovascular, respiratório, etc) e psicológicos (cognitivo, afetivo, entre outros). Além disso, o sistema familiar faz parte de um sistema mais amplo – o supra-sistema –, que envolve vizinhança, organizações ou comunidade religiosa, associações, serviços de saúde, entre outros.

Referem as autoras que, para melhor compreensão do funcionamento da família, é necessário que os profissionais de saúde entendam-na com um todo, observando a interação familiar no contexto interno e externo, ou seja, tanto no subsistema quanto no macrossistema. Isso permite a identificação das relações e vínculos existentes entre os respectivos membros, e destes para o sistema mais amplo, ou seja, a sociedade onde as famílias estão inseridas, e onde são reconhecidos como

elementos importantes na rede social de apoio, considerada fundamental no tratamento em saúde mental.

Assim, nas interações existentes entre membros familiares, um influencia e é influenciado pelo outro. O profissional de saúde, por sua vez, através de suas ações, deverá conjuntamente auxiliar a fim de que as relações possam sair da linearidade, buscando interação com a vida no território, ou seja, o indivíduo e a família não estão isolados, mas vivem num contexto, no qual o compartilhamento e a responsabilidade do cuidado devem ser repensados, considerando as relações estabelecidas entre os diversos atores.

Entendemos que olhar a interação da família com seu micro e macrosistemas permite o conhecimento dos vínculos consigo e com os outros (vizinho, escola, rua, grupos de amigos, entre outros), podendo proporcionar uma análise de suas redes de apoio como fonte de recursos para atenção em saúde mental, voltada para a inclusão do indivíduo no território com direitos e deveres.

Wright e Leahey (2002) enfatizam que o MCAF permite a compreensão do sistema familiar sob os pontos de vista estrutural, de desenvolvimento e funcional (figura 1). A seguir, descreveremos cada uma dessas categorias com suas respectivas subcategorias, conforme exposto pelas autoras.

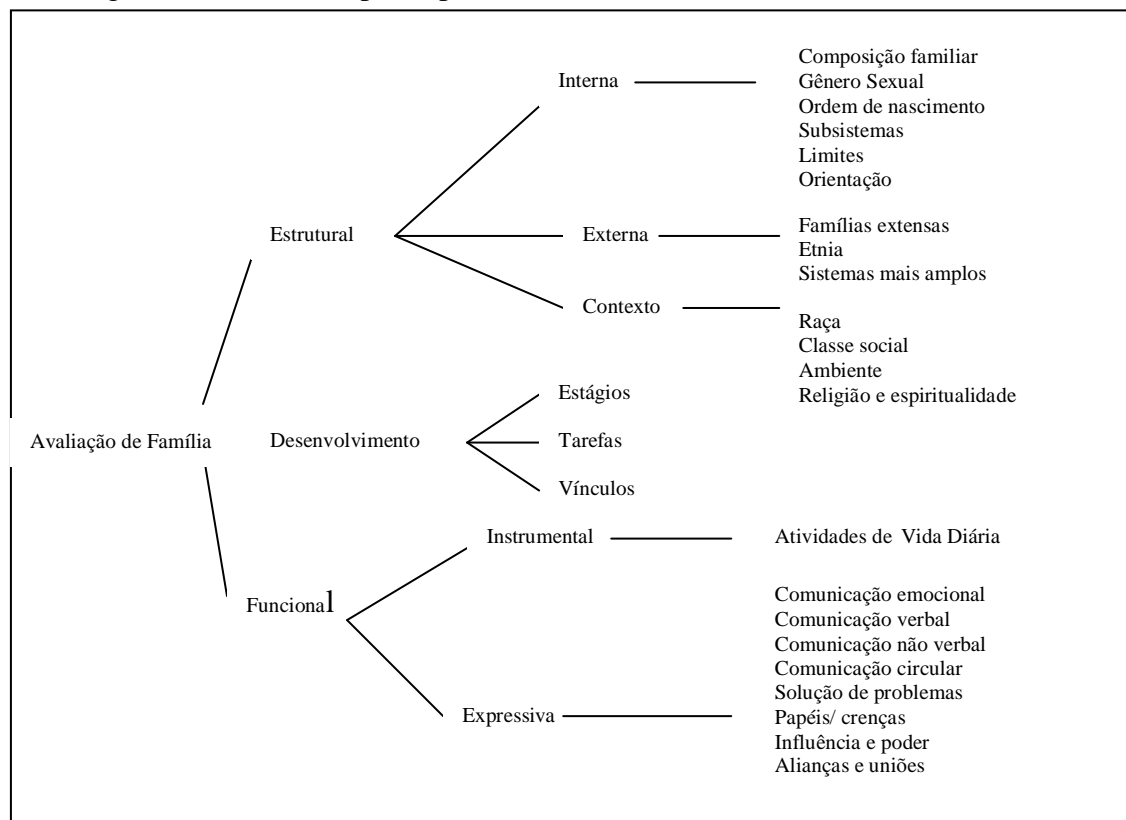


Figura 1 – Diagrama ramificado do MCAF (Wright, L.M.; Leahey, M. 2002.)

A avaliação estrutural permite que se analise a estrutura da família, ou seja, que se conheça quem faz parte dela, qual é o vínculo afetivo entre seus membros em comparação com os indivíduos de fora e qual é o seu contexto. Pode ser examinada em três dimensões: estrutura interna, estrutura externa e contexto.

A estrutura interna abrange as subcategorias composição familiar, gênero, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites.

Atualmente, prevalecem na sociedade várias idéias sobre composição familiar tais como estrutura biológica, família nuclear – que incorpora um ou mais membros da família extensa (família de origem) –, família de um só genitor, família adotiva, família comum e família de homossexual.

A composição familiar pode ser determinada pelos atributos de afeição, fortes vínculos emocionais, sentido de posse e tempo de duração como membro. Essa forma de olhar a família amplia as limitações tradicionais que utilizam os critérios de consangüinidade, adoção e matrimônio. Desse modo, família é quem seus membros dizem que são e não somente quem mora na casa. Esse pensamento diz respeito às idéias dos membros individuais referente às experiências de saúde e doença, além de relacionamentos significativos no contexto onde vivem.

Referente ao gênero, aborda-se a questão sexo enquanto uma realidade universal operacional de hierarquia e de poder, uma realidade construída por nós mesmos e decorrente de uma estrutura particular de referência. Sexo é um conjunto de crenças sobre as expectativas de conduta e experiências femininas e masculinas, sendo desenvolvidas por influências culturais, religiosas, familiares, de orientação sexual e de classe. Essa avaliação torna-se importante, principalmente quando existem crenças sociais, culturais e familiares a respeito dos papéis masculinos e femininos que geram tensão familiar.

Na análise da orientação sexual, identificam-se as questões como a discriminação, falta de conhecimento, estereótipos e insensibilidade quanto à orientação sexual, uma vez que o heterossexualismo é visto como uma forma de tendência multicultural, o que pode prejudicar, tanto nas famílias como nas equipes de saúde e na sociedade, a aceitação e inclusão de pessoas gays, lésbicas, orientações atiro e bissexuais.

Nesse contexto, os fatores como ordem de nascimento, sexo e diferença de idade entre irmãos influenciam o grupo de irmãos e são importantes na realização de uma avaliação de família, visto que a posição dos irmãos influencia sobre a

personalidade de cada um. As pessoas transferem ou generalizam suas experiências familiares para os ambientes sociais, externos à família, assemelhando seus relacionamentos familiares internos mais precoces.

O conhecimento dos subsistemas permite rotular ou caracterizar o nível de diferenciação familiar. Uma família atende suas funções através de subsistemas, que podem ser vistos por díades como mulher-marido ou mãe-filho e ser delineados por geração, sexo, interesse, função ou história. Cada membro da família pertence a vários subsistemas diferentes, sendo que, em cada um deles, a pessoa tem diferente nível de poder e utiliza diferentes habilidades, além de comportar-se de acordo com sua posição. Assim, uma mulher pode ser avó, mãe, esposa e filha dentro de uma mesma família, assumindo sua função conforme a posição tomada em cada momento de interação com os membros. Portanto, a capacidade de adaptação às demandas dos diferentes níveis de subsistemas constitui uma habilidade para cada membro.

Na avaliação dos limites, identificam-se as regras dos sistemas e subsistemas familiares, tendo como função proteger a diferenciação destes entre si. Os limites podem ser difusos, rígidos ou permeáveis.

A avaliação de estrutura externa inclui identificar a família extensa e sistemas mais amplos. A família extensa refere-se à família de origem e à família de procriação, assim como a atual geração e membros da família adotiva. Os múltiplos vínculos de lealdade dos membros da família extensa são forças muito influentes na estrutura familiar. Relacionamentos e apoios especiais podem existir a grandes distâncias geográficas, na mesma proporção que relacionamentos conflituosos e dolorosos podem parecer recentes e íntimos, apesar de a família extensa morar longe ou não estar em contato freqüente. A avaliação da quantidade e tipo de contato com a família extensa são aspectos importantes, a fim de obter informações sobre a quantidade e qualidade de apoios existentes ou não.

Os sistemas mais amplos referem-se a instituições sociais e pessoas com as quais a família tem contato significativo. Os sistemas mais amplos geralmente abrangem sistemas de trabalho e, em algumas famílias, incluem bem-estar público, bem-estar da criança, tribunais e clínicas ambulatoriais. Existem alguns mais amplos destinados a populações especiais, tais como instituições autorizadas que prestam serviços a idosos frágeis ou com incapacitação física ou mental. A rede de computadores também pode ser considerada como um relacionamento de sistema mais amplo, incluindo boletins eletrônicos, salas de bate-papo e grupos de discussão.

A avaliação do contexto refere-se às informações básicas relevantes a algum fato ou personalidade, cujas subcategorias são as seguintes: etnia, raça, classe social, religião e espiritualidade e ambiente.

Entende-se etnia como um conceito de unidade da família derivado da combinação de sua história, raça, classe social e religião. Descreve a qualidade comum dos processos sutis e manifestos transmitidos por gerações pela família, sendo reforçada pela comunidade adjacente. Etnia tem influência importante na interação familiar. O reconhecimento da infinita variedade e ausência de estereótipo nas famílias provenientes de vários grupos étnicos é essencial para o trabalho dos profissionais da área de saúde. Esses devem sensibilizar-se às diferenças nas crenças e valores das famílias e estar dispostos a alterar suas visões éticas, reconhecendo seus próprios pontos cegos éticos e ajustar suas intervenções de acordo com eles.

A raça é um constructo básico que influencia a identificação essencial do indivíduo e do grupo, fazendo a intersecção com variáveis de interferência como classe, religião e etnia. Atitudes raciais, estereótipos e discriminação são influências poderosas sobre a interação familiar que podem representar restrições negativas nos relacionamentos entre família e equipe profissional. As diferenças raciais, sejam intra ou interculturais, não são um problema em si mesmas. São problemas o preconceito, a discriminação e outros tipos de agressão intercultural com base nas diferenças. Para os profissionais de saúde, é muito válida uma reflexão crítica sobre suas próprias idéias a respeito de raça, marginalização, minorias visíveis e invisíveis, procurando vigorosamente as diferenças entre os vários grupos raciais.

A classe social tem seu próprio conjunto de valores, estilos de vida e comportamento a influenciar a interação da família e as práticas de cuidado da saúde. Ela afeta o modo pelo qual os membros da família se definem e são definidos, como se acarinham, como organizam sua vida diária e como atendem aos desafios, lutas e crises. Ela tem sido referida como principal modelador dos valores e sistemas de crenças da família.

Referente à religião e espiritualidade, entende-se que essas influenciam os valores, cuidados de saúde e hábitos sociais da família. A religião influencia as crenças sobre doenças e adaptação. As emoções – como medo, paz, culpa e esperança – podem ser incentivadas ou contrabalançadas pelas crenças religiosas. A espiritualidade, por sua vez, tem mais a ver com a maneira pela qual as pessoas orientam suas vidas para a percepção de uma luz interna.

Já o ambiente abrange aspectos da comunidade mais ampla, vizinhança e lar. Os fatores ambientais – adequação de espaço, privacidade e acesso a escolas, creche, recreação e transporte público – influenciam o funcionamento da família. É importante que sejam avaliados pelos profissionais de saúde aspectos como adequação da casa ao número de moradores.

