



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

NATÁLIA MAGON

**ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL PSICÓLOGO JUNTO A FAMÍLIA DA PESSOA
COM TRANSTORNO MENTAL ATENDIDA EM UNIDADE HOSPITALAR**

Palmas – TO
2019

NATÁLIA MAGON

**ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL PSICÓLOGO JUNTO A FAMÍLIA DA PESSOA
COM TRANSTORNO MENTAL ATENDIDA EM UNIDADE HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) elaborado como requisito para aprovação na disciplina de TCC II do curso de Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Professora M.e Rosângela Veloso de Freitas Morbeck

Palmas – TO
2019

NATÁLIA MAGON

**ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL PSICÓLOGO JUNTO A FAMÍLIA DA PESSOA
COM TRANSTORNO MENTAL ATENDIDA EM UNIDADE HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) elaborado como requisito para aprovação na disciplina de TCC II do curso de Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Professora M.e Rosângela Velosos de Freitas Morbeck

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Professora M.e Rosângela Veloso de Freitas Morbeck
Orientadora
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Professor M.e Iran Johnathan Oliveira
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Professora M.e Muriel Rodrigues
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

AGRADECIMENTOS

Eu não poderia começar meus agradecimentos sem que fosse para Romana, primeiro por ter-me dado a oportunidade de estagiar na Ala da Saúde Mental do HGP – Hospital Geral de Palmas, e dessa maneira, então, ter viabilizado que eu entrasse em contato com a Saúde Mental no contexto hospital e, dessa forma, me apaixonasse, culminando no desejo em pesquisar nessa área. Segundo por ser tão generosa repassando, a todos os estagiários que ali tem a sorte de chegar, todo o seu conhecimento e experiência na área. Meu muito obrigada!

Agradeço à Fernanda, minha colega de estágio na Ala da Saúde Mental do HGP, uma grata surpresa da graduação, e que acabou tornando-se uma grande amiga, por todo apoio e afeto dispensados, durante a elaboração deste trabalho.

Agradeço imensamente à minha Maria, grande amiga, colega de profissão, fonte de orgulho e inspiração para mim, por todos os sábados em que preteriu ajudar-me ao invés de descansar e por todos os outros dias da semana em que conteve minhas angústias oriundas do desse trabalho. Teu cuidado e afeto tornam-me uma pessoa mais forte.

Agradeço à minha linda amiga Lara por sua leveza, apoio, generosidade, compreensão e por toda disponibilidade durante a construção desse trabalho. Grandes decisões foram tomadas com sua ajuda.

Agradeço à Karssia, por toda ajuda, acolhimento e por ser esse exemplo tão lindo de ser humano. Muitíssimo obrigada!

E por fim, mas não menos importante, agradeço profundamente à minha orientadora, Professora Rosângela, não somente pela brilhante orientação acadêmica, mas por respeitar minhas ideias, por todo cuidado dispensado a mim, mas, à cima de tudo, entender a minha fragilidade emocional neste momento.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família: meus pais Nestor e Lucimar, minhas irmãs Luiza e Júlia, meu cunhado Ernani e minha adorável sobrinha Maria Isis. Vocês concedem sentido, não só à minha vida, mas à minha existência. Desse modo, eu sou-no-mundo e para-o-mundo, primeiro, o que posso ser para vocês.

*A Psicologia nunca poderá dizer a verdade sobre a loucura,
pois é a loucura que detém a verdade da Psicologia.*

Michel Foucault

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ESF – Equipe de Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RD – Redução de Danos

RUE – Rede de Atenção às Urgências e Emergências

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA: O ANTES, O DURANTE E O DEPOIS.....	12
2.1.1 O ANTES: A História dos Manicômios e o Surgimento da Psiquiatria.....	12
2.1.2 O DURANTE: Contextualizando a Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	15
2.1.3 O DEPOIS: A Alta Complexidade no Sistema Único de Saúde	17
2.2 A FAMÍLIA DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL.....	22
2.2.1 Família como cuidador	22
2.2.2 O cuidado com o cuidador.....	26
2.2.3 Cuidado psicológico na alta complexidade	28
3 ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL PSICÓLOGO JUNTO A FAMÍLIA DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL ATENDIDA EM UMA UNIDADE HOSPITALAR .	31
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS	44

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como foco aprofundar o conhecimento sobre a atuação do profissional psicólogo junto a família da pessoa com transtorno mental atendida em unidade hospitalar, pois de acordo com a vivência com os colegas de profissão, amigos e familiares é possível identificar a necessidade de assistência à comunidade, àqueles que são afligidos diretamente por algum tipo de transtorno mental e seus familiares. Em seu sofrimento diário as pessoas com transtornos mentais, por inúmeras vezes encontram-se desamparadas, mesmo que cercadas por profissionais, que por sua vez, estão sobrecarregados devido ao sistema que estão inseridos. Por isso, se faz urgente a atuação de um profissional psicólogo preparado para as possíveis demandas advindas da realidade manifesta na unidade hospitalar psiquiátrica.

Falar sobre saúde mental é sempre um desafio, por se tratar de um assunto que nos coloca em 'cheque' com nossos próprios sentimentos e estigmas frente ao estranho, ao diferente, ao desconhecido. Questiona firmemente a necessidade que temos de nomear o que nos parece desigual, fora dos padrões que estabelecemos como normais e aceitáveis. É muito desafiador, mas ao mesmo tempo enriquecedor e enobrecedor. Permitir-se vivenciar experiências com o campo da saúde mental nos torna mais humanos e, com certeza, mais tolerantes com o outro.

Primeiramente o Estado, através da Constituição Federal de 1988, garantiu a saúde como um direito social do cidadão. Logo após, a promulgação da Lei nº 8.080, responsável pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Depois, uma série de dispositivos que regulamentaram a criação das Redes de Atenção à Saúde.

Paralelamente a isso, ocorre a Reforma Psiquiátrica no Brasil, que foi responsável por desconstruir a lógica manicomial, que defendia o isolamento das pessoas com transtorno mental, tratando-os como se fossem indignos de conviverem com o resto da sociedade e os privando, inclusive, da convivência com sua família. Porém, após a Reforma, passou-se a trabalhar a ideia de que a família é o primeiro agente social dos sujeitos, logo, tem um papel importantíssimo para a inserção desses à sociedade.

Pensando nessa lógica é que se criaram as Redes de Atenção Psicossocial, que tem como objetivo ofertar ao usuário, além de atenção especializada, que compreende consulta individual, medicação e desenvolvimento de atividades em grupo, o retorno diário para o convívio e cuidado de sua família.

O papel da família, no cuidado com a pessoa com transtorno mental, consiste em estar presente, ter atitudes de zelo, proteção, afeto e compreensão. Segundo Borba et al (2011), é

necessário pontuar que o conceito de família ultrapassa a ideia da família nuclear, ligada tão somente por laços consanguíneos ou pela convivência diária sob o mesmo teto.

Para Souza, Wegner e Gorini (2007), o cuidado é uma ciência praticada em instituições de saúde por profissionais especializados e por pessoas leigas no âmbito familiar e comunitário. O familiar pode auxiliar o ente em sofrimento psíquico nos cuidados que visem à objetivação de suas atividades cotidianas: o autocuidado, o trabalho, o lazer e a participação sociocultural ampliada, nos contextos domiciliar e comunitário.

Já para Althoff (2002), a família é uma unidade social complexa e fundamental para o processo de viver de todo ser humano, que se concretiza por meio da vivência, que é dinâmica e singular. Ela não é formada apenas por um conjunto de pessoas, mas pelas relações e ligações entre elas. E, ao longo da trajetória familiar, seus integrantes passam por situações de crise, sejam estas previsíveis ou não, ligadas aos processos de transição como nascimento, mudança de emprego, casamento, saída de casa dos filhos, ou a situações adversas, como a doença. A capacidade da família de ajustar-se a novas situações, como a de conviver com um membro com doença crônica, depende das fortalezas que possui, dos laços de solidariedade que agrega e da possibilidade de solicitar apoio das outras pessoas e instituições.

Como resultados, percebeu-se que os profissionais de saúde devem refletir sobre suas intervenções junto a pessoa com transtorno mental e seus familiares e identificar as necessidades deste grupo. Sobretudo, devem trabalhar com o conceito de recuperação, um dos mais recentes acréscimos em reabilitação psiquiátrica.

Nesse sentido, o papel do psicólogo se pauta em estar presente durante todo o processo de instrumentalizar essa família, seja promovendo seu autoconhecimento, os ajudando a compreender o que vem a ser um transtorno mental, os sintomas e as possíveis limitações que ele impõe ao seu familiar que adoeceu, bem como acolhendo as angústias que emergem desses processos e os orientando com o intuito de minimizar os impactos decorrentes dessa vivência.

Dessa forma, o objetivo central o trabalho será descrever de que maneira o psicólogo pode atuar junto à família da pessoa com transtorno mental atendida em uma unidade hospitalar e como objetivos secundários, falar sobre a família como cuidador e o cuidado que deve ter com esse cuidador. Para a realização deste estudo, a metodologia utilizada é a pesquisa de cunho bibliográfico, através de análise de documentação indireta, ou seja, visando a utilização de dados já coletados anteriormente por outras pessoas por intermédio de pesquisas documentais e bibliográficas.

A bibliografia pertinente “oferece meios para definir, resolver, não somente problemas já conhecidos, como também explorar novas áreas onde problemas não se cristalizaram suficientemente, e tem por objetivo permitir ao cientista o reforço paralelo na análise de suas pesquisas ou manipulação de suas informações” (MANZO, 1971, p. 32).

Para Martins (2001), a pesquisa bibliográfica procura explicar e discutir um tema com base em referências teóricas publicadas em livros, revistas, periódicos e outros. Busca também, conhecer e analisar conteúdos científicos sobre determinado tema. Somamos a este acervo as consultas a bases de dados, periódicos e artigos com o objetivo de enriquecer a pesquisa. Demo (2000), completa dizendo que a ideia da pesquisa é de induzir o contato pessoal do aluno com as teorias, por meio da leitura, levando à interpretação própria.