No MCAF, a avaliação de desenvolvimento define o estágio do ciclo de vida familiar, tarefas e vínculos. O ciclo vital é composto por seis estágios:

- a) Sair de casa (adultos e jovens solteiros);
- b) União das famílias pelo casamento (novo casal);
- c) Famílias com filhos pequenos;
- d) Famílias com adolescentes;
- e) Encaminhamento dos filhos e saída de casa;
- f) Famílias no fim da vida.

Existe uma distinção entre “desenvolvimento da família” e “ciclo vital da família”. O desenvolvimento enfatiza a trajetória exclusiva construída por uma família, sendo modelado por eventos previsíveis e imprevisíveis, tais como doenças, catástrofes (incêndios, terremotos, inundações) e tendências sociais (vias de comunicação, flutuações de ações no mercado, fusão de empresas, alterações nos índices de criminalidade e nascimento). O ciclo vital refere-se à trajetória típica percorrida pela maioria das famílias, sendo os seus eventos típicos associados à entrada ou saída dos membros da família. A maioria das famílias passa por eventos como: nascimento, educação das crianças, saída dos filhos de casa, aposentadoria e morte. Esses eventos geram mudanças que necessitam de reorganização dos papéis e regras familiares. A transição entre um estágio do ciclo para outro, além de apresentar pontos estressantes, envolve um processo emocional transitório e uma série de mudanças no status familiar. Tais mudanças são necessárias para que ocorra o desenvolvimento familiar.

Em cada estágio, existem tarefas a serem cumpridas por cada membro da família, as quais são necessárias para ocorrer o desenvolvimento de cada fase do ciclo vital.

Os vínculos referem-se a um laço emocional exclusivo e resistente entre duas pessoas específicas. Ao avaliar a família, os profissionais da saúde devem dar atenção à natureza recíproca de vínculo e à qualidade do laço afetivo, que podem ser representados por: vínculos fortes, moderados, superficiais e negativo - estressantes. Os vínculos afetivos entre os membros da família são representados em diagramas (Fig. 1),

sendo que não existe um nível “certo” de ligação ou uma configuração “melhor” de vínculo afetivo. Na avaliação, interessa uma idéia mais sistêmica de ligação que transcende o habitual conceito de díade – especialmente pais-filhos. Busca-se visualizar os significados afetivos entre os membros para sistemas mais amplos.

A identificação desses vínculos e relações constitui-se como redes de apoio, tornando-se os principais objetos de observação deste estudo, através da aplicação do MCAF.

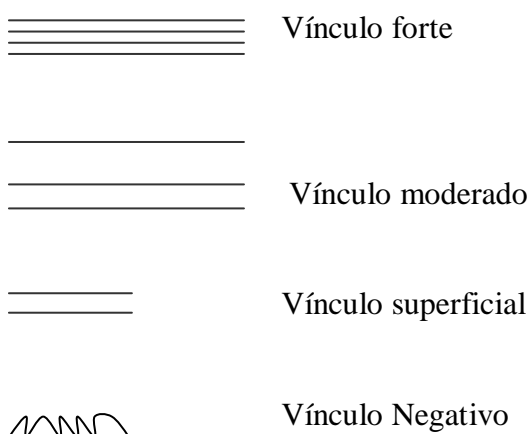


Figura 2 – Diagrama de vínculos

A avaliação funcional diz respeito aos detalhes sobre como os indivíduos realmente se comportam uns com os outros, sendo visto como o aspecto do aqui e agora na vida de uma família que é observado e apresentado por ela. Existem dois tipos de funcionamento familiar: instrumental e expressivo.

O funcionamento instrumental refere-se às atividades rotineiras da vida diária como alimentar-se, dormir, preparar refeições, assumindo um significado importante quando adoece um membro familiar.

O funcionamento expressivo é evidenciado em subcategorias: comunicação emocional, verbal, não-verbal, circular, solução de problemas, papéis, influência e poder, crenças, alianças e uniões.

A comunicação emocional refere-se à amplitude e tipos de emoções e/ou sensações expressos e/ou demonstrados, assim como sentimento de felicidade, tristeza, raiva ou pequena variação de expressão emocional.

A comunicação verbal concentra-se principalmente no relacionamento expresso pelo conteúdo verbal, ou seja, em termos de relacionamento o enfoque está no significado das palavras, que pode ser visto de forma evidente ou de forma oculta.

A comunicação não-verbal focaliza-se nas mensagens paraverbais e não-verbais transmitidas pela família. Mensagens não-verbais envolvem postura corporal (curvado, inquietação, aberta, fechada), contato ocular (intenso, mínimo), toque, gestos, movimentos faciais (caretas, olhar fixo, bocejos). A proximidade ou distância entre os membros da família também é uma forma de comunicação não-verbal. A comunicação paraverbal compreende, por exemplo, tonalidade, sons guturais, choro, gaguejos. A comunicação não-verbal sofre grande influência da cultura, sendo estreitamente ligada à comunicação emocional.

A comunicação circular refere-se à comunicação de reciprocidade entre indivíduos, um aspecto relevante na compreensão da interação entre duas pessoas, principalmente na influência de uma pessoa sobre o comportamento da outra.

A solução de problemas refere-se à capacidade de a família dar uma solução eficaz aos próprios problemas, sendo bastante influenciada pelas convicções da mesma a respeito de suas capacidades e êxitos passados. É importante saber a extensão da influência da família no problema ou doença, é a própria pessoa que identifica os problemas.

Os papéis dizem respeito aos padrões de comportamento dos membros da família estabelecidos. Papéis são comportamentos constantes em uma situação específica, que se desenvolvem por meio de interações com outros indivíduos, e são influenciados pela aprovação dos outros. As diferenças de sexo influenciam nos papéis de homens e mulheres. Estas têm um perfil de participação mais freqüente, mais intenso e mais ativo no papel de responsabilidade. Existem os papéis informais e formais. Os formais representam aqueles que, na comunidade, apresentam um consenso muito mais amplo sobre uma norma: os de mãe, marido e amigo. Os papéis informais são os padrões estabelecidos de conduta, os quais podem ser idiossincrásicos a determinados indivíduos em certas situações.

Quanto à subcategoria influência e poder, está relacionada aos métodos para afetar os comportamentos de um indivíduo, podendo ser utilizado de forma positiva ou negativa. As relações de poder existem entre os membros da família, provedores de cuidados de saúde e instituições.

As crenças referem-se a atitudes fundamentais, premissas, valores e pressupostos adotados pelos indivíduos e famílias. As crenças e o comportamento estão intrinsecamente ligados. Cada ação e cada escolha feitas pelas famílias e pelos indivíduos desenvolvem-se a partir de crenças que moldam a maneira pela qual as famílias se adaptam a doenças crônicas e potencialmente fatais. Desse modo, é importante que a equipe profissional explore e avalie as crenças da família a respeito do problema de saúde.

A subcategoria alianças e uniões concentra-se na orientação, equilíbrio e intensidade dos relacionamentos de membros familiares ou entre famílias e profissionais da saúde.

O principal enfoque na avaliação do comportamento expressivo é sobre o aqui e agora, entretanto comportamentos passados e objetivos futuros também são levados em consideração. O foco da avaliação familiar é menor sobre o indivíduo e maior sobre a interação entre os membros, fazendo com que a família seja vista como um sistema de membros que interagem. Isso permite aos profissionais da saúde trabalhar com a hipótese de que os indivíduos são melhor compreendidos dentro de seu contexto social imediato, imaginando-os definindo e sendo definidos pelo contexto.

Assim, os relacionamentos do indivíduo com os membros da família e outros membros significativos de um ambiente social mais amplo são muito importantes. O profissional de saúde pode observar como os membros da família interagem e influenciam-se de maneira espontânea, sendo que esse olhar de “modo interacional” possibilita compreender o comportamento e o padrão de interação de cada membro individual no contexto familiar.

Wright e Leahey (2002) indicam a utilização do genograma e ecomapa como instrumentos para avaliação estrutural interna e externa da família. Estes dois instrumentos permitem, respectivamente, a compreensão da composição e vínculos familiares, bem como identificar os relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos, ampliando o conhecimento sobre aqueles que interagem na realidade social cotidiana. Além disso, possibilitam definir os sistemas significativos para o indivíduo e família, favorecendo o conhecimento de sua rede de relações sociais.

O genograma (Figura 3) é um diagrama do grupo familiar. O esboço tende a seguir gráficos convencionais genéticos e genealógicos. Pode ser utilizado para discernir a estrutura familiar interna e externa através da árvore familiar e usa ampliação, além de propiciar dados ricos sobre os relacionamentos, podendo também

incluir dados sobre saúde, ocupação, religião, etnia e migrações. Pode ser utilizado para desencadear informações úteis para a equipe profissional a respeito do desenvolvimento e outras áreas do funcionamento da família.

Geralmente são incluídas três gerações, sendo os membros colocados em séries horizontais que significam linhagens de geração. As crianças são denotadas por linhas verticais, que são ordenadas em uma classificação da esquerda para a direita, começando pela mais velha.

Ao lado dos símbolos, são acrescentadas informações significativas: doença mental na família, trabalho, preocupações, escolaridade e outros.

Na construção do genograma, é importante a inclusão dos integrantes da família, idade dos membros, escolaridade e óbitos, a observação do conteúdo (o que é dito) e o processo (como é dito), informações referentes à saúde, história de abuso de álcool ou outras drogas, violência, doença mental ou outras doenças na família.

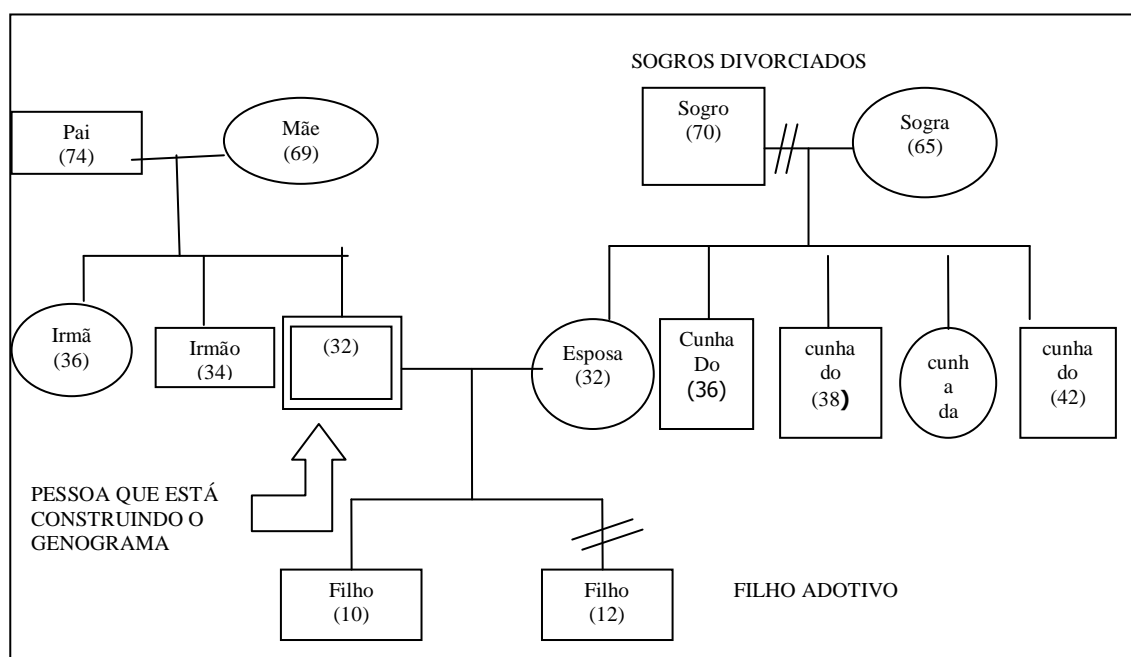


Figura 3 – Genograma. Adaptado do modelo utilizado pela Faculté de Sciences Infirmières Université de Montreal – Québec, Canadá.