Neste estudo adotou como estratégia metodológica, a revisão bibliográfica – optou-se por utilizar a revisão narrativa que é um dos tipos de revisão de literatura, pela possibilidade de acesso à experiências de autores que já pesquisaram sobre o assunto, segundo Silva et al. (2002) a revisão narrativa não é imparcial porque permite o relato de outros trabalhos, a partir da compreensão do pesquisador sobre como os outros fizeram.

Utilizou-se para levantamento de dados, as bases de dados Scielo (Scientific Electronic Library OnLine) e LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde) que serviram como instrumento para coleta de dados, a partir dos descritores: Família, Pessoa com transtorno mental e Psicólogo. A população foi composta por toda a literatura relacionada ao tema de estudo, sendo selecionados os artigos a partir da variável de interesse.

Após essa coleta e separação dos artigos, foi feita a leitura de todo material, compilando as principais informações, e, posteriormente, realizada uma análise descritiva das mesmas, buscando estabelecer uma compreensão e ampliação do conhecimento sobre o tema pesquisado para, enfim, elaborar o referencial teórico.

A relevância social do tema, se dá, tanto para a nossa sociedade, bem como das famílias, justamente porque estas estão pouco preparadas e amparadas para acolher a pessoa em sofrimento psíquico, havendo ainda uma lacuna entre o cuidado que se tem e o cuidado que se almeja ter em saúde mental. Por outro lado, muitos são os esforços empreendidos pelos serviços e pelos profissionais da saúde na busca por reverter a lógica de atenção à saúde mental arraigada na nossa cultura, em que prevaleceu por muitos anos, a exclusão e o preconceito.

Segundo Dimenstein e Macedo (2012), a relevância acadêmica se dá pela importância de evidenciar alguns norteadores teórico-técnicos e políticos para a profissão do psicólogo, os

quais são de extrema importância para a garantia de uma formação mais condizente com os projetos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica.

Trabalhar com saúde mental nem sempre foi tão poético e, por esse motivo, serão mapeadas as evoluções históricas que tivemos, a nível nacional, que são fundamentais para que possamos entender como chegamos à conceituação que temos hoje sobre os cuidados com a pessoa com transtorno mental.

Para um melhor entendimento, nos capítulos a seguir serão abordados sobre a reforma psiquiátrica: o antes, o durante e o depois; a história dos manicômios e o surgimento da psiquiatria; Reforma psiquiátrica no Brasil; Sistema Único de Saúde; A família da pessoa com transtorno mental; família como cuidador; o cuidado com o cuidador; cuidado psicológico na alta complexidade e sobre a atuação do profissional psicólogo junto à família da pessoa com transtorno mental atendida em uma unidade hospitalar.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA: O ANTES, O DURANTE E O DEPOIS

Será tratado neste capítulo, a respeito da reforma psiquiátrica, contextualizando a história dos manicômios e o surgimento da psiquiatria e também sobre a reforma psiquiátrica no Brasil e o Sistema Único de Saúde (SUS).

Para o Ministério da Saúde (2005), a Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública.

Já o autor Campos (1994) relata que os hospitais podem ser um espaço de realização profissional, para o exercício da criatividade, um local onde sentir-se útil contribua para despertar o sentido de pertinência à coletividade. Independente da natureza da atenção hospitalar (se psiquiátrico, de ensino ou geral), o fato é que modelos de assistência centrados no paciente e na sua rede de relações, são terrenos férteis para um atendimento integral, universal e equitativo, resguardando a pessoa humana em suas singularidades.

2.1.1 O ANTES: A História dos Manicômios e o Surgimento da Psiquiatria

Segundo Ramminger (2002), com a antiguidade clássica, até a era cristã, a loucura era vista sob alguns enfoques: o de Homero, com um enfoque mitológico-religioso; o de Eurípedes, com a concepção passional ou psicológica; e o de Hipócrates e Galeno, com as disfunções somáticas. Na idade média iniciou-se a predominância da loucura como possessão diabólica feita por iniciativa própria ou a pedido de alguma bruxa. Havia duas possibilidades de possessão, sendo a primeira o alojamento do diabo no corpo da pessoa, e a segunda a obsessão, na qual o demônio altera percepções e emoções da pessoa.

Com o passar do tempo o enfoque diabólico foi descartado, prevalecendo a influência de Hipócrates e sua teoria patológica, na qual o delírio era marca da insanidade, sendo as perturbações intelectuais a condição principal para o diagnóstico da loucura. Assim, em 1801, inaugurou-se a psiquiatria como especialidade médica a partir do Tratado Médico-Filosófico sobre Alienação Mental elaborado por Pinel (RAMMINGER, 2002). De acordo com Roudinesco (1998), logo após a saída do universo da religião e da magia, o fenômeno da loucura começou a ser abordada a partir de três maneiras.

[...] a primeira consiste em introduzi-la no quadro nosológico construído pelo saber psiquiátrico e considerá-la uma psicose (paranoia, esquizofrenia, psicose maníaco-depressiva); a segunda visa elaborar uma antropologia de suas diferentes manifestações de acordo com as culturas [...] a terceira, finalmente, propõe abordar a questão pelo ângulo de uma escuta transferencial da fala, do desejo, ou da vivência do louco (psiquiatria dinâmica, análise existencial, fenomenologia, psicanálise, antipsiquiatria) (ROUDINESCO, 1998, p. 478).

Segundo Pinel apud Ramminger (2002, p. 113) a loucura seria definida como “desarranjo das funções mentais, notadamente as intelectuais, rejeitando, inclusive, as explicações organicistas”, porém, como já foi dito anteriormente, a concepção de loucura sofreu diversas mudanças com o passar dos séculos.

Assim, Michel Foucault (1978, p. 214 apud ENGEL, 2001) aponta as diferenças de concepções entre os séculos XVII, XVIII e o XIX sobre loucura e doença: “Pode ser que, de um século para outro, não se fale 'das mesmas doenças' com os mesmos nomes, mas isso é porque, fundamentalmente, não se trata 'da mesma' doença”. A passagem da loucura à doença mental reflete as mudanças nas concepções de loucura, embora as heranças de outros tempos – começo/início – não são totalmente abandonadas, implicando também em diferenças (O'BRIEN, 1992, p. 49 apud ENGEL, 2001).

O enfoque a partir do século XIX passa a ser o tratamento/diagnóstico da loucura, dando espaço, principalmente, à clínica. De acordo com Castro (2009, p. 80), “[...] não é uma ciência [...] é o resultado de observações empíricas, ensaios, prescrições terapêuticas e regulamentos institucionais”. Trata-se de uma concepção discursiva, a partir das obras de Michel Foucault, que trazem a ideia de que a clínica responde a uma reestruturação das formas do ver e do falar.

Na concepção de Ramminger (2002), foi Pinel que trouxe o diagnóstico implicado na observação prolongada, rigorosa e sistemática das transformações biológicas, mentais e sociais do paciente, que eram realizadas dentro do manicômio – que passou da condição de asilo onde se abriga, para a condição de cura/tratamento. Mas, apesar da rápida repercussão na Europa, a doutrina de Pinel foi logo ofuscada pelo emprego inadequado do tratamento, porém, aumentou-se o interesse pela explicação e tratamento da loucura a partir de modelos organicistas. Com a volta da visão organicista na prática psiquiátrica, o manicômio deixa de ser recurso terapêutico, e volta a ser um instrumento de segregação social.

Para Engel (2001), a visão organicista teve como consequência o surgimento de diversos tratados médicos sobre a loucura, tracejando modalidades de medicalização, e na situação de internamento. “A loucura passa a ser objeto de uma percepção mais médica e as práticas a respeito dos insanos começam a diferenciar-se das que se destinam aos outros

reclusos” (ENGEL, 2001, p. 89), ou seja, inicia-se uma nova experiência da loucura a partir da virada do século XVIII para o XIX, atribuindo-lhe uma especificidade. A loucura seria concebida como uma doença, como um objeto de conhecimento e de intervenção exclusivos do médico.

Desse modo, podemos perceber, a partir do histórico da loucura, as diferentes funções do manicômio. A função mais antiga é a de recolher os loucos, juntamente com outras minorias, isolando-os em edifícios antigos mantidos pelo poder público ou por grupos religiosos (RAMMINGER, 2002). Em seguida, surgiram as instituições hospitalares com objetivo de realizar tratamento médico, porém, os funcionários responsáveis não tinham formação médica, muitas vezes eram religiosos. E a partir do século XIX surgiram as instituições que acolhiam apenas doentes mentais, oferecendo tratamento médico especializado e sistemático em instituições chamadas de manicômios.

As condições dessas instituições manicomiais eram precárias e a maioria dos pacientes não tinham diagnóstico de doença mental (loucura). Os pacientes eram “[...] epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder” (ARBEX, 2013, p. 14), além disso, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, eram espancados, morriam de frio, de fome, de doença. Paradoxalmente, essas instituições justificavam suas práticas com o argumento da necessária limpeza social, livrando a sociedade de sujeitos considerados como parte de uma categoria social de desprezíveis e desajustados cujos comportamentos eram indesejáveis. As instituições manicomiais, portanto, exerciam a função social de disciplinar corpos e comportamentos. Era uma tecnologia de poder que visava a atender aos padrões de civilidade produzidos na modernidade.

A partir da propagação dessas instituições manicomiais, percebe-se também a influência do pensamento de Descartes, que identificou o pensamento como condição para a existência, ou seja, a razão e o juízo são condições para o homem cuidar de si. Com a Revolução Francesa, evidencia-se a valorização de uma sociedade gerida por homens e pela razão, e assim iniciam-se, segundo Pitta (1996 apud VASCONCELOS, 2008, p. 50), “[...] a proteção da sociedade, calcada na ideia de periculosidade do louco, e a proteção do doente, asserção que os extremos da curva de normalidade necessitariam de assistência”. Desse modo, torna-se perceptível a desvalorização da desrazão, e a propagação de assistências, como os manicômios/hospitais psiquiátricos, aos ditos “loucos”.

Segundo Teixeira e Ramos (2012), foi por meio do Decreto nº 82/1841 que foi fundado no Rio de Janeiro o Hospício Dom Pedro II, explicitamente inspirado no modelo

asilar francês (elaborado por Pinel e Esquirol), inaugurado em 1852, e renomeado mais tarde Hospício Nacional de Alienados. Assim, o Brasil se tornou o primeiro país da América Latina a fundar um grande manicômio com base no alienismo francês, o qual manteve a tradição asilar de abrigar desviantes de todos os tipos, regidos sob a égide das mais diversas intervenções e arbitrariedades. Pode-se situar, ainda, o marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira com a fundação desse hospital psiquiátrico.

De acordo com Machado (1978, p. 431), o isolamento foi uma “característica básica do regime médico e policial do Hospício Dom Pedro II” e era o próprio hospício, concebido como o lugar do exercício da ação terapêutica, que deveria realizar a transformação do alienado. Nesse primeiro momento, o isolamento em relação à família é prioritário e indispensável apenas para um tipo específico de louco: o caso do louco que vaga pela rua, pois a família pobre não tem possibilidade alguma de garantir a segurança e o tratamento. Para as famílias ricas, que quisessem manter junto dela o alienado, a internação não deveria ser imposta, pois, ainda que com limitações, acreditava-se que ela poderia reproduzir um hospício no interior de sua ampla residência.

2.1.2 O DURANTE: Contextualizando a Reforma Psiquiátrica no Brasil

Para o Ministério da Saúde (2005), o início do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.

Continuando com explanação do Ministério da Saúde (2005), embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde.

Reforçando essa afirmativa, Goulart (2006), complementa que a partir do final da década de 70, tomou forma, no Brasil, um movimento da Reforma Psiquiátrica com um questionamento incisivo das políticas públicas de saúde mental e do modelo assistencial centrado nos hospitais psiquiátricos e em estratégias de exclusão. Foi quando se falou, pela

primeira vez, acerca do fim dos hospitais psiquiátricos, que atualmente identificamos no bojo dos processos de desinstitucionalização que vem ocorrendo no Brasil.

Já para Desviat (1999), a transformação mais relevante que este momento histórico nos traz, diz respeito ao surgimento da ideia do Hospital que conhecemos hoje, enquanto instituição de saúde, principal espaço do exercício das ciências médicas. Mas tanto a realidade quanto a finalidade dos hospitais já foram outras.

O hospital, por mais estranho que isso possa parecer nos tempos atuais, não era uma instituição médica. Foi criado inicialmente na Idade Média como instituição de caridade, que tinha como objetivo oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes (AMARANTE, 2007, p. 22).

Em uma publicação feita pelo Ministério da Saúde em 2005, a “Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil¹”, a Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Amarante (2007) aponta que o início da reforma psiquiátrica no Brasil se deu a partir de uma organização coletiva da classe psiquiátrica que originou na criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, mais conhecido como CEBES. A psiquiatria brasileira, até hoje, encontra suporte junto ao CEBES para continuar transformando a relação entre sociedade e loucura, sem deixar de se questionar, não só sobre as instituições e suas práticas psiquiátricas vigentes, mas também sobre os conceitos e saberes que fundamentam essa prática.

Para o Ministério da Saúde (2005), um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica – processo amplo de inclusão social e promoção da cidadania das pessoas com transtornos mentais – é a potencialização do trabalho como instrumento de inclusão social dos usuários dos serviços. Embora os diversos serviços da rede de atenção à saúde mental fomentem a

¹ Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005.

criação de cooperativas e associações e realizem oficinas de geração de renda, estas experiências, mesmo que com ótimos resultados, caracterizam-se ainda por sua frágil sustentação institucional e financeira. O manejo diário destas experiências com o mercado capitalista e com uma sociedade excludente impõe debates práticos e teóricos no cotidiano dos serviços, que vem substituindo aos poucos o componente da antiga reabilitação pelo trabalho, dado no marco asilar.

Diante o exposto, conclui-se que, dentre tantas relevantes contribuições que a reforma psiquiátrica trouxe, a mais significativa para este trabalho, é justamente a importância da humanização no processo de inclusão da pessoa com transtorno mental, tanto na sociedade como no convívio com a sua família, para a eficácia do tratamento.

Nesse sentido, segundo Vilhena (2004), a família pode ser pensada sob diferentes aspectos: como unidade doméstica, assegurando as condições materiais necessárias à sobrevivência, como instituição, referência e local de segurança, como formador, divulgador e contestador de um vasto conjunto de valores, imagens e representações, como um conjunto de laços de parentesco, como um grupo de afinidade, com variados graus de convivência e proximidade – e de tantas outras formas. Existe uma multiplicidade de formas e sentidos da palavra família, construída com a contribuição das várias ciências sociais e podendo ser pensada sob os mais variados enfoques através dos diferentes referenciais acadêmicos.

2.1.3 O DEPOIS: A Alta Complexidade no Sistema Único de Saúde

Para entendermos de forma cronológica como se deu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país, faz-se necessário citar as leis e decretos que viabilizaram esse surgimento. É indispensável que iniciemos citando a Constituição da República Federativa do Brasil, popularmente conhecida como Constituição cidadã, que foi promulgada em 05 de outubro de 1988, e pode ser considerada como marco histórico para os cidadãos brasileiros, em decorrência dos inúmeros direitos e garantias que assegurou (BRASIL, 1988).

Toda sua redação é pautada em garantias, mas a principal delas, no que tange este trabalho, encontra-se no Capítulo II – DOS DIREITOS SOCIAIS, artigo 6º, da Constituição Federal, no seguinte texto.

Artigo 6º: São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988).

No artigo acima, o Estado, através da Constituição Federal, afirma que a saúde é um direito social, responsabilizando-se por garanti-lo. E é por esse motivo que em 19 de setembro de 1990, através da Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080 (BRASIL, 1990), o SUS foi fundado e operacionalizado em nosso país. Esta lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento de todos os serviços ofertados no sistema. A Lei tem, ainda, a função de regular em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, executados isoladamente ou em conjunto, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

O Art. 198, da referida Lei, traz que, com suas diretrizes de descentralização em cada esfera de governo, integralidade no atendimento, prioridade nas práticas preventivas e participação da comunidade nas decisões a partir dos conselhos de saúde, logo o cenário manicomial foi também sendo modificado, tendo em vista que o mesmo tornava-se ultrapassado frente às novas exigências sociais de igualdade, cidadania, ênfase nas práticas preventivas, entre outras.

Deste último momento, destacam-se as tendências à descentralização, a municipalização das ações de saúde, a participação de setores representativos da sociedade na formulação e gestão do sistema de saúde, processo este que está em curso, com as idas e vindas próprias da construção da democracia. Um outro aspecto merece atenção especial: a definição de financiamento do setor público de saúde. Dentre as consequências mais importantes desta definição está o surgimento de novas gerações de técnicos e usuários que têm espaço, possibilidade e condições de criação e invenção da assistência no serviço público, o que até então não vinha ocorrendo (AMARANTE, 2007, p. 80).

Segundo Amarante e Rotelli (1992), frente a toda esta modificação no cenário nacional brasileiro, delineou-se um novo conjunto de práticas e iniciativas em diferentes regiões do Brasil. Estas novas práticas, voltadas à assistência à saúde mental, resultaram dos esforços, das lutas e das discussões, ocorridas nos mais diferentes segmentos da sociedade. Em muitos casos, as iniciativas locais tiveram uma repercussão enorme influenciando outras regiões a iniciarem mudanças no âmbito da saúde mental. Foi desta forma que, aos poucos, a Reforma Psiquiátrica Brasileira foi consolidando-se e ganhando cada vez mais força e, em abril de 2001, todo este movimento é legitimado através da aprovação da Lei Federal nº 10.216, que é conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Além do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Luís da Rocha Cerqueira, inaugurado em março de 1987, na cidade de São Paulo, outro serviço substitutivo ao manicômio foi inaugurado a partir de 1989, em Santos; trata-se do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), que juntamente com os CAPS tornaram-se referência para a

implantação dos serviços substitutivos ao modelo manicomial em nosso país (ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2006).

Essas duas iniciativas serão precursoras de congêneres não só no Estado de São Paulo, mas em todo o Brasil, uma vez que subsidiarão os MS na formulação da Portaria n. 224/92, primeiro documento oficial a estabelecer critérios para o credenciamento e financiamento dos CAPS pelo SUS. A partir da publicação dessa portaria, o número de CAPS e/ou NAPS aumentou significativamente, atingindo cento e sessenta serviços em 1995 e superando quinhentas unidades em todo o país em 2004 (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006, p. 1055).

A Lei Federal nº 10.216 preconiza a reforma psiquiátrica no Brasil, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. Nesta lei, conforme o Ministério da Saúde (2001), a ênfase está nos direitos de igualdade na prestação de serviços, sem qualquer forma de discriminação. Além disto, os familiares ou responsáveis pelo usuário ficarão a par de todos os direitos da pessoa com transtorno mental, como por exemplo: qualidade no tratamento; ser tratada com respeito; empenho dos técnicos na recuperação da saúde, visando inseri-lo novamente na família, na comunidade e no trabalho; garantia do sigilo das informações; direito à presença médica sempre que precisar; acesso aos meios de comunicação; ser informado sobre a sua doença e tratamento; ser tratada de preferência em serviços comunitários de saúde mental.

Quanto à internação em hospitais psiquiátricos, a Lei nº 10.216 em seu artigo 4º, deixa claro que: “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”.