O ecomapa (Figura 4) é um diagrama do contato da família com os outros além da família imediata, representando as conexões importantes entre a família e o mundo. Permite a compreensão dos vínculos e os relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos do contexto familiar, tendo como valor numérico o impacto visual. Retrata as relações importantes, tanto positivas quanto negativas, mapeia as

interfaces, os pontos de intermediação, pontes a construir e recursos a serem buscados e mobilizados nos conflitos. Assim como no genograma, durante o processo de avaliação, os membros da família participam ativamente na construção do ecomapa. O genograma da família é colocado no círculo central ao qual se dá o nome da família. Os círculos externos representam pessoas, órgãos ou instituições no contexto familiar. As linhas desenhadas entre a família e os círculos externos servem para indicar a natureza dos vínculos afetivos existentes. Elas indicam vínculos fortes, moderados, superficiais e muito superficiais. Já as linhas cortadas representam relações estressantes (negativas). Quanto maior o número de linhas ligando uma determinada relação, mais forte será o vínculo afetivo definido pelo indivíduo e seu familiar.

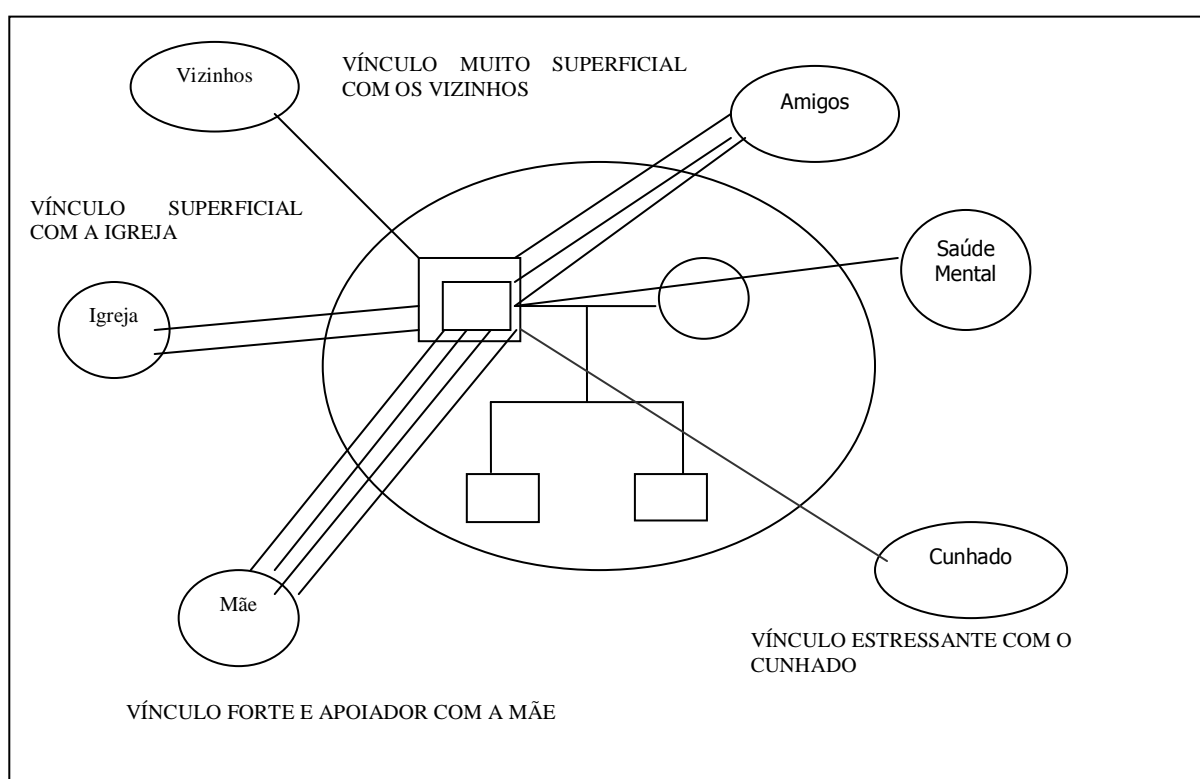


Figura 4 – Ecomapa. Adaptado do modelo utilizado pela Faculté de Sciences Infirmières Université de Montreal – Québec, Canadá.

Pensamos que a avaliação de família através do Modelo Calgary possibilita o conhecimento da natureza e qualidade dos vínculos na estrutura interna e externa da família, e também ser um recurso importante na atenção em saúde mental, enriquecendo qualitativamente as ações que visam à promoção da saúde. Permite ao profissional e equipe de saúde conhecer o conjunto daqueles que interagem direta ou indiretamente com o indivíduo em sofrimento psíquico e sua família e, desse modo, identifica as redes de relacionamento do seu cotidiano e espaço social.

4 REDE SOCIAL DE APOIO

Melman (2001) relata que existem fortes evidências de que uma rede social estável, forte e solidária protege a pessoa contra doenças, aumenta a sobrevivência e acelera os processos de cura, o que evidencia a importância da inclusão dos familiares e outros relacionamentos como parcerias no cuidado do indivíduo com transtorno mental. Desse modo, a incorporação da avaliação de família, dentro do MCAF, pode contribuir na identificação de diversos processos de vida dos usuários de saúde mental, seus caminhos e suas relações consigo, com a família e sociedade.

O conhecimento dessa rede social pode favorecer aos profissionais a realização de ações mais ampliadas de saúde, criando alternativas para um cuidado mais integral.

A incorporação da rede social na prática clínica enriquece a ação terapêutica. Isso permite observar processos adicionais até então não reconhecidos e contribui na explicação de diversos problemas e suas relações, orientando para novas intervenções (SLUZKY, 2006).

A rede social serve como instrumento analítico para avaliar o apoio social e como uma ferramenta a ser incorporada nas práticas de saúde. O apoio social é uma das estratégias da população para enfrentar a complexidade dos problemas de saúde-doença, beneficiando a saúde física e mental, uma vez que acolhe e cuida dos sujeitos como uma totalidade de corpo-mente. É uma prática de cuidado centrada na totalidade do sujeito e aborda o conceito de saúde na sua positividade, estando inserida no pressuposto da promoção da saúde. Além disso, estimula a autonomia dos sujeitos, sendo uma ação de saúde que se processa no cotidiano das interações estabelecidas pelos indivíduos (LACERDA, 2002).

Para a referenciada autora, o apoio social pode contribuir para a saúde física e psicológica ao cuidar dos sujeitos, ajudando-os a encontrar coerência para a própria vida e sair do isolamento e do vazio existencial em que se encontram. Com esse apoio fornecido pelas redes sociais, as pessoas interagem e sentem-se seguras e confiantes para compartilhar os problemas e expressar seus sentimentos. Evidencia-se que a socialização é um fator importante que permite aos sujeitos, por meio de sua trama de relações, acessarem os recursos de apoio social e desenvolverem habilidades pessoais.

Nesse cenário, identifica-se o impacto que o conhecimento da rede social de apoio na saúde tem sobre as estratégias e táticas para enfrentamento da complexidade

dos problemas de saúde-doença, através de relações que envolvem o cuidado, a solidariedade e o apoio mútuo (LACERDA, 2002).

A inovação da abordagem centrada nas redes de apoio social decorre dos deslocamentos que promovem da sintomatologia e do diagnóstico para as repercussões do transtorno mental sobre as relações sociais e, para a subjetividade dos familiares, mobilizando recursos, criando novas redes de sociabilidade a partir da vivência comum, inventando novas referências em saúde mental e novos laços com serviços que são ressignificados. Nesse sentido, há um enfoque do olhar sobre e a partir da família para outros territórios e assim abre novas possibilidades de acolhida, reconstrução e criação de novas relações sociais, novos sentidos, novas representações, novas formas de ser e estar no mundo (ROSA; 2003).

Identificamos que “a rede social é relevante no contexto do apoio social e está diretamente relacionada aos estudos teóricos e empíricos sobre apoio social e saúde” (LACERDA, 2002, p. 23). Refere o autor que o apoio social compreende relações que incluem desde os relacionamentos mais íntimos com amigos e familiares próximos até relacionamentos de maior densidade social como os grupos e redes sociais.

Nesta pesquisa, entendemos que o conhecimento das redes sociais pessoais e familiares de cada indivíduo e das redes que se estabelecem entre grupos e comunidades torna possível identificar e/ou potencializar os recursos de apoio social disponíveis no território do sujeito em sofrimento mental. A rede social pessoal é “a soma de todas as pessoas que o indivíduo percebe ou sente como significativas ou diferenciadas no universo relacional no qual está inserido” (SLUZKY, 2006, p. 42).

A rede social inscreve o indivíduo e sua família em um determinado território social e favorece que os profissionais de saúde mental ampliem seu território de intervenção. Além da ampliação territorial do espaço terapêutico, as intervenções na rede social podem mobilizar importantes recursos internos e externos à família, muitas vezes recursos esquecidos que podem ser acionados para favorecer o tratamento (MELMAM, 2001).

Portanto, a abordagem familiar pode estar centrada nas redes sociais que se configuram a partir da teia de relações e interconexões construída entre pessoas que se conhecem e se reconhecem, partilhando de um sistema de mútua referência, que alimenta relações parametradas por laços consangüíneos, de aliança/parentesco, vicinais e afetivos, bem como prestação de serviços. Tal processo engloba tanto relações primárias (rede de parentesco, vizinhança, amizade e trabalho), que se caracterizam por

relações pessoalizadas e próximas (face a face), quanto relações secundárias (organizações, serviços de saúde, assistência...), orientadas por relações mais impessoais (ROSA, 2003).

O conhecimento da rede social apresenta-se como uma ferramenta que pode ajudar a organizar as experiências do indivíduo com sofrimento psíquico, orientando para a busca de soluções e recursos em um sistema significativo.

Sluzky (2006) aponta a natureza sistêmica da rede social de apoio, pois reconstitui a natureza padronizada das relações entre seus componentes. Seu recorte possibilita ao terapeuta uma necessidade de explorar e considerar o sistema significativo do indivíduo.

O conceito de rede social permite entender o sujeito com tudo aquilo com o qual interage, todos os seus vínculos no micro e macro espaço: família, amigos, vizinhos, igreja, trabalho, escola, sociais, políticos, entre outros. Essa estrutura social “se revela como crítica para uma compreensão mais inteira dos processos de integração psicossocial, de promoção do bem-estar, de desenvolvimento da identidade e da consolidação dos potenciais de mudança e, conseqüentemente, também incluir os processos psicossociais de desintegração, de mal estar e de adoecer, de transtornos de identidade e de perturbação dos processos de adaptação construtiva e de mudança” (SLUZKY, 2006, p. 37).

Quando trabalhamos com rede, devemos considerar que os vínculos interpessoais que se estabelecem no cotidiano dos serviços de saúde também passam a fazer parte dessa trama. A multiplicidade de pessoas e relações que compõem uma instituição pode gerar um grande contingente de possibilidades para a tessitura de uma rede maior, mostrando vários nós, capazes de gerar mais possibilidades, mais suporte afetivo e material, melhorando a qualidade de vida de todas as pessoas participantes do processo (MELMAN, 2001).

Entendemos que, na área da saúde e em qualquer dimensão social, há entrelaçamentos das relações sociais presentes no conceito de rede social, contrapondo-se ao conceito fragmentado de ser humano. Então, o ser humano é percebido como alguém capaz de participar e protagonizar atos de transformação da realidade, no qual o indivíduo tem a possibilidade de construir, aglutinar-se e identificar-se com seus pares em redes sociais. O conceito direciona para maior atenção com a diversidade das ações e condutas dos indivíduos, o que torna imprescindível olhar para o outro. (BRAGA, 2006)

Em linhas gerais, pode-se definir “rede social uma teia de interações entre sujeitos envolvidos em ações concretas” (BRAGA, 2006, p. 165). As interações dessa rede podem apresentar conotação positiva ou negativa, sendo que essa distinção permite introduzir a questão das redes de suporte, composta por entrelaçamentos de caráter positivo ou de identificação.

Nesse contexto, a função de uma rede relaciona-se à qualidade das relações interpessoais estabelecidas com a família ou com seu entorno social, em que a qualidade dessas relações está ancorada na história dos vínculos estabelecidos, na intensidade, frequência e mutualidade dos mesmos (MORE, 2005).

Segundo Sluzki (1997), o tipo de relação interpessoal entre os membros de uma rede determina as funções da rede que inclui companhia social, apoio social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços, acesso a novos contatos.

A Companhia social refere-se à realização de atividades conjuntas ou simplesmente o estar juntos e compartilhar a rotina cotidiana.