Diante disto, a mesma aponta que a finalidade do tratamento é a reinserção do paciente em seu meio e não o isolamento, como há séculos acontecia dentro das instituições asilares. Nesse sentido, a Lei nº 10.216 no parágrafo 3º, do artigo 4º, destaca que: “é vedada a internação de pacientes com transtornos mentais em instituições com características asilares”, que não respeitem os direitos dos usuários.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a Atenção Primária à Saúde (APS), também conhecida no Brasil como Atenção Básica (AB), da qual a Estratégia Saúde da Família é a expressão que ganha corpo no Brasil, é caracterizada pelo desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É constituída pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pela Equipe de Saúde da Família (ESF) e pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Ainda segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), além dos princípios e diretrizes do SUS, a APS orienta-se também pelos princípios da acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, responsabilização, humanização, participação social e coordenação do cuidado. Possibilita uma relação de longa duração entre a equipe de saúde e os usuários, independentemente da presença ou ausência de problemas de saúde, o que chamamos de atenção longitudinal. O foco da atenção é a pessoa, e não a doença.

Segundo a Portaria nº 4.279/2010, a atenção secundária é formada pelos serviços especializados em níveis ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível desempenha papel imprescindível na resolubilidade e integralidade do cuidado, com ampliação do acesso a consultas e exames especializados, acontecendo seu funcionamento a partir de encaminhamentos da atenção primária (ERDMANN, 2013).

A atenção terciária ou alta complexidade designa o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização. Organiza também procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo, como oncologia, cardiologia, oftalmologia, transplantes, parto de alto risco, traumatologia, neurocirurgia, diálise (para pacientes com doença renal crônica), otologia (para o tratamento de doenças no aparelho auditivo) (BRASIL, 2019).

Apoiada na Lei nº 10.216/02, a Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, garantindo a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral.

O Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2016), por se destinar ao atendimento de todos os brasileiros, é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. A construção do SUS passa historicamente por diversas formulações políticas e organizacionais, resultando no redirecionamento dos serviços e ações de saúde, educação permanente, financiamento e participação social.

A Política Nacional de Saúde Mental é uma ação do Governo Federal, coordenada pelo Ministério da Saúde, que compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país para organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental. Abrange a atenção a pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno

obsessivo-compulsivo etc., e pessoas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas, como álcool, cocaína, crack e outras drogas (BRASIL, 2017).

De acordo a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. As primeiras RAS estabelecidas foram: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Além disso, o SUS considera a Atenção Básica a porta de entrada dos usuários nos sistemas de saúde.

Dentre as diretrizes de cuidado da RAPS, destacamos como uma estratégia de saúde pública, pautada no princípio da ética do cuidado, a Redução de Danos (RD), a qual visa diminuir o risco das vulnerabilidades social, individual e comunitária, associadas ao uso, abuso e dependência de drogas. A abordagem da RD reconhece o usuário em suas singularidades e, mais do que isso, constrói com ele estratégias, focando na defesa de sua vida (BRASIL, 2003).

Segundo Vieira e Waischunng (2018), a Psicologia Hospitalar vem avançando como espaço de trabalho e tema de pesquisas entre os psicólogos. Isto demonstra a ampliação da importância destes profissionais na área hospitalar, destacando seu papel nas equipes multiprofissionais que ali atuam.

Já para Moreira et al. (2012), através da compreensão do modelo biopsicossocial de saúde e das políticas de humanização nos hospitais, a presença da Psicologia no contexto hospitalar junto às equipes multidisciplinares se tornou uma realidade, uma vez que procura perceber o ser humano em sua dimensão biológica, psicológica e social e busca resgatar a importância dos aspectos emocionais, indissociáveis dos aspectos físicos na intervenção da saúde.

Em suma, tendo em vista que o ambiente hospitalar é extremamente impessoal, há sempre o risco de que a pessoa não consiga ser vista em sua singularidade pela equipe; adentrando aí, como um profissional capacitado para um olhar individualizado, o psicólogo ocupa o lugar de trazer à equipe as idiosincrasias dos pacientes, que algumas vezes dificultam a adesão ao tratamento.

2.2 A FAMÍLIA DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL

Neste capítulo apresentaremos sobre a família da pessoa com transtorno mental, contextualizando o cuidado com o cuidador, a família como cuidador da pessoa com transtorno mental e o cuidado psicológico na alta complexidade.

Segundo Althoff (2002), é preciso considerar que a convivência da família com a pessoa com transtorno mental nem sempre é harmoniosa, sendo permeada por tensões e conflitos, uma vez que é nesse espaço que as emoções são mais facilmente expressas. Assim, a família, como grupo de convivência, requer de seus integrantes a capacidade constante de repensar e reorganizar suas estratégias e dinâmica interna. Exige dos sujeitos o respeito à individualidade, pois apesar das pessoas habitarem a mesma casa, há uma diversidade de formas de ser e estar no mundo, uma vez que elas pensam, interpretam os fatos e se comportam de forma diferente.

Complementando, transtornos mentais são alterações do funcionamento da mente que prejudicam o desempenho da pessoa na vida familiar, social, pessoal, no trabalho, nos estudos, na compreensão de si e dos outros, na possibilidade de autocrítica, na tolerância aos problemas e na possibilidade de ter prazer na vida em geral. Isto significa que os transtornos mentais não deixam nenhum aspecto da condição humana intocado (AMARAL, 2011).

Os autores Soares e Munari (2007) referem que o cuidado ao familiar acometido implica considerar: a transformação da pessoa outrora conhecida, a lida com comportamentos (de isolamento, autodestruição, agressividade) e hábitos inadequados de higiene, os quais podem gerar nos cuidadores ansiedade, raiva, culpa e medo. Acrescem-se às funções dos cuidadores acompanhar regularmente os familiares aos serviços de saúde, administrar a medicação, fornecer-lhes suporte social, arcar com gastos dos tratamentos e superar as dificuldades dessas tarefas.

2.2.1 Família como cuidador

Como vimos anteriormente, a reforma psiquiátrica permitiu a modificação do modelo de assistência psiquiátrica, motivando a inclusão da família no cuidado à pessoa com transtorno mental (CARDOSO; GALERA, 2011). Deste modo, a família passa a ser núcleo estratégico e privilegiado das intervenções de reabilitação e reinserção psicossocial de pessoas com transtorno mental, e tem sido vista como aliada no tratamento realizado, dando continuidade ao trabalho de profissionais de saúde.

Nesse sentido, conhecer as características sociodemográficas dos cuidadores familiares pode ser recurso importante para o planejamento mais humanizado, compartilhado

e coletivo da assistência oferecida ao cuidado em saúde mental (CARDOSO; GALERA, 2011), percebendo no contexto social maior predominância de mulheres como cuidadoras, destacando-a como presença importante e indispensável na consolidação da reforma psiquiátrica no País.

Para Bessa e Waidman (2013), apesar de vários esforços da sociedade durante várias décadas, uma das coisas que contribuíram para esta mudança de paradigma foi a alteração na legislação de saúde mental, iniciada pelas portarias ministeriais e alavancada pela Lei nº 10.216 de 2001. Esta lei foi um marco importante para a mudança no atendimento em instituições de saúde, principalmente na forma de valorizar as ações extramuros e o contexto psicossocial, envolvendo principalmente a família no tratamento. A família, que antes era afastada da pessoa doente, por se considerar que poderia ser ela a fonte ocasional da perturbação mental, passa agora, com a proposta da desinstitucionalização, a assumir o papel de protagonista no cuidado.

Já para Waidman et al (2007), a família tem sido vista como aliada no processo de cuidado à pessoa com transtorno mental, mas em determinadas situações os profissionais precisam oferecer-lhe condições de manter o núcleo familiar saudável, cuidando da pessoa sem que haja agravo à saúde desta e da família como um todo. Para isso, tornam-se necessários profissionais e serviços com propostas adequadas de cuidado.

Segundo Monzani (2005), para entendermos “o cuidador”, partiremos de Heidegger, referindo-se ao “ser-no-mundo”, que diz respeito à maneira pela qual o homem encontra-se com suas coisas e com as pessoas, preocupa-se com elas, num mundo que lhe é familiar, remetendo também ao modo como o ser-no-mundo se aproxima das pessoas ou coisas e/ou se afasta delas. Dessa forma, a fenomenologia se preocupa com o aspecto social do ser, passando a pensar em como ele vive o seu ser-com-os-outros, como ele se relaciona, atua, sente e vive com seus semelhantes.

Segundo Vasconcelos (2002), a relação da família com a pessoa com transtorno mental era mediada por agentes médicos e por agências estatais, encarregadas da cura, da custódia e da assistência. À família cabia identificar a loucura e encaminhar para o asilo, fornecer informações importantes, às vezes visitar o doente e esperar por sua recuperação pacientemente. “Recuperação” que, na maior parte das vezes, não acontecia, e assim o louco nunca mais voltava para o seio familiar. Morria no asilo ou ficava nas ruas perambulando, rejeitado pela família, perdendo qualquer vínculo social.

Segundo Goldman (1982), vários são os estudos acerca do impacto que a família da pessoa com transtorno mental sofre, como, por exemplo, a sobrecarga familiar, o estresse

emocional e o econômico. A partir de diagnóstico confirmado de doença mental o que se percebe, é que a família fica fragilizada, suas relações internas e externas ficam totalmente comprometidas.

Para Maciel (2000), a vida de todos os envolvidos, seja direta ou indiretamente, se modifica. Os mesmos acabam tendo que passar por uma readequação de sua estrutura uma vez que essa pessoa precisa de uma atenção e cuidados especiais o que gera um maior custo, tanto na estrutura com relação aos cuidados com a pessoa e como se portar diante dela.

A família ao deparar-se com a doença mental apresenta três formas de abordagens: o encobrimento, o ocultamento da doença do meio social e a normalização, prosseguindo com as atividades normais, encobrindo a realidade e a dissociação afastando-se do convívio da sociedade a fim de evitar futuros aborrecimentos (MIOM, 2003, p. 27).

Desta forma, de acordo com Souza (2008), a família deve adaptar-se com vistas a manter um equilíbrio que propicie uma melhor qualidade de vida tanto para o doente quanto para os familiares. A falta de adaptação pode contribuir negativamente para a evolução da doença e aquelas famílias que experimentam dificuldades de adaptação para incorporar o gerenciamento da doença no seu cotidiano, permanece como um foco desagradável na vida familiar. Pois, quando um familiar apresenta sintomas de transtorno mental, a família experimenta vários sentimentos em relação ao doente e à doença. Surgem, em geral, conflitos familiares, problemas financeiros, isolamento e falta de suporte.

Infelizmente, em nossos tempos, os parentes que cuidam de uma pessoa adoecida ainda são desrespeitados, não são devidamente escutados, são responsabilizados e julgados por eventuais danos sem provas ou justificativas. O familiar costuma aprofundar seu conhecimento pesquisando de eventuais erros do passado, buscando incessantemente explicações e sentidos que possam amenizar seu sofrimento. É muito difícil para os familiares escapar dos efeitos aterradores da percepção negativa e estigmatizante relacionada à doença mental, pois ela corrói a autoestima e a autoconfiança das pessoas envolvidas, roubando uma parcela importante de suas potencialidades e das oportunidades de suas vidas. E até mesmo altera as relações entre os membros da família, os quais acreditam que o familiar doente possui privilégio (MELMAN, 2002, p. 90).

Para Alcantara (2011), o apoio familiar é muito importante, sendo mais ainda durante o tratamento, porém, esse papel no trato com o doente não é fácil, pois vários são os sentimentos que ela pode apresentar diante dessa situação, tais como: culpa, preconceito e incapacidade. Além do preconceito que as pessoas com transtornos mentais e dependentes químicos sofrem da sociedade, eles também são submetidos aos da família, que se sente

envergonhada pela sociedade pelo simples fato de não terem conseguido formar um indivíduo “saudável” e preparado para cumprir com suas obrigações sociais.

Segundo Borba et al (2011), sabe-se que a família é o primeiro agente social de todos os sujeitos, e não seria diferente para a pessoa com transtorno mental. Porém, além da família desempenhar esse papel de agente social, existe uma inclinação em considerar a família como unidade efetiva de cuidados, e espera-se que ela assuma o papel de cuidadora, tanto nos momentos de doença quanto de saúde de seus integrantes, com o intuito de alcançar o equilíbrio e o bem-estar deles. Desse modo, é função da família assistir os seus membros, atender às suas necessidades e prover meios adequados de cuidado, crescimento e desenvolvimento.

Segundo Beltrame e Bottoli (2010), a família moderna constitui-se através do progresso da vida privada, ou seja, a família assume um espaço maior em detrimento da sociedade. Assim, é importante considerar que a relação da família com a pessoa com transtorno mental é historicamente construída, sendo que nem sempre foi vista como uma instituição capaz de acolher e cuidar de um familiar que adocece mentalmente.

Segundo Moreno (2003), a família historicamente foi excluída do tratamento dispensado às pessoas com transtorno mental, pois os hospitais psiquiátricos eram construídos longe das metrópoles, o que dificultava o acesso dos familiares a essas instituições. Outro fator que permeava a relação da família com a pessoa com transtorno mental era o entendimento de que ela era a produtora da doença, uma vez que o membro que adoecia era considerado um bode expiatório, aquele que carregava todas as mazelas do núcleo familiar e deveria ser afastado daqueles considerados responsáveis pela sua doença. Desse modo, restava à família o papel de encaminhar seu familiar à instituição psiquiátrica para que os técnicos do saber se incumbissem do tratamento e da cura.

Para Zanetti (2007), diante dessa nova realidade, a temática família e saúde mental vem despertando o interesse das várias áreas do conhecimento, haja vista que o novo modelo de assistência em saúde mental, exige a participação da sociedade, o trabalho em equipe e a inclusão da família no cuidado à pessoa com transtorno mental. A família, portanto, deve ser considerada como ator social indispensável para a efetividade da assistência psiquiátrica e entendida como um grupo com grande potencial de acolhimento e ressocialização de seus integrantes. Exemplos de transformação no campo da saúde mental que tem exigido a inclusão da família no plano de cuidados são a criação e ampliação de uma rede comunitária de atendimento às pessoas com transtorno mental e a redução do tempo de internação em instituição psiquiátrica.

Assim, a temática família e saúde mental no cuidado e na ressocialização da pessoa com transtorno mental torna-se relevante em face do processo da reforma psiquiátrica, pois, segundo Santana et al (2011), com a permanência dos pacientes em casa, passaram a fazer parte da rotina familiar: garantir as suas necessidades básicas; coordenar suas atividades diárias; administrar sua medicação; acompanhá-los aos serviços de saúde; lidar com seus comportamentos problemáticos e episódios de crise, fornecer-lhes suporte social; arcar com seus gastos; e superar as dificuldades dessas tarefas e seu impacto na vida social e profissional do familiar.

Ainda segundo Santana et al (2011), as transformações, que vem ocorrendo na saúde mental, visam inserir as pessoas com transtorno mental e seus familiares como protagonistas de um processo que busca inovar as formas de atenção; também, contam com a parceria dos profissionais desta área, que atuam nos diversos cenários, atendendo a essa população, baseando-se no acolhimento, no estabelecimento de vínculos, na responsabilização e na ética do cuidado.

Enfim, os familiares das pessoas com transtornos mentais, a partir do momento que se deparam com esta situação, sofrem uma significativa mudança em suas vidas, tendo que se adaptarem constantemente às novas formas de condução do seu dia-a-dia. Toda esta mudança repercute sobre vários aspectos do estilo de vida de cada família acometida por esse transtorno. Dados os transtornos enfrentados pelas famílias, as equipes de saúde mental devem, para além do doente, incluí-las no processo de cuidado à saúde.

2.2.2 O cuidado com o cuidador

Para começarmos a falar de cuidadores, precisamos primeiro entender o que é o cuidar. Para Boff (1999), o verbo cuidar em português denota atenção, cautela, desvelo, zelo. Assume ainda características de sinônimo de palavras como imaginar, meditar, empregar atenção ou prevenir-se, porém, representa mais que um momento de atenção. É, na realidade, uma atitude de preocupação, ocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o ser cuidado.

Para Remen (1993), é comum ouvirmos que para cuidar, antes de mais nada é necessário se cuidar, pois o cuidador é aquela pessoa que, inspira confiança, acaba com o desespero, luta contra o medo, inicia ações positivas e produtivas, e sendo assim todos esses valores teriam que fazer parte das práticas desses profissionais, porém, o trabalho em saúde impõe aos profissionais da área uma rotina carregada de alto grau de tensão que envolve toda a equipe. Pessoas transitando e conversando, sons agudos, intermitentes e variados, queixas

constantes, ansiedade, tristeza, dor, morte e longas jornadas de trabalho constituem o cotidiano da maioria desses profissionais e, em particular, a do enfermeiro.

Um profissional de saúde é uma pessoa que sofreu profundas modificações como resultado de treinamento especializado, do conhecimento e da experiência; são pessoas diariamente expostas à dor, à doença e à morte, para quem essas experiências não são mais conceitos abstratos, mas sim, realidades comuns. De muitas maneiras, é como estar sentado na poltrona da primeira fila no teatro da vida, uma oportunidade inigualável para adquirir um profundo conhecimento e maior compreensão da natureza humana (REMEN, 1993, p. 180).

Para Monzani (2005), tudo isso estimula esse profissional a renunciar seus sentimentos e vontade própria para poder atender à pessoa que necessita de cuidados. Todavia, vale lembrar que o ser humano não foi “configurado” como uma máquina, podendo despir-se de suas vontades e necessidades, e é a partir daí que o cuidado com esses profissionais se faz necessário. Na atividade diária pela salvação de vidas e restituição do bem-estar dos doentes, muitos profissionais da saúde tombam e acabam produzindo os maiores índices de depressão ou suicídio da sociedade. Aos poucos é que se tem disseminado a preocupação com a necessidade de cuidar de quem cuida.

Já para Monzani (2005), as pessoas que estão há mais tempo na profissão também são mais suscetíveis, porque costumam estar com um acúmulo de decepções e conflitos no trabalho. Paralelamente ao cuidado com o indivíduo, pode haver um trabalho preventivo no próprio ambiente, trabalhando o sofrimento, no sentido de evitar esse tipo de desgaste a esses profissionais. A mentalidade de que é preciso cuidar do cuidador é uma ação preventiva. O comum é que se treinem as pessoas para cuidar dos outros. Mas e a necessidade do cuidador? Se ele não for assistido nas suas necessidades, isso vai interferir no atendimento que prestará. Seria essencial que se agregasse à prática técnica e científica o respeito à singularidade das necessidades do paciente e do cuidador, acolhendo o desconhecido e o imprevisível, e aceitando os limites de cada situação.

Por outro lado, Fernandes, Batista e Leite (2003), afirmam que tendo um respaldo, e algo em que se possa ter como âncora, o cuidador realizará seu trabalho com muito mais empenho e responsabilidade, além de trabalhar com muito mais satisfação por saber que, assim como ele tem que cuidar de seus pacientes, há também quem cuide deles. Além disso, o cuidado com o cuidador pode proporcionar ao profissional da saúde a oportunidade de resgatar o verdadeiro sentido de sua prática, sentido e valor de se trabalhar numa organização de saúde, pois resgata sua própria autoestima.

Para Martins (2003), as pessoas que cuidam acabam por sofrer um grande desgaste emocional, porém, passam a ideia de que cuidam também de si mesmas. Mas é exatamente

esse cuidado que o falta. Assim como precisamos e devemos nos preocupar conosco e dar lugar à necessidade de nos sentirmos amparados por alguém, o profissional que cuida também necessita desse amparo. Ninguém pode dar ao outro o que não tem, diz um antigo provérbio. É fato, por conseguinte, que seremos mais eficazes na nobre tarefa de cuidar se nos dispusermos a promover o bem-estar do outro sem esquecermos do nosso próprio.

Para Boff (1999), como uma atitude e característica primeira do ser humano, o cuidado revela a natureza humana e a maneira mais concreta de ser humano. Segundo o mesmo autor, o cuidado apenas aparece quando a existência de alguém adquire significado para nós. Nesse sentido, passamos a cuidar, participar do destino do outro, de suas buscas, sofrimentos e sucessos.