O Apoio emocional está relacionado a intercâmbios que conotam uma atitude emocional positiva, clima de compreensão, simpatia, empatia, estímulo e apoio. É poder contar com a ressonância emocional e boa vontade do outro. É uma função característica das amizades íntimas e das relações familiares próximas com um baixo nível de ambivalência, são as relações caracterizadas íntimas.

Quanto ao guia cognitivo e de conselhos, são as interações destinadas a compartilhar informações pessoais ou sociais, esclarecer expectativas e proporcionar modelos de papéis.

A regulação (ou controle) social são as interações que lembram e reafirmam responsabilidades e papéis. Essa função neutraliza os desvios de comportamento que se afastam das expectativas coletivas, permite o desaparecimento das frustrações e da violência e favorece a resolução de conflitos. A maioria dos ritos e rituais sociais age como lembrete dessas restrições

A ajuda material e de serviços está relacionada à colaboração específica baseada em conhecimentos de especialistas ou ajuda física, incluindo os serviços de saúde. Nesse caso, os terapeutas e outros agentes de saúde mental costumam constituir um componente importante de rede de muitos pacientes psiquiátricos crônicos.

O acesso a novos contatos constitui abertura de portas para a conexão com pessoas e redes que até então não faziam parte da rede social do indivíduo. Apesar de ser um atributo de qualquer relação, aparece como traço importante apenas em algumas.

Cada vínculo da rede pode desempenhar mais de uma dessas funções, abarcando um número importante de ações por suas riquezas, complexidade ou idiossincrasias, registrando um mapa mínimo da pessoa com seu meio social.

O MCAF permite identificar e/ou potencializar as redes sociais de apoio e, assim, facilita a visualização dos vínculos, das relações estabelecidas, dos caminhos abertos e desativados, possibilitando às equipes de saúde – no caso, as de saúde mental – incluir e potencializar intervenções de apoio e estímulo para circulação social e desmistificação da loucura.

Desse modo, pensamos que identificar redes sociais de apoio com usuários e familiares vai possibilitar uma maior compreensão da experiência da loucura, facilitando ações de saúde mental e solidariedade, mostrando caminhos para a mudança nos modelos de atenção em saúde.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

Esta pesquisa caracteriza-se como estudo de caso, em que utilizamos o Modelo Calgary de Avaliação de Família (MCAF), adaptado pela *Faculté de Sciences Infirmières Université de Montreal* – Québec, Canadá.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva, visto que trabalha com o universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores que correspondem a um espaço mais profundo das relações, não podendo reduzir os processos e os fenômenos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2006).

O estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que “investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2005, p. 32).

Buscamos, através deste estudo de caso, observar a realidade das interações estabelecidas por uma família, identificando a multiplicidade de ações e situações experienciadas em sua vida social com a aplicação do MCAF.

Essa rede de relações possibilitou conhecer e retratar uma realidade complexa que deve ser aproveitada no cuidado do usuário e família.

5.2 Local de Estudo

O estudo foi realizado em um CAPS II, denominado Centro Integrado de Saúde Mental (Cais Mental), localizado na Rua José Bonifácio, bairro Cidade Baixa, na cidade de Porto Alegre.

A escolha do campo esteve relacionada com o projeto de pesquisa CAPSUL, em que foram considerados os seguintes critérios de seleção do CAPS:

- escolha intencional, tendo como parâmetro os dados obtidos na etapa de avaliação quantitativa, referentes à estrutura, processo e sua adequação às normas definidas pela Portaria nº. 336/2002;

- tempo de funcionamento e experiência do serviço, além da disponibilidade dos grupos de interesse (equipe, usuários e família) em aderirem à proposta.

5.3 Sujeitos do Estudo

Foi escolhida uma dupla usuário/familiar em acompanhamento no CAIS Mental, tendo como critério de inclusão possuir boas condições de comunicação e aceitar participar do estudo.

A seleção da dupla usuário/família foi realizada partir dos usuários entrevistados na pesquisa CAPSUL, o qual definiu tais critérios de seleção dessas famílias:

- a inserção da família no tratamento, para o qual foram selecionadas tanto famílias que aderissem ao tratamento como famílias que não aderissem à proposta do CAPS;

- características do usuário: famílias de usuários com um dos seus integrantes com transtorno psiquiátrico grave e, no mínimo, dois de famílias que tivessem um usuário portador de dependência química;

- concordância do usuário e da família em participarem das oficinas e entrevistas (APÊNDICE A).

5.4 Coleta dos Dados

A coleta de dados foi realizada através da construção de genograma e ecomapa mediante entrevista com a dupla usuário/família.

O genograma é um diagrama do grupo familiar, uma árvore representando a estrutura familiar interna e externa da família.

O ecomapa é um diagrama de contato da família, que representa os relacionamentos dos membros da família entre si e com os sistemas mais amplos.

A dupla usuário/família participou ativamente dessa construção e, nessa etapa da avaliação, o genograma foi colocado num círculo central, sendo cercado de círculos

externos, representando pessoas, órgãos ou instituições significativos aos entrevistados. Entre a família e os círculos externos foram desenhadas linhas que indicam a natureza das relações e vínculos afetivos e a intensidade dos mesmos. Essas linhas indicam vínculos fortes, moderados, fracos e negativo - estressantes.

Na construção do ecomapa, incluímos as seguintes questões consideradas importantes:

a) relacionamentos entre pais e filhos, irmão/irmãs e demais relações, ou seja, interação familiar;

b) identificação da pessoa responsável pelos cuidados com usuários;

c) instituições comunitárias, das quais o usuário participa, e quais as mais e menos úteis;

d) as relações de interação entre o CAPS, hospital, bairro, comunidade, amigos e outras que a dupla representou como significativas;

e) visualização de quem fornece apoio no CAPS, bem como os tipos de apoio oferecidos.

f) identificação das dificuldades de relacionamento; observar como se dá o relacionamento entre os membros da família e quem se relaciona melhor com quem dentro dela; como é o relacionamento da família e do usuário com o meio (CAPS, igreja, escola, centros comunitários, vizinhos).

A coleta de dados, que teve previamente um contato por telefone para agendar, foi realizada no Cais Mental. Nesse primeiro contato, foram explicadas questões relacionadas ao estudo, objetivos, de que forma seria realizada a coleta de dados e quem iria participar da coleta. Após essas informações, foi combinada a primeira entrevista com a dupla usuário/familiar. O primeiro encontro foi realizado na casa da família.

A segunda entrevista, na qual foram construídos o genograma e o ecomapa, ocorreu no CAPS, pois a família avaliou que, devido o pequeno espaço em sua casa, o serviço ofereceria melhores condições para essa etapa da coleta de dados.

Para identificar os entrevistados, utilizamos a letra U e/ou Carolina (nome fictício) e Jacinto para o familiar. Utilizamos ainda as letras E, C.A., C.H., para identificar os irmãos de Carolina, as letras R, G, tia E, N e M para identificar seus tios e a letra S para identificar a sogra.

5.5 Análise dos Dados

A análise dos dados ocorreu pela compreensão do sistema familiar proposto de MCAF. Assim, foi realizada a avaliação estrutural na qual identificamos quem faz parte dessa família, seu contexto interno e externo.

Na avaliação de desenvolvimento, buscamos conhecer os vínculos do usuário e da família, visualizando os relacionamentos afetivos no micro e macro espaço familiar, o que caracteriza, assim, sua rede de apoio social.

A avaliação funcional apontou as atividades da vida diária da família e os aspectos relacionados ao comportamento expressivo entre os familiares: a comunicação, as alianças existentes, os papéis desempenhados, a solução de problemas, ou seja, como se comportam uns com os outros.

5.6 Aspectos Éticos

Este estudo é vinculado à pesquisa CAPSUL, que tem parecer 074/05 favorável do Comitê de Ética e pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, de acordo com a resolução 196/96 do Ministério da Saúde e parecer nº. 14/06 favorável da Comissão de Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas (Apêndice B). Para preservar o anonimato, os entrevistados receberam nomes fictícios.

6 AVALIANDO UMA FAMÍLIA

6.1 Estudando o Caso

Enfocamos este estudo na usuária do Cais Mental, Carolina (30 anos), que reside com seu companheiro Jacinto (45 anos). É uma senhora branca, de origem alemã, seus bisavôs maternos nasceram na Alemanha, filha única do segundo casamento da mãe.

Nasceu em Salvador/Bahia. Aos 6 meses de idade, veio morar na casa de sua avó, em Santa Maria/RS, enquanto sua mãe continuou trabalhando como psicóloga em Salvador. Quando tinha 3 anos, sua mãe também veio morar em Santa Maria para ficar mais próxima da família. Aos 6 anos, Carolina veio morar em Porto Alegre com sua mãe, que iria trabalhar nessa cidade. Com 7 anos, foram morar em Minas Gerais (MG), porque sua mãe estava tendo problemas com a polícia, devido a irregularidades na clínica psicológica. Na entrevistada não soube relatar por que sua mãe escolheu a cidade de Minas Gerais para morar. Após um ano, em virtude de um emprego da mãe, conseguido através de uma conhecida de Minas Gerais, foram para Goiás. Não tendo quem cuidasse de Carolina em Goiás, sua mãe a trouxe para morar com a avó em Santa Maria, época em que Carolina tinha 8 anos.

Ela conta que a vivência com a avó foi ótima: preparava boas refeições, lanches, levava para passear na casa dos parentes, no cinema, nos parques, preparava suas roupas, material de colégio. Relata que teve uma relação de muito afeto, de atenção e de cuidado em relação à avó.

Aos 12 anos, voltou para morar com sua mãe na Bahia, onde ficou até os 14 anos. Nessa época, mudaram-se para o Paraguai. Aos 15 anos, voltaram para Goiás, quando iniciaram seus problemas e “crises”. Lembra que isso aconteceu quatro anos após o falecimento de sua avó. Teve uma crise de depressão, “queria morrer, não comia, não tomava banho, não queria fazer nada, não recebendo tratamento psiquiátrico” (U).

Foi morar com seu tio em São Paulo, por causa de conflitos com sua mãe, onde apresentou melhoras após um mês. Ela declara que sua adolescência foi difícil, devido à violência e à agressividade da mãe. Conta que a mãe batia nela, rasgava suas roupas, aparentemente sem motivos. Essa vivência resultou num relacionamento bastante

conflituoso, já que sua mãe era bastante nervosa, irritada e que tinha idéias fora da realidade, dizia que “a gente respira e o fogo entra”, “a gente era do sistema solar e pegava fogo” (U). E ainda que a mãe criara uma teoria sobre o “estudo da pirologia”, chegando a escrever um livro sobre o assunto e distribuindo-o para as pessoas.

As 17 anos, retornou a morar com a mãe, que residia em Curitiba, onde teve sua segunda crise. Após uma discussão com a mãe, saiu de casa e foi para um local distante de Curitiba com o objetivo de se suicidar com veneno (vermicida) ou faca. Não queria mais viver, uma vez que as dificuldades com a mãe eram muito grandes. Chegou a tomar o veneno, sendo socorrida por pessoas que a encontraram naquele local e encaminharam-na ao médico da cidade. No atendimento, ela não respondeu nenhuma pergunta, já que não queria ser identificada para não precisar retornar à casa da mãe, devido às brigas que tinham.

Foi diagnosticada com amnésia e levada ao Centro de Atendimento ao Adolescente. Lá, manteve-se em mutismo para não ser identificada e reconhecida. No momento em que aparece na divulgação como pessoa desconhecida - encontrada, ao ver sua foto da filha na TV, a mãe foi reencontrá-la.

Carolina refere que a mãe a levou para casa novamente, e não houve continuidade no tratamento. Conta que os desentendimentos com a mãe continuaram e, seu tio (irmão da mãe), que residia em São Paulo, acabou levando-a para morar com ele. Passados seis meses, sua mãe foi buscá-la, não concordando com sua permanência nessa cidade, e retornaram para Curitiba. Após essa situação, apresentou nova crise, querendo morrer.

Suas crises sempre iniciavam com insônia, recusa para comer e tomar banho, sem vontade de fazer nada, piorando aos poucos até ter o sentimento de querer morrer, desejando morte súbita. Os familiares de Carolina entendiam seus problemas simplesmente como uma crise de não entendimento com a mãe. Ela mesma achava que tudo o que estava passando era somente problemas com a mãe, não cogitava assim a hipótese de um transtorno psiquiátrico e também não estava tendo acompanhamento psiquiátrico.

Em Curitiba, estudou até o segundo ano do curso superior de pedagogia, na Universidade Federal do Paraná (UFPR). Na época, estudava à noite e fazia estágio durante o dia, numa pré-escola (educação infantil).

Em 2001, trabalhando como babá, veio com a família das crianças em férias para Porto Alegre. Nessa viagem, entrou em contato com seus 3 irmãos do primeiro

casamento da mãe, os quais ainda não conhecia. Depois disso, continuou mantendo contato com eles por telefone e correspondências.

No final de 2003, após o assassinato de sua mãe, veio morar com seu irmão C.A. em Viamão (Rio Grande do sul), interrompendo o curso de pedagogia. Morou lá durante um mês. Em seguida, alugou um apartamento no Bairro Bom Fim (Porto Alegre) onde morou durante um ano. Em 2004, foi morar com seu companheiro Jacinto (na época, fora seu vizinho), com quem mora até hoje.

Em Porto Alegre, Carolina teve três internações psiquiátricas. A primeira ocorreu no início de 2004, alguns meses após o assassinato da mãe. Na época, novamente queria morrer e tentou suicídio, ingerindo uma caixa de antidepressivo Anafranil, chegando a colocar fogo no apartamento após a ingestão da medicação. Esse episódio teve registro policial, no qual Carolina foi levada pelos irmãos ao Hospital Petrópolis, onde ficou internada por uma semana. Recebeu o diagnóstico de transtorno pós-traumático, devido à morte recente da mãe. Depois de um mês, apresentou nova crise, sendo internada no hospital Espírita, durante aproximadamente um mês, em que foi diagnosticado o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), dando início ao tratamento com lítio. Essa foi a segunda internação psiquiátrica da paciente.

Após alta e melhora com o tratamento, começou a trabalhar numa escola de educação infantil, entretanto permaneceu por pouco tempo – mais um menos a dois meses. Refere não ter gostado do sistema educacional da instituição e ainda sofria as conseqüências de sua crise. Pediu demissão em novembro de 2004. De dezembro de 2004 a agosto de 2005, trabalhou como babá – nesse caso, pediu demissão do trabalho por não estar gostando do ambiente.

Em seguida, conseguiu outro local para trabalhar como babá, onde permaneceu por um ano (até agosto de 2006), sendo demitida pela patroa que era juíza, após esta descobrir a ocorrência policial devido ao incêndio no apartamento e sua internação psiquiátrica no Hospital Petrópolis.

Também relata que naquela época estava se sentindo bastante deprimida e com dificuldades no trabalho, situação que foi se agravando com o abandono da medicação, em março de 2006. Tentou uma vaga de trabalho em vários locais, conseguiu um do qual, devido a desentendimento com o chefe, saiu após um mês. Em dezembro de 2006, brigou com o marido, saiu de casa e foi morar com pessoas conhecidas em outro bairro da cidade de Porto Alegre.

Em janeiro de 2007, tendo piora no quadro depressivo, reiniciaram as insônias. Na época, estava sem trabalho, morava na casa de conhecidos. Preocupada com a vida, decidiu retornar para casa morando novamente seu companheiro Jacinto. Começou então a trabalhar como dama de companhia, cuidando de uma senhora idosa no Hospital Moinhos de Vento.

Os sintomas da doença foram piorando, segundo relatos da usuária:

“piorou as minhas insônias [...] eu também não conseguia dormir, aí teve um dia que eu cheguei no hospital, bem tonta das idéias. Assim, não conseguia nem me locomover. Estava bem, daí o pai da senhora, os parentes dela estavam lá, eu entrei em choque assim, fiquei em crise de pânico” (U).

Segundo relato de Jacinto, ela também estava desconfiada, com delírio persecutório, sendo novamente internada no Hospital Espírita. Essa foi sua terceira internação psiquiátrica. Após um mês de internação, recebeu alta e foi encaminhada para o Cais Mental, começando a freqüentar o serviço em março de 2007. Inicialmente no regime intensivo (ida diária ao Cais), em seguida passou para o regime semi-intensivo (3 vezes por semana).

Atualmente está preocupada em conseguir emprego.

6.2 Avaliação Estrutural

Apresento a seguir o genograma construído conjuntamente pela dupla usuário/família.

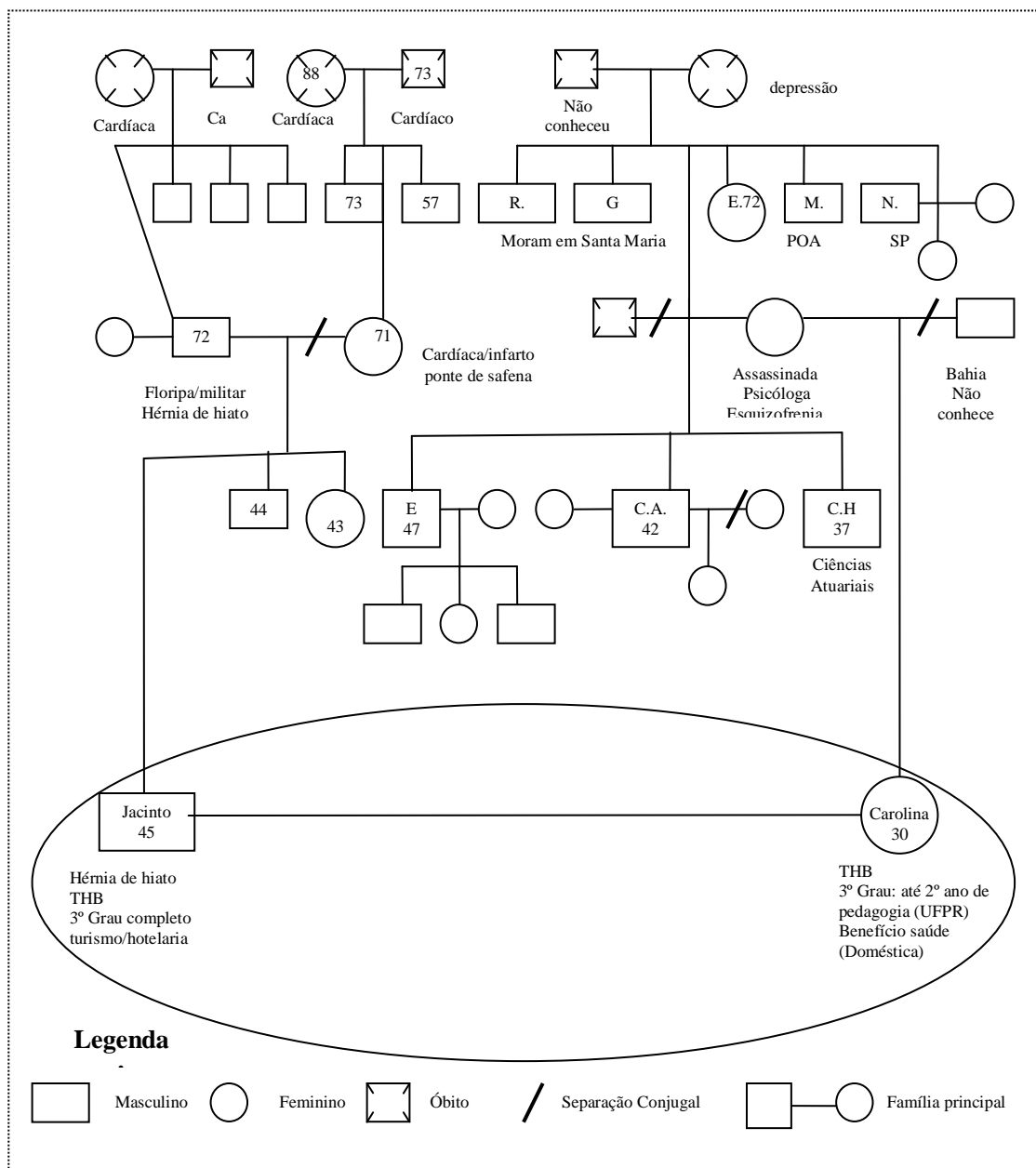


Figura 5 - Genograma de Carolina.

É uma família composta por duas pessoas: Carolina e Jacinto. Sobre sua mãe, refere que ela teve um primeiro casamento em Porto Alegre, com 3 filhos. Separou-se e conheceu um rapaz baiano que fazia um curso em Porto Alegre. Após alguns meses de namoro, a mãe engravidou de Carolina e foi morar junto com o namorado (pai de Carolina) na Bahia. O casal separou-se quando Carolina tinha um mês e, após seis meses, e Carolina veio morar com sua avó em Santa Maria.

Sua mãe foi assassinada em 2003 com 64 anos. Ela era uma pessoa muito agressiva, descontrolada e maltratava os filhos:

“A minha mãe era violenta assim. De brigar, de bater, de dar coice, de dar murro, comigo. Ela era bem descontrolada” (U).

Carolina sabia que sua mãe tinha algum problema, porém não sabia o que ela apresentava. Descobriu que a mãe tinha diagnóstico de esquizofrenia após sua morte, ao ler um documento de benefício doença. Após a morte da mãe, veio morar em Porto Alegre para ficar mais próximo dos irmãos. Ela não conheceu seu pai e também não sabe informar nada a respeito da família dele.

Sua avó materna residia em Santa Maria, faleceu em 1988 – a entrevistada não sabe informar a idade com precisão. Carolina refere um relacionamento muito bom com a avó, tendo boas lembranças dela, pois era uma pessoa afetiva. Não conheceu seu avô materno.

Carolina tem três irmãos do primeiro casamento da mãe, dois deles residem em Porto Alegre e um em São Paulo. O mais velho (47 anos) é casado, tendo 3 filhos; Carlos Alfredo (C.A.) – o do meio – tem 42 anos, é casado duas vezes, tem uma filha do primeiro casamento. Carlos Henrique (C.H.) – o mais novo – tem 37 anos, também mora em Porto Alegre, é solteiro. Carolina tem cinco tios maternos, dos quais Reiner (R.), Guido (G.) e Edite (E.) residem em Santa Maria; Nestor (N.) mora em São Paulo e Milton (M.) em Porto Alegre.

Jacinto – branco com descendência portuguesa e espanhola – é seu companheiro desde 2004. Também tem diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar, está em acompanhamento no CAPS Conceição. É formado em hotelaria e turismo (3º grau completo). Atualmente, está desempregado, recebe auxílio financeiro do pai. Seu último emprego foi como sócio de uma rede de padarias/cafeaterias em Porto Alegre, com filiais em outros municípios da região metropolitana. A empresa faliu em 2005 e, desde então, Jacinto não conseguiu outro emprego.

Economicamente recebem pouco. Carolina tem benefício do INSS (auxílio doença), e seu companheiro recebe ajuda financeira do pai. Ambos têm conseguido se manter e organizar os seus gastos. Não consideram a situação financeira como um problema.

Considerando a etnia, Carolina é de origem alemã, sendo que seus bisavós vieram da Alemanha. Seu companheiro é branco com descendência portuguesa e espanhola. Os dois são de raça branca. Não manifestam preconceito e discriminação intercultural.

Referente à religião e espiritualidade, confessa que sempre foi muito ligada à fé e, apesar de não ser católica, desde pequena rezava a oração do santo anjo que sua mãe lhe ensinou. Carolina atualmente é evangélica, sendo essa uma de suas atuais aspirações. Pretende freqüentar a catequese para fazer o curso de primeira comunhão. Ela acredita que a religião é uma base, e que a fé ajuda na superação dos problemas, nos momentos de tristeza.

Residem em um apartamento alugado desde 2004. É um local pequeno, dois cômodos e um banheiro, ambiente organizado e limpo. Possui água encanada, coleta de lixo e rede elétrica. Um dos cômodos é um ambiente de sala e cozinha com mesa, cadeiras, um sofá, televisão entre outros. O outro é quarto do casal

A questão gênero não interfere no relacionamento do casal, uma vez que não existe separação das atividades consideradas como femininas e masculinas dentro de casa. Os dois realizam conjuntamente as tarefas.

Fatores como ordem de nascimento e análise da orientação sexual não interferem na vida da família. Carolina, mesmo tendo três irmãos mais velhos, não sofreu essa influência dos irmãos sobre sua personalidade, visto que não residia com eles nem os conhecia, moravam em cidades e estados diferentes.