Ainda para Monzani (2005), o cuidado por sua própria natureza possui dois significados que se inter-relacionam, por ser uma atitude de atenção e solicitude para com o outro, ao mesmo tempo em que representa preocupação e inquietação, pois o cuidador se sente envolvido afetivamente e ligado ao outro. Mas, para que a atmosfera de cuidado ocorra de forma verdadeira e acolhedora, é essencial que a intenção do cuidador fique clara, ou melhor, seja demonstrada genuinamente por palavras e ações. Esta ação é repleta de sensibilidade, delicadeza, solidariedade e profissionalismo, pois deve excluir preconceitos de qualquer ordem e utilizar a relação interpessoal como base entre seres humanos.

Para Favero (2013), no cenário domiciliar, surge então a figura do cuidador, aquele que desempenha a função de cuidar de pessoas dependentes numa relação de proximidade física e afetiva, podendo ser um parente que assume esse papel a partir das relações familiares ou até mesmo um profissional, prestando cuidados de prevenção, proteção e recuperação da saúde. O papel de cuidador, em geral, é concebido dentro do próprio ambiente familiar. Por assumir um papel para o qual geralmente não está preparado, o cuidador pode sofrer com a sobrecarga de trabalho e, por vezes, tem sua qualidade de vida comprometida.

Enfim, o cuidar perpassa o conceito de qualidade de vida, tanto no que diz respeito a cuidar de si quanto a cuidar de outros. No segundo caso, quando ocorre a dependência funcional de um sujeito, essa mobiliza não só demandas individuais, mas também os familiares, as quais afetam a rotina e a estrutura em que o sujeito está inserido, ocorrendo, dessa forma, mudanças financeiras, de papéis, entre outras.

2.2.3 Cuidado psicológico na alta complexidade

Para Mattos (2003), a atuação do psicólogo no hospital geral, que representa uma especificidade da Psicologia da Saúde no setor terciário, iniciou-se na década de 1950 com

poucos profissionais psicólogos. Havia, no país, profissionais com formação nas áreas das Ciências Humanas os quais eram responsáveis pela assistência psicológica aos pacientes hospitalizados. Entretanto, verificou-se a necessidade do surgimento dos cursos de graduação em Psicologia para delimitar a atuação do psicólogo nas instituições de saúde.

Ainda sobre o início da psicologia hospitalar, Santos e Jacó-Vilela (2009) afirmam que, os psicólogos estavam diante de teorias e técnicas das abordagens psicológicas, mas na tentativa de responder com urgência às demandas da instituição de saúde apresentavam dificuldades em estabelecer parâmetros para a atuação qualificada. Nas primeiras atividades da Psicologia implementadas em hospital geral, predominava uma perspectiva prática da Psicologia clínica tradicional.

Diante das características da instituição hospitalar, a simples transposição do modelo mostrava-se insuficiente para atender uma demanda tão complexa. Assim, foi necessário promover uma reflexão crítica acerca das atribuições profissionais do psicólogo que atua em hospitais, principalmente no que se refere à sua inserção nas equipes de saúde, o que ocorreu de forma gradativa a partir do enfrentamento das dificuldades de sua inserção em um campo exclusivo das ciências biomédicas (SANTOS, JACÓ-VILELA, 2009).

Para entendermos como se dá a atuação do psicólogo na alta complexidade, faz-se necessário conceituar psicologia hospitalar.

Nesse sentido, Miranda (2013), diz que a psicologia hospitalar é a área da psicologia que visa fornecer suporte ao sujeito em adoecimento, a fim de que este possa atravessar essa fase com maior resiliência. Psicologia hospitalar é, ainda, um campo de entendimento e tratamento dos aspectos biológicos em torno do adoecimento, não somente doenças psicossomáticas, mas todo e qualquer tipo de enfermidade. Comumente, o processo de adoecimento traz em seu bojo uma desorganização da sua vida, de modo que provoca várias transformações em sua subjetividade, ou seja, o sujeito sai do conforto de seu lar e se depara com a hospitalização, muda seus hábitos, perde sua identidade e, muitas vezes, acaba virando um número de prontuário.

Já para Alamy (2003) a Psicologia hospitalar é considerada como o ramo da Psicologia destinado ao atendimento de pacientes com alguma alteração orgânico-física, que seja responsável pelo desequilíbrio em uma das instâncias bio-psico-social, bem como uma Psicologia dirigida a pacientes internados em hospitais gerais sem deixar de se estender aos ambulatórios e consultórios, com sua atenção voltada para as questões emergenciais advindas da doença e/ou hospitalização, do processo do adoecer e do sofrimento causado por estas, visando o minimizar da dor emocional do paciente e de sua família.

Para Romano (1999), o atendimento psicológico hospitalar focaliza as repercussões psíquicas do indivíduo referentes à situação de doença e hospitalização. Busca-se investigar a capacidade de adaptação do paciente, os problemas vivenciados nesse ambiente, o nível de adesão ao tratamento e o relacionamento estabelecido entre paciente, acompanhante e equipe de saúde. A adaptação está ligada a uma concepção evolucionista do ser humano, ou seja, refere-se à capacidade do indivíduo de construir estratégias para o enfrentamento das situações que, a curto ou longo prazo, possibilitem um funcionamento produtivo, permitindo desenvolver recursos úteis para o seu crescimento pessoal.

De acordo com a definição do órgão que rege o exercício profissional do psicólogo no Brasil, o Conselho Federal de Psicologia (2003a) o psicólogo especialista em Psicologia Hospitalar tem sua função centrada nos âmbitos secundário e terciário de atenção à saúde, atuando em instituições de saúde e realizando atividades como: atendimento psicoterapêutico; grupos psicoterapêuticos; grupos de psicoprofilaxia; atendimentos em ambulatório e unidade de terapia intensiva; pronto atendimento; enfermarias em geral; psicomotricidade no contexto hospitalar; avaliação diagnóstica; psicodiagnóstico; consultoria e interconsultoria.

Depois de conceituada a Psicologia Hospitalar, faz-se necessário mostrar-lhes a importância desta no contexto hospitalar, tanto para a pessoa hospitalizada como para a família que a acompanha, já que esta também é foco do atendimento psicológico hospitalar.

Para Lustosa (2007), a presença do Psicólogo Hospitalar se torna fundamental, e pode funcionar como o diferencial deste momento existencial familiar. Este profissional traz, com sua compreensão teórica e habilidade técnica, a possibilidade de auxílio na reorganização egóica do todo familiar, frente ao sofrimento atual. Facilita a elaboração de fantasias, medos e angústias próprios de um momento como este. Pode dar suporte ao enfrentamento da dor, sofrimento e medo da perda do paciente.

Para Azevêdo e Santos (2011), o atendimento psicológico hospitalar é realizado em locais distintos, como as unidades de internação e ambulatórios. Por causa disso, é preciso considerar as características de cada local, verificando o contexto apropriado para o atendimento, os horários e o período destinado ao acompanhamento. O paciente hospitalizado apresenta problemas que são vivenciados em uma situação real de doença e demais agravos da saúde que necessitam de hospitalização, o que exige do psicólogo habilidades para estabelecer vínculo e manter o foco nas demandas centrais, por isso a importância da avaliação e intervenção psicológica.

Enfim, se o paciente e sua família relatam que não acreditam em perspectivas de recuperação, provavelmente surgirão sentimento de tristeza e comportamentos os quais dificultam sua inserção nos procedimentos do setor, mas se, por outro lado, o psicólogo começa a explorar esse ponto, existe a possibilidade do paciente e seus familiares buscarem informações sobre a evolução clínica, manter contato com os profissionais de saúde e verificar que o processo de recuperação implica necessariamente a participação coletiva. As mudanças na maneira de interpretar os eventos possibilitam desenvolver flexibilidade diante das situações vivenciadas.

3 ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL PSICÓLOGO JUNTO A FAMÍLIA DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL ATENDIDA EM UMA UNIDADE HOSPITALAR

Ainda que o processo de reforma psiquiátrica, não só no Brasil, mas em todo o contexto mundial, tenha tido relevante importância para o início da reinserção das pessoas com transtorno mental ao convívio de suas famílias e da sociedade, na desconstrução do conceito de loucura, abordado no primeiro capítulo, bem como na desconstrução da ideia de isolamento para eficácia do tratamento da pessoa com transtorno mental, existem muitas barreiras a serem quebradas quando se trata da atuação do psicólogo, especialmente no contexto hospitalar. Isto porque, segundo Miranda e Sanches (1990), a questão da saúde mental, bem como das práticas terapêuticas, tem sido amplamente discutida em todo o mundo. Muito embora se tenha argumentado, defendido, criticado e proposto, a visão de saúde mental e do doente mental ainda carrega resquícios do século XVIII, quando da fundação da psiquiatria.

O que se vê é que, muitas vezes, o próprio psicólogo não tem consciência de quais sejam suas tarefas e papel dentro da instituição, ao mesmo tempo em que o hospital também tem dúvidas quanto ao que esperar desse profissional. Nesse sentido, Chiattonne (2000) contribui dizendo, se o psicólogo simplesmente transpõe o modelo clínico tradicional para o hospital e verifica que este não funciona como o esperado (situação bastante frequente), isso pode gerar dúvidas quanto à cientificidade e efetividade de seu papel. O distanciamento da realidade institucional e a inadequação da assistência mascarada por um falso saber pode gerar experiências malsucedidas em Psicologia Hospitalar.

Já para Angerami (1984), é muito importante observar-se o fato de que, ao atuar em uma instituição, o psicólogo, ao contrário da prática isolada de consultório, tem que ter bastante claros os limites institucionais de sua atuação. Na instituição o atendimento deverá ser norteado a partir dos princípios institucionais.