Na avaliação dos limites, percebe-se a presença de limites permeáveis, uma vez que as regras existentes na família podem ser modificadas a adequadas conforme combinação do casal em relação a cada situação vivida, sendo que este tipo de atitude protege e mantém maior união entre o casal.

O ambiente de convívio envolve principalmente o lar, a casa da sogra e o Cais Mental, transporte público. Residem em casa alugada no bairro Bom Fim, Porto Alegre, desde 2004, num apartamento pequeno de dois cômodos mais um banheiro, ambiente organizado e limpo. Apresenta pouco convívio na rede comunitária mais ampla como igreja e Centro Espírita (vai de vez em quando). E, apesar de freqüentar pouco, considera a igreja e religião como um auxílio nos momentos de dificuldades. Não apresenta vínculo com escolas, associações comunitárias, clubes, sistemas de trabalho. Atualmente está preocupada em relação ao desemprego, declara que está à procura de um emprego.

Aos finais de semana, fica com seu companheiro em casa ou vão juntos para a casa da sogra. O casal não viaja muito, esporadicamente vão para Santa Maria, na casa dos parentes de Carolina. O lazer de Carolina é assistir televisão.

Quando surge algum problema na família, eles são identificados pela Carolina, quanto por seu companheiro. A iniciativa para resolução geralmente parte dela, mas a resolução em si envolve a participação conjunta. A forma de resolver os problemas depende da situação. Primeiro a família tenta resolver. Caso não consigam (no caso da TV estragada), pedem auxílio para a sogra. Como recursos, utilizam o telefone, guia telefônico, jornal. Quando têm um problema de saúde, pedem ajuda da sogra de Carolina, que tem um irmão médico: a sogra liga para esse irmão para pedir tipos de medicação, e este em seguida vai comprar a medicação. Eles acham que com o médico na família fica mais fácil. Consideram isso uma relação de apoio. Referem que procuram o hospital só quando estão bem mal, quando estão com muita dor. Nesses casos, vão ao pronto socorro para atendimento de emergência. O familiar possui Ipê, mas a usuária não. Também recorrem ao posto de saúde Modelo (tanto a usuária quanto o familiar). Procuram primeiro o tio, depois o Ipê (no caso do familiar), depois o posto de saúde modelo, e somente em casos mais graves vão para o hospital (emergência/pronto socorro).

Quando Carolina está doente, o companheiro cuida dela e vice-versa. Ela considera sua relação de igual para igual, em que os dois decidem e resolvem tudo juntos, não havendo situações em que um manda mais do que o outro.

6.3 Avaliação Funcional

Apresentamos a avaliação funcional de Carolina, identificando como se comportam uns com os outros. Há também os aspectos cotidianos da família observados na entrevista e apresentados pela dupla usuário/família. No funcionamento instrumental, observamos que Carolina diariamente realiza tarefas como limpar a casa, lavar a roupa, varrer a casa, curso de tosa e banho de cachorros. Normalmente realiza as refeições com seu marido e ambos têm o costume de dormir após as 23 horas.

Quanto à comunicação emocional, na primeira entrevista, observamos que Carolina estava apática, prostrada, deprimida, não demonstrando emoções, nem mesmo quando contava situações tristes que aconteceram com ela. Parecia que estava contando uma história de outra pessoa.

Na segunda entrevista, sorria todas as vezes que falava sobre seu irmão C.H. (que mora em Porto Alegre), apresentando uma maior variação do conteúdo emocional como alegria. Comparando esses dois momentos, podemos inferir dois motivos para esses comportamentos. No primeiro encontro, éramos estranhas invadindo o espaço dela e solicitando informações sobre a vida de Carolina; no segundo, o constrangimento inicial havia sido rompido facilitando a interação e a avaliação. O outro motivo pode estar relacionado às oscilações de humor características da patologia da usuária.

Referente à comunicação não verbal, percebemos que na primeira entrevista Carolina ficou de braços cruzados durante todo tempo em que estivemos com ela. Na segunda entrevista, Carolina gesticulou mais do que no encontro anterior, mostrando-se bastante disposta para responder as perguntas, mais receptiva e demonstrando interesse (tronco para frente), ficando bastante atenta ao genograma e ecomapa.

A comunicação circular nos mostra a reciprocidade entre indivíduos. Identificamos que ajuda recíproca em relação ao companheiro, sendo que não há presença de um dominante. Eles decidem as coisas em conjunto, consideram as opiniões um do outro. Nas situações em que ele não sabia responder determinadas questões que envolviam a si mesmo ou a sua família, a usuária o ajudava e vice-versa.

Em relação aos papéis, o principal desenvolvido por Carolina é o de esposa, dona de casa, amiga e parceira do seu companheiro.

Observamos que as crenças assumem um valor importante para Carolina, uma vez que é devota de Cristo, acredita no catolicismo e na religião evangélica. Uma de suas atuais aspirações é ingressar na igreja católica, fazer curso de primeira comunhão. Refere que sempre foi muito ligada à fé, acreditando que a religião é uma base e que a fé ajuda na superação dos problemas, dando mais força em sua melhora.

Sobre alianças e uniões, apresenta um relacionamento bom e forte com seu companheiro. Afirma ainda gostar de sua sogra, de um tio que mora em São Paulo, e dos profissionais do CAPS, dando-se muito bem com seu irmão CH. Aparenta ter uma relação boa com Jacinto. É uma relação de afeto, ajuda mútua e preocupação de um em relação ao outro, companheirismo, reciprocidade e ajuda mútua.

Conversam muito pouco sobre a doença, sendo que o familiar lê livro para saber mais informações sobre a doença. Quando ela não está bem, diz o que um sente para o companheiro e vice-versa.

No tratamento, eles também se auxiliam e se revezam, sendo que Carolina dá a medicação para seu companheiro (que também apresenta doença mental) e ele dá medicação para ela, sendo uma decisão espontânea entre os dois.

6.4 Avaliação de Desenvolvimento

Na avaliação de desenvolvimento, foram analisados os vínculos e relações da usuária na família e sociedade. Apresentamos o ecomapa construído com Carolina e seu companheiro.

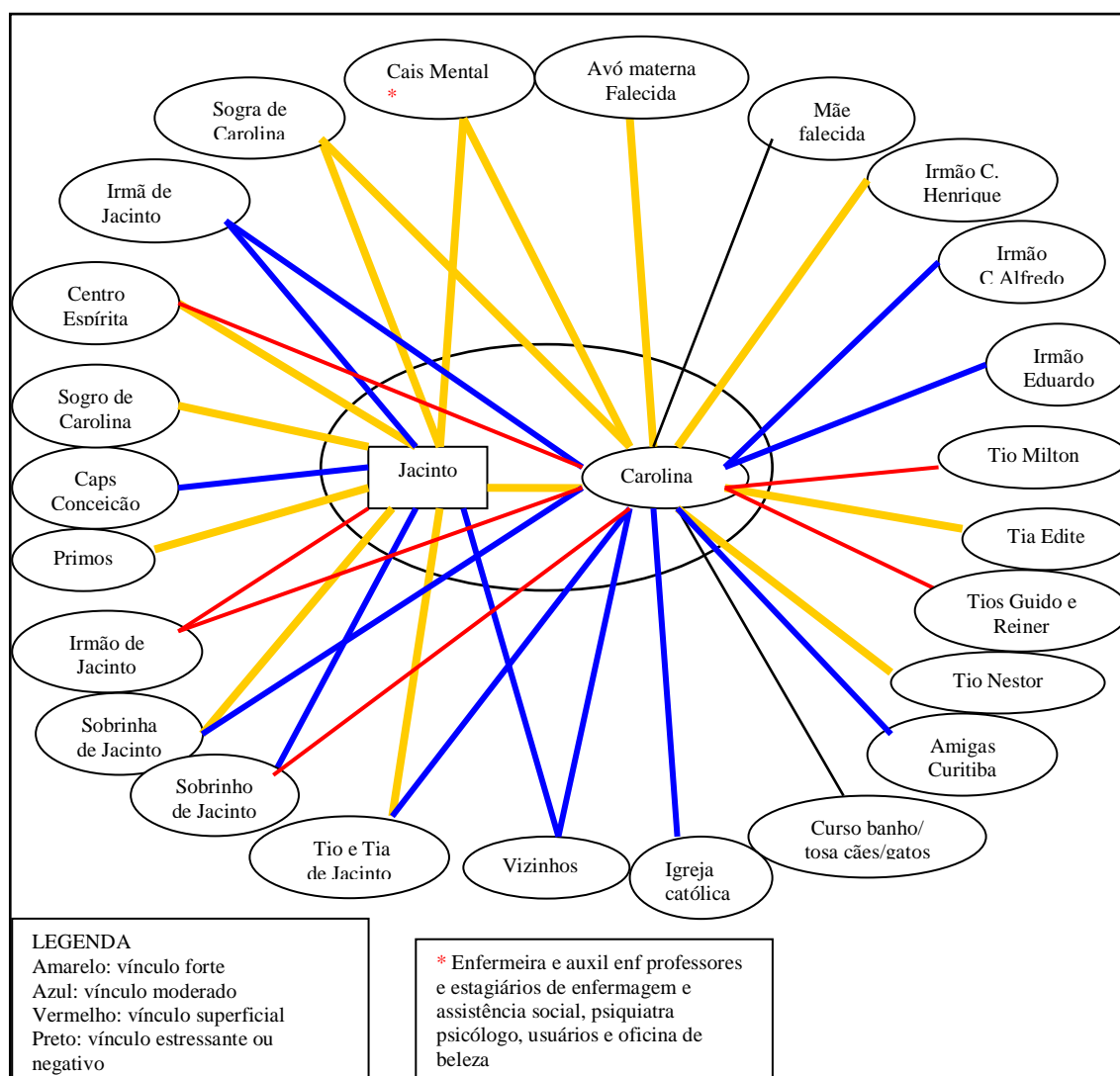


Figura 6 – Ecomapa de Carolina.

Analisando os vínculos de Carolina, caracterizados por ela, podemos identificar como vínculos fortes:

- Companheiro;
- irmão C.H.;
- Sogra;
- Tia E;
- Tio N;
- Profissionais, usuários, oficina de beleza do Cais Mental.
- Avó materna (A);

O vínculo com Jacinto, seu companheiro, é forte, definido como uma relação de igual para igual em que não há domínio de um sobre o outro. As decisões são tomadas em conjunto, e eles se ajudam reciprocamente.

Carolina mantém um vínculo forte com seu irmão C.H., que reside em Porto Alegre. Conta que se visitam a cada 15 dias ou no mínimo uma vez por mês, descrevendo sua relação com esse familiar de acordo com a fala a seguir:

“Contato assim de visita. Ou ele vai lá em casa, ou eu vou na casa dele. Tipo ser um contato mais forte, afetivo. É, eu me do mais mesmo é com o Carlos Henrique que é o que eu mais convivo, que mora aqui em Porto Alegre. É vínculo forte” (U).

O vínculo com sua sogra é considerado forte, visto que afirma vê-la todas as semanas. Ajudam-se uma a outra quando precisam. A sogra costuma lembrar-se dela e dar presentes. Refere essa como uma relação de apoio.

Carolina considera os relacionamentos com o irmão C.H. e com a sogra como diferentes. O primeiro relaciona-se com sentimentos despertados e com a sogra uma estabelece relação de apoio:

“Eu acho que pode deixar os dois como fortes. É um forte diferente pouco do outro. É um forte diferente, mas os dois são fortes, com funções diferentes. O irmão seria mais uma relação de carinho, mais relação de afeto e a sogra é mais convívio. Ela ajuda a compartilhar as coisas, as idéias, os problemas, ajuda na resolução de problemas” (U).

“É mais forte, em relação a sentimento. Eu tenho um sentimento mais forte pelo meu irmão. Se eu pudesse, eu via meu irmão todo dia. É sentimento de

[...] acho que é de amor de irmão, de irmão mais velho, que eu sinto. Eu sou um pouco carente. Até porque eu conheci ele faz pouco tempo. Então daí tipo eu quero recompensar os anos que eu não tive junto com ele” (U).

Carolina tem um vínculo forte com sua tia materna que mora em Santa Maria. Dá-se bem com ela, considerando-a como uma mãe. Elas se falam todas as semanas por telefone ou através de carta. As duas se visitam sempre que podem. Conta que morou com essa tia durante a infância e que ela ajudava nos temas da escola, além de arrumar seus cadernos. Identifica-se um relacionamento maternal, uma lembrança afetiva positiva de sua infância, que procura preservar.

Em relação ao tio que mora em São Paulo, apresenta um vínculo forte. Morou com ele na adolescência, após uma situação de crise e desentendimento com a mãe em Curitiba. Segundo ela,

“Eu me dou bem, ainda tenho contato com ele. Tenho uma boa relação com ele. O meu tio faz anos que eu não vejo ele, mas a gente sempre se fala por telefone. Tem uma relação, ser afetiva assim. Tenho que só falar aqui, que eu me dou com ele. Mas a gente está distante. Mesmo que tu está distante, mas que tu tem contato, tu te dá bem. Mesmo que tu não te encontre seguidamente, o que vale é tu ter uma relação, ser afetiva” (U).

O relacionamento com a avó materna na infância é considerado como um vínculo forte, sendo lembrado pela afetividade e como uma ótima vivência. Refere que ela preparava boas refeições, lanches, levava ela para passear na casa dos parentes, no cinema, nos parques, preparava suas roupas, material de colégio. Define como uma relação de afeto, de atenção e de cuidado.

Os profissionais, usuários do Cais e a oficina de beleza são apontados também como forte,

“não chega a ser amizade. É só relação de cordialidade. Mesmo assim, dar oi, dar tchau. Perguntar também como é que vai, mais com as enfermeiras que recepcionam. São quem eu vejo todos os dias que eu venho. Os professores também, de oficinas. As pessoas que eu acho que eu tenho mais contato, eu acabo me dando melhor daqui: o meu terapeuta psicólogo, o meu médico psiquiatra. E os demais todos são amarelos. Assim, todos os professores, oficinas também, que tratam a gente bem, que eu me dou bem. Acho que os auxiliares, estagiários da enfermagem, da assistência social.

Faço relações aqui dentro, tu faz amizades, contatos com os pacientes também. Tem uns pacientes que eu sempre converso com eles, a gente sempre está perguntando como é que um está, como é que o outro está e, isso me ajuda”.

Entendemos que o relacionamento com o CAPS caracteriza-se como forte, pois possibilita a inserção e integração de Carolina. A inserção dá uma idéia de competência e aptidão, permitindo a pessoa encontrar um papel social e criar uma ligação com a sociedade. A integração é um processo de reconhecimento de participação no funcionamento mais geral da sociedade (LOYOLA; ROCHA, SILVA FILHO, 2007).

Observamos que os relacionamentos consangüíneos de Carolina, definidos como fortes, despertam nela emoções, sendo lembrados como prazerosos. Ela diz que não há necessidade de contato diário e que eles se mantêm por caracterizarem-se como uma ligação importante, significativa, que transcende a presença e reporta-se a vivências e identificações positivas, havendo identidade e sensação de bem-estar com essas pessoas.

Podemos entender esses vínculos fortes como um cuidado familiar que aconteceu através da convivência. Ao interagir um com o outro, participaram de uma ação e reflexão que resultou na construção de um significado, uma sensação de proteção e orientação, sendo parte de um grupo familiar (ELSEM, 2004).

Carolina afirma ter vínculos moderados com:

- irmãos E. e C. A.;
- irmãos, tios, sobrinho de Jacinto;
- amigas de Curitiba;
- vizinhos.

Sobre seus irmãos E. e C.A., conta que se dá com os dois, mas é uma relação “mais seca”.

O irmão E. mora mais longe (São Paulo), sendo que somente o vê quando ele vem para Porto Alegre nos feriados. Diz ser um encontro muito rápido, o que não dá para ser considerado uma relação forte, segundo ela.

O irmão C.A. mora em Porto Alegre, porém pouco se encontram. Ela fala pouco com ele, pois está quase sempre ocupado com o trabalho. Afirma ser uma relação de se cumprimentar, se perguntar como estão, sem muita troca de assunto. Acha a

esposa dele muito ciumenta e chata e, para não dar problema, não conversa muito com seu irmão.

Carolina apresenta um vínculo moderado com a irmã de Jacinto. Encontra a cunhada na casa da sogra, a cada 15 dias aproximadamente. A família de Jacinto reúne-se na casa dessa cunhada quando o pai dele vem para Porto Alegre. Almoçam juntos, lancham e passam a tarde toda conversando. Para ela, essa é uma reunião formal de família.

Em relação aos tios de Jacinto com os quais se relaciona, diz que o tio vive em Porto Alegre e vai junto com Jacinto visitá-lo. É um vínculo com pouca afetividade e o considera legal. A tia mora em Osório e foi visitá-la somente uma vez.

Com a sobrinha de Jacinto acredita ter um vínculo parecido com o que mantém com a mãe da menina. Acha a criança birrenta, que se joga no chão, esperneando quando incomodada. Não se estressa com isso, deixando sua sogra resolver.

Carolina tem duas amigas em Curitiba, com quem andava sempre junto, quando morava nessa cidade. Faziam passeios juntas, tinham uma amizade muito forte. Desde que veio morar em Porto Alegre, costuma ligar para elas em datas comemorativas, como aniversários, Natal e Ano Novo, para cumprimentá-las e saber como estão. Atualmente, considera seu vínculo com elas como moderado, pois segundo ela:

“a falta de convívio esfriou a relação [...], quanto mais vezes se encontrar com a pessoa, mais forte o vínculo” (U).

Com seus vizinhos, ela e seu companheiro se dão bem. Fazem visitas a cada 15 ou 20 dias, dependendo da necessidade. Considera um relacionamento de troca de favores, já que quando precisam de algo emprestado vão na casa deles e vice-versa. Considera que ajuda mais aos vizinhos do que eles a ela, principalmente em questões financeiras, pois eles teriam condições econômicas de vida inferiores aos de Carolina.

Sluzky (2006) aponta que a estabilidade e confiabilidade dos vínculos resultam da combinação das funções que ela desempenha e adquirem relevância ou não pela história da relação, frequência dos contatos, intensidade da relação e reciprocidade. A partir dessa definição, podemos entender como Carolina percebe seus vínculos moderados e os superficiais que apresentamos a seguir.

Carolina diz ter relacionamentos superficiais com seus tios maternos (R, G e M) e C, irmão de Jacinto.

Os tios R. e G. moram em Santa Maria, raramente há contato entre eles. O tio M. reside em Porto Alegre, fala com ele somente em datas comemorativas como aniversários. Confessa que tem carinho de família por ele, mas não existe nenhuma ligação entre eles.

Ela também mantém vínculo superficial com seu cunhado. Vai a casa dele junto com a sogra em alguma comemoração como Natal. Não sente muita afinidade por ele.

“Ele fica lá na dele, conversando com os amigos dele. E eu fico com o Jacinto do outro lado. Ele é assim mesmo, com o Jacinto ele também é assim, mais frio [...], quanto mais fria a pessoa, acaba se afastando mais, dificulta o convívio. (U)”

Aponta também vínculos superficiais com o sobrinho de Jacinto e o Centro Espírita. O sobrinho mora longe de sua casa, tendo pouco contato. Frequenta o Centro Espírita com seu companheiro, é uma procura vivenciada como unilateral,

“A gente vai algumas vezes lá. Até a gente tem ido pouco agora. Mas é assim, tipo tu vai lá, recebe o passe e vai embora. Não tem nenhuma ligação. É um vínculo fraco, onde não se tem nenhuma [...] nem afetiva, nem em outros aspectos. Simplesmente vai lá e vai embora” (U).

Carolina aponta o curso de banho/tosa de cães/gatos como algo que não correspondeu às suas expectativas, deixando-a mal, decepcionada, deprimida e desanimada, caracterizando-se para ela como um vínculo negativo.

“O que te faz mal tipo, eu ia para o curso e ficava mal. Eu vinha do curso e ficava deprimida. Não queria fazer mais nada, porque foi uma coisa que eu já há alguns anos eu queria fazer. Tipo estava botando todas as minhas expectativas ali. Quando eu fui fazer eu vi que não era aquilo que eu achava. Eu me decepcionei. Então, tipo me dei com a cara na porta assim, e fiquei mal [...]. Eu fiz mais alguns dias, mesmo estando mal e ruim, mas não consegui terminar. Me deixa muito desanimada, tipo só queria ficar em casa, não queria fazer nada. Só queria ficar na cama. Me deixa muito desanimada

[...] eu fico desanimada quando as coisas não dão certo. Antes do curso estava bem. Foi por causa do curso que fiquei mal, eu estava bem” (U).

A difícil relação com sua mãe também é considerada um vínculo passado negativo muito marcante em sua vida,

“O relacionamento com minha mãe era bem difícil. Meus tios aceitaram aquilo (crises de Carolina na adolescência) simplesmente como uma crise de que eu não estava me entendendo com a minha mãe. E que tive aquilo e pronto. Eu achava que era só crise mesmo, que só o problema era a minha mãe. Então, se eu não tivesse o problema da minha mãe, eu estaria bem” (U).

Segundo Sluzky (1997), os termos “laço” ou “vínculo afetivo” podem ser utilizados para descrever diferentes relacionamentos. Ao avaliar uma família, a tendência é dar mais atenção à natureza recíproca de vínculo e à qualidade do laço afetivo. Não existe um nível “certo” de ligação ou uma configuração “melhor” de vínculo afetivo (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Com a aplicação do MCAF, identificamos como principais vínculos de Carolina seus relacionamentos com familiares do grupo interno e externo de sua família e com o CAPS. Destacamos seus vínculos fortes com seu companheiro Jacinto, seu irmão C.H., sua sogra, a tia E, tio N, avó materna, os profissionais e usuários do CAPS com os quais se relaciona e a oficina de beleza.

Os vínculos definidos como moderados são os familiares considerados distantes: os irmão E e CA, irmãos, tios e sobrinha de Jacinto, amigas de Curitiba e vizinhos. Os tios maternos, irmãos de Jacinto, foram definidos como superficiais. Seus vínculos negativos estão relacionados com o curso banho/tosa de cães e gatos.

A avaliação e identificação desses vínculos estão relacionadas ao contexto do micro e macro espaço, o qual Carolina circula e tece sua trama de relações. Seu conhecimento caracteriza-se como importante e benéfico, na medida em que possibilita um tratamento voltado para a pessoa Carolina, sua cultura e sua vida.

O entendimento de família como um sistema, proposto por Wright e Leahey, permite focalizar as interações que ocorrem entre seus membros e, desse modo, reconstruir e conhecer seus relacionamentos, envolvendo a família em sistemas mais

complexos, revelando com uma necessidade a compreensão da rede social significativa para a pessoa (SLUZKY, 2006).

Refere o autor que o conhecimento da rede social pode-se constituir em uma das chaves centrais para identificar, promover hábitos de cuidado à saúde e agenciar apoios.

A rede social definida por Carolina mostra suas interações ao traçar os caminhos e os recursos que agencia em seu cotidiano, expressando sua noção de suporte através de seus vínculos, como podemos evidenciar na fala abaixo.

“Ah, como a palavra diz , é apoiar a pessoa. Se a pessoa está ruim, tenta melhorar. Se a pessoa está o próprio bipolar, às vezes está exaltado demais, tentar ponderar um pouco. Isso aí eu acho que é apoiar. Ver o apoio no sentido mais é na fala, na conversa mesmo. Que é o que se pode ser feito assim, que não tem muito o que se fazer, a não ser conversar. Quando pessoa está ruim, visitar com maior frequência, ligar para ver se está tudo bem, ver se precisa de alguma coisa. Apoio também é animar [...]. Se não quero levantar da cama, o Jacinto me anima a levantar. Não quero sair e ele me anima a sair, essas coisas assim, acho que é um apoio” (U).

“Eu acho que relação de apoio é mais o psicólogo que dá [...]. É tem o apoio da família também, que é muito importante, meus irmãos [...]. O Jacinto também me dá sempre muito apoio, apoio, em todos os sentidos do dia, no levantar. Acho que toda estrutura do CAPS, todos, o pessoal é estrutura de apoio”.

O apoio tem uma conotação de suporte emocional ou alguma ação que estimule como companhia, informação, ajuda para fazer algo. Tem a característica de aliviar aquilo que é percebido como estressante.