Quem brilhantemente elenca as atividades do psicólogo no hospital é Chiattonne (2000), situando-as em atendimentos psicoterapêuticos, psicoterapia de grupo, profilaxia e psicoeducação, atendimentos em ambulatórios, enfermarias e UTI, avaliação diagnóstica, psicodiagnóstico, consultoria e interconsulta e atuação em equipe multidisciplinar. Também auxilia o paciente em seu processo de adoecimento, visando à minimização do sofrimento provocado pela hospitalização. Esse profissional deve prestar assistência ao paciente, bem como seus familiares e a equipe de serviço, sendo que este deve levar em consideração um leque amplo de atuações, tendo em vista a pluralidade das demandas.

A psicologia no contexto hospitalar deverá encaminhar-se para a integração compreensiva de modelos teóricos aparentemente distantes, diminuindo os espaços entre a diversidade da área, dando-lhe finalmente significação, através de esforços psicológicos no cuidado à saúde e na prevenção das doenças, pois é a partir dela que podemos estabelecer condições adequadas de atendimento aos pacientes, familiares e equipes de saúde de uma unidade hospitalar (REMOR, 1999.)

Um novo modelo assistencial vem se delineando, segundo Vasconcelos (1999), tendo como foco de atenção a família, considerando o meio ambiente, o estilo de vida e a promoção da saúde como seus fundamentos básicos.

Segundo Lustosa (2007), é frente à situação de desestruturação, que a família necessita lançar mão de defesas egóicas, nem sempre adequadas. Quando isto ocorre, aumento de fragilidade, regressão, aumento de dependência, infantilização, sentimentos de culpas e remorsos podem ser comumente apresentados. É neste momento que a família precisa de ajuda! É aí que ela se sente insegura, desabando, ansiando por um apoio efetivo, por uma compreensão profunda de sua situação, de um ambiente que lhe possa devolver o equilíbrio, a segurança, a força, enfim, a estabilidade.

É tarefa fundamental do psicólogo hospitalar, a detecção de focos de ansiedade e de dúvidas entre o grupo familiar, levando à sua extinção ou diminuição. Além destas tarefas, ao Psicólogo Hospitalar deve também caber a aproximação do grupo familiar à equipe de saúde, facilitando a comunicação entre eles, para que contribuam para o tratamento do membro necessitado. Enfim, cabe ainda ressaltar a importância da Psicologia Hospitalar neste momento, no sentido de detecção e reforço de defesas egóicas adaptativas a este momento de

crise familiar, com intuito de facilitar o enfrentamento de todos os membros dessa família neste difícil momento vivido (ROMANO, 1999.)

Por outro lado, De Marco (2003), diz que este profissional também se faz necessário no apoio à reestruturação da estrutura familiar, que neste momento pode ter sido fortemente abalada, e conseqüentemente, comprometer o enfrentamento de toda esta situação de crise. Como o Psicólogo Hospitalar funciona aqui como ponto de referência entre Saúde e Doença, sua presença se faz de importante valia para o apoio psicológico necessário aos parentes da pessoa internada, assim como importante agente psicoprofilático com perspectiva de situações futuras, continuação desta atual, ou novas situações de doença a serem enfrentadas por esta mesma família.

O conceito de doença é amplo, contudo, Melman (2002), explica que a doença significa mais do que um conjunto de sintomas, possui outras representações de ordem simbólica, moral, social ou psicológica para o doente e a família. A família demonstra necessidade de conhecimento sobre a doença, de seus sintomas e efeitos, passando a enfrentar a doença com mais segurança e menos sofrimento.

Nesse sentido, Oliveira (2000), diz que alguns profissionais de saúde começaram a dar-se conta da necessidade de reconhecer a família como um membro integrante do cuidado prestado ao seu familiar doente, o que influi favoravelmente no prognóstico da doença. No entanto, parece difícil cuidar da família da pessoa com transtorno mental, sem ter uma compreensão prévia do significado de vivenciar esta doença. Isto porque, até bem poucos anos atrás, os profissionais de saúde e as políticas de saúde mental não eram voltadas para as famílias, como um grupo capaz de ajudar na recuperação do seu familiar doente e também necessitando de ajuda.

De acordo com Pietroluongo e Resende (2007, p. 07), o psicólogo, devido a sua formação diferenciada, “tem um lugar essencial dentro da equipe multidisciplinar, lugar que se constrói a partir da escuta”, que possibilita que o profissional desenvolva momentos de subjetivação no âmbito familiar, ampliando a percepção da equipe e da família em torno dos problemas levantados por esta. Por conhecer os processos relacionais, o psicólogo pode ajudar a compreender, dentro de um espaço social, que lugares estão sendo construídos para os sujeitos (equipe, usuários e família) e de que forma podem-se construir novas relações para que esses lugares sejam condizentes com os pressupostos da reforma.

O grande desafio para todos os integrantes da equipe multiprofissional “não é só conhecer a sua função, mas também conseguir estimar e reconhecer o papel do outro como essencial para se obter uma visão complexa dos fenômenos”. Assim, pode-se ter um grupo

horizontalizado e não hierarquizado no qual apenas um detém o saber, possibilitando “abertura à reflexão e a novas alternativas relacionais e de ação terapêutica” (PIETROLUONGO e RESENDE, 2007, p. 8).

Já para Fagundes (2004, p. 4), “a Psicologia tem um potencial transversalizador das práticas sociais e institucionais”, o qual tem contribuído cada vez mais para a invenção de maneiras de andar, tanto na saúde coletiva quanto na desinstitucionalização da loucura. Ainda segundo a autora, os psicólogos são atores importantes na construção/invenção de políticas públicas no Brasil, em especial, na área da saúde, na formulação de novas propostas, na formação de profissionais, na produção de conhecimentos, na invenção da atenção, ao designar dispositivos clínicos e de cuidados, e na participação em conselhos de saúde, entre muitos outros.

Novamente de acordo com Pietroluongo e Resende (2007), é necessário ressaltar que qualquer membro da equipe está apto a estabelecer relações que beneficiem a organização familiar, caso contrário, o saber dominador apenas se deslocaria de uma especialidade para outra, ou seja, deixaria de pertencer à psiquiatria e passaria a pertencer à Psicologia, como pontuam os autores. O principal pressuposto da reforma psiquiátrica é a desconstrução do estigma da loucura como doença orgânica, que passa a ser vista em sua complexidade; dessa forma, não faz o menor sentido estabelecer outro poder soberano.

O psicólogo é convocado a desenvolver estratégias para a adaptação “... de seu instrumental teórico-prático” (BRASIL, 2004, p. 185), viabilizando a reintegração e a ressocialização dos usuários por meio do cuidado contínuo. Faz-se indispensável “desenvolver abordagens participativas”, nas quais os usuários, junto a seus familiares e à comunidade em geral, sejam reconhecidos como atores, cooperando com a gestão de políticas de saúde e motivando a geração de serviços descentralizados, flexíveis e apropriados aos interesses da clientela.

Dessa forma, o profissional da Psicologia,

... deve estar atento à avaliação de seus serviços e práticas no campo da saúde, pois, mediante o fornecimento de informações relevantes, pode fundamentar novas decisões, novas formas de atuar, possibilitando o aprimoramento da prestação de serviço (BRASIL, 2004, p. 185).

Para Miranda e Sanches (1990), vale evidenciar o papel da terapia familiar, uma vez que terapia da família não se aplica a uma forma terapêutica específica, mas a uma grande variedade de abordagens que têm em comum a ideia de que a família constitui o foco

adequado para avaliação e tratamento de distúrbios emocionais. Esta visão é um desenvolvimento relativamente recente no campo da saúde mental, e reflete um desvio radical dos pontos de vista tradicionais referentes, não apenas à saúde mental, mas ao comportamento humano e à doença em geral.

Destaca-se Satir (1976), que enfatiza a importância da comunicação no contexto familiar, já que a interação entre seus membros se expressa através de gestos, expressão facial, postura corporal e movimentos, tom de voz, modo de vestir, conteúdo do próprio comunicar-se com o outro.

Há cerca de três décadas, alguns profissionais da saúde mental começaram a se sentir frustrados e preocupados com o índice de recaída de pacientes que haviam conseguido acentuada recuperação no hospital, assim que retornavam às suas famílias. Estes profissionais romperam com os procedimentos tradicionais, de só tratar o paciente identificado, e passaram a encarar o conjunto familiar no trabalho com o doente (MIRANDA e SANCHES, 1990).

Já Miranda e Sanches (1990), citando Minuchim (1982), colocam como objeto de intervenção o sistema familiar, sendo que o terapeuta se une a esse sistema e, então, utiliza a si mesmo para transformá-lo; mudando a posição dos membros do sistema, ele modifica suas experiências subjetivas. A fim de transformar o sistema familiar, o terapeuta intervém, portanto, no equilíbrio desse sistema, pois tem-se a estrutura familiar como um conjunto invisível de exigências funcionais que organizam as maneiras pelas quais os membros da família interagem.

Para Santin e Klafke (2011), o grande desafio nos parece ser a compreensão da indissociabilidade entre indivíduo e família, estando aí compreendidos aspectos de adoecimento e de cuidado. O trabalho com as famílias requer o estabelecimento de relações de cuidado com o cuidador e não apenas a relação com o familiar no papel de familiar, isto é, uma relação que se volta para ouvir como esta pessoa se sente e como está sendo para ela cuidar e conviver numa família, onde há a presença de muito sofrimento psíquico, e não apenas trabalhar questões de como esta pessoa pode ajudar o seu familiar, o que deve fazer ou não fazer para que ele melhore.

Enfim, a nova lógica de atenção à saúde mental requer compreender o sujeito como um todo, como um ser que sofre, que enfrenta momentos desestabilizadores, como separação, luto, perda de emprego, carência afetiva, entre outros problemas cotidianos que podem levá-lo a procurar ajuda. Dessa forma, este modelo deve prestar uma atenção à saúde voltada à integração social do sujeito, procurando mantê-lo em seu contexto familiar e comunitário.