Para Lacerda (2002), o apoio social compreende os diversos recursos emocionais, informativos e instrumentais que os sujeitos recebem através das relações sociais sistemáticas, incluindo desde os relacionamentos mais íntimos com amigos e familiares próximos até relacionamentos de maior densidade social como os grupos e redes sociais.

A identificação dos vínculos e da rede de relações de Carolina através da construção do genograma e ecomapa possibilitou uma análise do mapa mínimo de suas relações e as funções que estes desempenham em sua vida.

Sluzky (2006) destaca as seguintes contribuições em uma rede social de apoio: companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços e acesso a novos contatos.

Assim, companhia social são as atividades realizadas em conjunto, ou simplesmente o estar juntos e compartilhar a rotina cotidiana. Jacinto, sua sogra, a CAPS e a oficina de beleza exercem esse tipo de suporte para Carolina.

O apoio emocional envolve relação de sustentação, lealdade, simpatia e solidariedade. É poder contar com a ressonância emocional e boa vontade do outro. É uma função característica das amizades íntimas e das relações familiares próximas com um baixo nível de ambivalência, são as relações caracterizadas íntimas (SLUZKI, 2006). Para Carolina, essa função é representada principalmente por Jacinto seu companheiro e também são valorados sua sogra, seu irmão C.H., sua tia que reside em Santa Maria e o tio de São Paulo. Esses familiares oferecem auxílio, solidariedade, havendo uma identificação e sensação de poder compartilhar sua vida com eles.

Carolina compartilha informações pessoais (tristezas, chateações) com seu companheiro, com a sogra, o psicólogo, colegas do CAPS, professores supervisores de estágio, sendo essa função definida como guia cognitivo e conselho. As enfermeiras do CAPS, estagiários de enfermagem, médico e psicóloga são apontados como relações de esclarecimento, pessoas com quem compartilhamos e esclarecemos as informações pessoais ou sociais e conhecimentos (SLUZKI, 2006).

Em relação à regulação social, afirma que se “espelha” na sua tia de Santa Maria que, apesar de não ter sido sua mãe, ela sempre foi boa profissional, trabalhava bastante. Mesmo depois de aposentada, ela desempenha vários papéis: faz trabalho voluntário, trabalho no asilo e outros. Está sempre fazendo algo. Carolina a vê como um exemplo de pessoa. Essa tia faz Carolina lembrar que cada pessoa tem que desempenhar um papel na sociedade, que é necessário fazer bem ao próximo, ajudar as entidades, desempenhar um papel de bom profissional até a aposentadoria. A imagem que tem da tia é de uma pessoa dedicada, carinhosa e amorosa com todos que dela se aproximam.

A regulação social são as interações que lembram e reafirmam responsabilidades e papéis, neutralizam os desvios de comportamento que se afastam das expectativas coletivas, permitindo a dissipação da frustração e da violência e favorecem a resolução de conflitos. São exemplos, ritos e rituais sociais (SLUZKI, 2006).

Nesse sentido, a tia serve para Carolina como um exemplo para ela realizar seu tratamento, voltar para sociedade e mercado de trabalho. Enfim, assumir seu papel de esposa, dona de casa.

A rede social também tem a função de ajuda material e de serviços, dando colaboração baseada em conhecimentos de especialistas ou ajuda física, incluindo os serviços de saúde. Essa função envolve principalmente auxílio para solucionar problemas econômicos e de saúde (Sluzky, 2006).

Carolina recebe auxílio doença, e o casal também conta com recursos financeiros dos pais de Jacinto, vendo nessa ajuda um benefício para aquisição e suprimento das necessidades diárias.

A CAPS aparece também como uma oferta de conhecimentos, proposta para ação com o atendimento individual e em grupo, propiciando um cuidado que pode potencializar a pessoa e seus valores a partir da realidade do usuário. O serviço é identificado como local de acolhimento, bem como de inserção social. As trocas que têm oportunizado melhoria nas condições de vida e saúde de Carolina.

Outra função desempenhada pelo Cais Mental está relacionada ao acesso a novos contatos, ou seja, oportuniza a abertura de portas para a conexão com pessoas e redes que até então não faziam parte da rede social do indivíduo, possibilitando a ampliação da rede social pessoal (SLUZKI, 2006).

Através das oficinas e do relacionamento com os outros usuários, há convívio social, mobilizando os contatos entre as pessoas e novas aproximações são incorporadas no cotidiano da Carolina.

Após a avaliação, identificamos que Carolina tem seu micro-sistema familiar fortalecido em relação ao macro-sistema familiar, já que seus relacionamentos mais amplos referem-se ao vínculo forte com o CAPS. Isso não é identificado pela usuária como um problema.

Entendemos que o conhecimento da rede social de apoio aparece como um recurso importante para compreensão e aproveitamento das relações possíveis e necessárias a fim de fortalecer a qualidade de vida.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresentou a temática de inclusão da família no cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico em um Centro de Atenção Psicossocial. Tal serviço é substitutivo ao manicômio, considera o meio social e o território do indivíduo, espaço em que se estabelecem os vínculos e as relações das pessoas, além de constituir uma rede de apoio social, condicionante para a compreensão desses sujeitos.

Nas últimas décadas, a política de saúde mental vem passando por um processo de mudanças no modo de assistência, buscando a substituição do modelo hospitalocêntrico centrado na doença e exclusão do indivíduo, por uma rede de cuidados que considere a subjetividade e a singularidade nas dimensões socioculturais, uma vez que tanto o sujeito em sofrimento psíquico quanto sua família são participantes do tratamento.

Nesse processo, busca-se uma parceria entre profissionais/família/sociedade, com o objetivo de engajamento e ampliação de recursos da rede social de apoio no território, considerando-se as relações e vínculos do micro e macro sistema familiar. Essa parceria pode possibilitar a aproximação da família, considerando-a como uma unidade de cuidado, sendo um auxílio no enfrentamento e vivência de doença mental para além dos muros hospitalares.

Desse modo, a família é entendida como um sistema complexo de elementos em mútua interação, ou seja, o olhar amplia-se para a amplitude das crenças, valores, significados compartilhados e adquiridos nos relacionamentos sociais que influenciam o sujeito e por ele são influenciados.

O MCAF, através de uma abordagem sistêmica de família, permite compreender as relações entre os sistemas e subsistemas presentes no sistema familiar, visto que busca conhecer o conjunto dos vínculos interpessoais do sujeito: família, vizinhos, relações de amizade, estudo, inserção social a práticas de saúde, entre outros.

Buscamos, assim, identificar a rede de apoio social de um usuário em acompanhamento em serviço de saúde mental. Pensamos que esse conhecimento pode contribuir de modo substancial na atenção em saúde mental

A construção conjunta do genograma e ecomapa possibilitou compartilhar com a dupla usuário/família seu processo de viver a vida. Essa vivência e troca de informações permitiu visualizar a pessoa no seu contexto de relações que estabelece com o mundo

social, dando visibilidade a seus caminhos, seus vínculos e relações sociais, ao traçar um mapa de seu modo de viver a vida.

Na família estudada, identificamos um significativo apoio em relação ao microsistema familiar e seu relacionamento com o macro espaço social centrado no serviço de saúde. Tal fato deve ser aproveitado como uma informação para equipes de saúde identificarem fragilidades e fortalezas para implementação da atenção em saúde mental.

Entendemos que conhecer os vínculos e as redes de apoio social aparecem como estratégias facilitadoras e ampliadoras das ações de saúde, consolidando a proposta da Reforma Psiquiátrica quanto ao exercício de cidadania e inclusão social.

Portanto, espera-se dos serviços de saúde o respeito pelo mundo das pessoas, que possam ser espaços sociais de escuta, acolhimento, afeto e liberdade que consideram a existência e vivência do indivíduo em sofrimento psíquico em seu meio social.

REFERÊNCIAS

ALDABE, L. N.; LAVALL, E.; CHASSOT, F. M.; SOUZA, J.P.; LEAL, R.D. Centro de Atenção Psicossocial: Relato de uma Estratégia de Avaliação de Famílias. *In: SENPE SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM*, 14º, 29 maio a 1 de junho, 2007, Florianópolis, Santa Catarina. **14º Senpe: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**. Florianópolis: ABEn/ABEn-SC, 2007.

AMPARO. Plano Municipal de Saúde de Amparo 2004 – 2008, Ofício Circular UPAC, p. 23).

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 136 p.

BRAGA, N. A. Redes sociais de suporte e humanização dos cuidados em saúde. *In: DESLANDES, Sueli Ferreira (Org.). Humanização dos Cuidados em Saúde, conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 163 – 183.

BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF); 1997. 20p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

COSTA-ROSA, Abílio. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. *In: AMARANTE, Paulo. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

ELSEN, Ingrid. Cuidado Familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. *In: ELSEN, Ingrid; MARCON, Sonia Silva; SILVA, Mara Regina Santos da (Organizadoras). Viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá: Eduem (Editora da Universidade Estadual de Paraná), 2004. p. 19-28.

FAGUNDES, H. Práticas Ampliadas em Saúde Mental: desafios e construções do cotidiano. **Cadernos IPUB**. Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, n. 14. 1999.

FILHO, Nilson Gomes Vieira; NÓBREGA, Sheva Maia da. Atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. *In Estudos de Psicologia*. 2004, 9(2), 373-379.

LACERDA, Alda. **Apoio social e a concepção do sujeito na sua integração entre corpo-mente: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública** (Dissertação de mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2002.

LOYOLA, Cristina Maria Dowat; ROCHA, Tião; FILHO, João Ferreira da Silva. Agentes comunitários de saúde como estratégia de atendimento em saúde mental: o projeto de viva a vida. In: **Cadernos Ipub. Saúde mental na atenção básica**. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB. Vol.XIII, Nº 24, Mar./Abr. 2007.

LÜCHMANN, Ligia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. Vol.12, nº.2, Mar./Apr. 2007. p 399-407.

MELMAN, Jonas. **Família e Doença Mental**. São Paulo: Escrituras, 2001, 160p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. São Paulo: Hucitec – Abrasco, 2006. p. 315-318.

MORE, Carmen Ojeda Ocampo. As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. Universidade Federal de Santa Catarina. **Paidéia**, vol.15, n.31, Maio/Ago. 2005. p. 287-297.

MOURA, L. S.; KANTORSKI, L. P.; GALERA, S. A. F. Avaliação e Intervenção nas Famílias Assistidas pela Equipe da Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 1, mar. 2006, p. 35-44.

OLSCHOWSKY, A. **O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: análise da pós-graduação “Latu Sensu”**. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

OSÓRIO, Luiz Carlos. **Família Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, 91 p.

ROSA, Lucia Cristina do Santos. **Transtorno Mental e Cuidado na Família**. São Paulo: Cortez, 2003. p. 367.



SCHRANK, G. **Centro de Atenção Psicossocial e a Inserção da Família**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

SLUZKI, C. E. (2006). **Novos Paradigmas de Cultura e Subjetividade**. Porto Alegre: Artes Médicas.

WRIGHT, Lorraine M.; LEAHEY, Maureen. **Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002. p. 13-148.

YIN, Robert. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A

	<p>Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia Departamento de Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Escola de Enfermagem Departamento de Assistência e Orientação Profissional Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Campus Cascavel) Curso de Enfermagem</p>
	

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA
(Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)

Estamos apresentando ao Sr. (a) o presente termo de consentimento livre e informado caso queira e concorde em participar de nossa pesquisa, intitulada "**AValiação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil**", autorizando a observação, a entrevista, e aplicação de questionários referentes as etapas de coleta de dados do estudo. Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo: avaliar Centros de Atenção Psicossocial (I, II, III) da Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná).

Garantimos o sigilo e anonimato dos sujeitos em estudo, o livre acesso aos dados, bem como a liberdade de não participação em qualquer das fases do processo. Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, autorize e assine o consentimento abaixo:

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário.

Fui igualmente informado(a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo; do sigilo e anonimato.

Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

LOCAL/DATA: _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: _____

OBS: Qualquer dúvida em relação a pesquisa entre em contato com:
 Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas
 Profa. Luciane Prado Kantorski. Av Duque de Caxias 250. Bairro Fragata. Pelotas. RS. CEP:
 96030-002.
 Telefone/Fax: 53-32713031. E mail: capsul@ufpel.edu.br
 HomePage: <http://ufpel.edu.br/feo/capsul>