Assim, família e comunidade servem como suporte fundamental para que o sujeito crie vínculos, produzindo novos modos de viver em sociedade revertendo o modelo manicomial.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que, historicamente, a família muitas vezes ficou afastada do tratamento da pessoa com transtorno mental, porque este, na maioria das vezes, encontrava-se em hospitais psiquiátricos. Neste modelo, o familiar era alijado do tratamento, a proibição das visitas nas primeiras semanas de internação acabava reforçando a culpa da família. Nos serviços que operam no contexto da Reforma Psiquiátrica, observa-se a necessidade de a família estar ao lado da pessoa com transtorno mental, modificando comportamentos, aprendendo formas de manejo e interagindo com a equipe.

Os profissionais de saúde devem refletir sobre suas intervenções junto a pessoa com transtorno mental e seus familiares e identificar as necessidades deste grupo. Sobretudo, devem trabalhar com o conceito de recuperação, um dos mais recentes acréscimos em reabilitação psiquiátrica. Para uma pessoa com uma longa história de doença mental, recuperação refere-se à reformulação de aspirações de vida e eventual adaptação à doença. Atualmente, o conceito e a importância de recuperação de doenças mentais severas são aceitos e reconhecidos por muitos setores e representam a promessa de esperança para o futuro.

Os membros da família geralmente se beneficiam de orientações dadas sobre a doença e seu tratamento, e do acolhimento familiar, que proporciona apoio emocional e dicas práticas sobre como interagir com a pessoa com transtorno mental. Reuniões com o paciente e com a família também podem ser uma boa fonte de orientação, e são especialmente úteis no

aperfeiçoamento das habilidades de comunicação e para o aprendizado de estratégias úteis para enfrentar a doença. Melhorando a forma como a família enfrenta a doença, pode-se reduzir a sobrecarga sobre ela e reduzir os sintomas e as incapacidades do doente.

Entendemos que, apesar de as famílias vivenciarem problemas comuns, principalmente quando possuem um de seus membros afetado pela doença, cada uma delas possui peculiaridades específicas e suas necessidades estão baseadas em sua vivência. É isso que deve caracterizar a proposta de cuidado a ser oferecida pelo profissional. Esta proposta deve ser pautada na realidade e ter em vista a satisfação das necessidades familiares, em busca de uma melhor qualidade de vida de cada membro individualmente e da família como um todo.

Entendemos que, além disso, os familiares conseguem lidar com menos apreensão e até mesmo oferecer um cuidado de melhor qualidade ao seu familiar doente, quando participam de momentos onde cada cuidador expressa suas ansiedades e até mesmo as formas de contorná-las, trocando suas experiências, suas dúvidas e recebendo orientações, não só sobre os cuidados, mas também sobre os tipos de assistência que existem para serem prestados em casa, no momento em que se fizerem necessários.

De todos os artigos utilizados nessa pesquisa, somente 08 trazem conteúdos que abordem, na prática, como se dá a atuação do profissional psicólogo junto a família da pessoa com transtorno mental atendida em uma unidade hospitalar. Na tabela a seguir, apresentamos esses resultados para maior compreensão:

Título	Autor/ano	Metodologia utilizada	Resultados
O trabalho do psicólogo com famílias de pacientes psiquiátricos - relato de uma experiência	MIRANDA E SANCHES (1990)	Pesquisa bibliográfica	O psicólogo não tem porque aceitar o critério da família sobre quem é o doente; a sua atuação deve ser realizada através da visão de que todos os membros estão implicados e o grupo se encontra doente.
A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos	AZEVEDO e CREPALDI (2016)	Trata-se de um estudo teórico realizado por meio de consultas à literatura especializada.	O atendimento psicológico hospitalar focaliza as repercussões psíquicas do indivíduo referentes à situação de doença e hospitalização. Busca-se investigar a capacidade de adaptação do paciente, os problemas

			vivenciados nesse ambiente, o nível de adesão ao tratamento e o relacionamento estabelecido entre paciente, acompanhante e equipe de saúde.
Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial	ALVES e FRANCISCO (2009)	Pesquisa bibliográfica.	<p>O sentido da intervenção psicossocial, no espaço da saúde mental, busca superar a dualidade sujeito/objeto, saúde/doença, individual/social, questionando a verticalidade do tratamento e o poder biomédico. Nessa dinâmica, a clínica ampliada na saúde mental realiza intervenções com vistas à promoção de espaços de invenção e criação, objetivando trabalhar a desinstitucionalização dos usuários de serviços de saúde mental.</p> <p>O psicólogo que trabalha no campo da saúde mental vem sendo convidado a participar de inúmeras ações que reivindicam posições éticas e de compromissos mútuos entre profissionais, instituições, usuários e familiares. Com certeza, trata-se de postura que exige criatividade e disponibilidade para lidar com situações de compreensão e de reconhecimento de um sujeito multifacetado.</p>

A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar	CHIATONE (2000)	Pesquisa bibliográfica.	As atividades do psicólogo no hospital, situam-se em atendimentos psicoterapêuticos, psicoterapia de grupo, profilaxia e psicoeducação, atendimentos em ambulatórios, enfermarias e UTI, avaliação diagnóstica, psicodiagnóstico, consultoria e interconsulta e atuação em equipe multidisciplinar. Esse profissional deve prestar assistência ao paciente, bem como seus familiares e a equipe de serviço, sendo que este deve levar em consideração um leque amplo de atuações, tendo em vista a pluralidade das demandas.
A família do paciente internado	LUSTOSA (2007)	Pesquisa bibliográfica.	A tarefa fundamental do psicólogo hospitalar é a detecção de focos de ansiedade e de dúvidas entre o grupo familiar, levando à sua extinção ou diminuição. Além destas tarefas, ao Psicólogo Hospitalar deve também caber a aproximação do grupo familiar à equipe de saúde, facilitando a comunicação entre eles, para que contribuam para o tratamento do membro necessita.
A face humana da medicina.	DE MARCO (2003)	Pesquisa bibliográfica.	O Psicólogo Hospitalar funciona como ponto de referência entre Saúde e Doença, sua presença se faz de importante valia para o apoio psicológico necessário aos parentes da pessoa internada, assim como importante agente psicoprofilático com perspectiva de situações futuras, continuação desta atual, ou novas situações de doença a serem enfrentadas por esta mesma família. Este profissional também se faz

			necessário no apoio à reestruturação da estrutura familiar que neste momento pode ter sido fortemente abalada.
Visita domiciliar em saúde mental – o papel do psicólogo em questão.	PIETROLUONGO e RESENDE (2007)	Pesquisa bibliográfica.	O psicólogo “tem um lugar essencial dentro da equipe multidisciplinar, lugar que se constrói a partir da escuta”, que possibilita que o profissional desenvolva momentos de subjetivação no âmbito familiar, ampliando a percepção da equipe e da família em torno dos problemas levantados por esta. Por conhecer os processos relacionais, o psicólogo pode ajudar a compreender, dentro de um espaço social, que lugares estão sendo construídos para os sujeitos (equipe, usuários e família) e de que forma podem-se construir novas relações para que esses lugares sejam condizentes com os pressupostos da reforma.
Famílias: funcionamento & tratamento	DE MIRANDA e SANCHES (1990)	Pesquisa bibliográfica.	É função do terapeuta colocar como objeto de intervenção o sistema familiar, sendo que o terapeuta se une a esse sistema e, então, utiliza a si mesmo para transformá-lo; mudando a posição dos membros do sistema, ele modifica suas experiências subjetivas. A fim de transformar o sistema familiar, o terapeuta intervém, portanto, no equilíbrio desse sistema, pois tem-se a estrutura

			familiar como um conjunto invisível de exigências funcionais que organizam as maneiras pelas quais os membros da família interagem.
A família e o cuidado em saúde mental.	SANTIN e KLAFKE (2011)	Pesquisa bibliográfica.	O trabalho com as famílias requer o estabelecimento de relações de cuidado com o cuidador e não apenas a relação com o familiar no papel de familiar, isto é, uma relação que se volta para ouvir como esta pessoa se sente e como está sendo para ela cuidar e conviver numa família, onde há a presença de muito sofrimento psíquico, e não apenas trabalhar questões de como esta pessoa pode ajudar o seu familiar, o que deve fazer ou não fazer para que ele melhore.

Fonte: A autora (2019)

Desse modo, entende-se que o psicólogo está presente no ambiente hospitalar para contribuir com a orientação psicológica tanto do paciente, como da família, traçando estratégias de apoio emocional ao paciente, sua família e uma interação mais adequada e humana com os demais membros da equipe de médicos e profissionais.

No hospital, o psicólogo tem uma função ativa e real, que não puramente interpretativa. Sua atuação se dá ao nível de comunicação, reforçando o trabalho estrutural e de adaptação do paciente e familiar ao enfrentamento da intensa crise. Nesta medida, a atuação deve se direcionar em nível de apoio, atenção, compreensão, suporte ao tratamento, clarificação dos sentimentos, esclarecimentos sobre a doença e fortalecimento dos vínculos familiares. Portanto, a atuação do psicólogo é permeada por uma multiplicidade de solicitações.

Psicólogo, paciente e familiares conversam, e esse momento é a porta de entrada para o mundo de significados e sentidos, pois o que interessa para a psicologia hospitalar não é a doença em si, mas a relação que o doente e seu familiar tem com o sintoma ou, em outras palavras, o que nos interessa primordialmente é o destino do sintoma, o que o paciente e sua família fazem com a doença, o significado que lhe conferem, e a isso só chegamos pela linguagem.

Quando Romano (1999) expõe que é tarefa fundamental do psicólogo, a detecção de focos de ansiedade e de dúvidas entre o grupo familiar, durante o tratamento a pessoa com transtorno mental, dispondo de orientações de como agir e cuidar tanto do cuidador como da pessoa com esse transtorno.

Percebeu-se também que disponibilizar espaço para a família auxiliar no tratamento da pessoa com transtorno mental é importante, pois eles conhecem exatamente os sintomas que geram maior sofrimento a esta pessoa, além de estarem eles mesmos necessitando de ajuda quando acabam por adoecer junto com o familiar com transtorno mental.

Quando Althoff (2002) relata que é preciso considerar que a convivência da família com a pessoa com transtorno mental nem sempre é harmoniosa, sendo permeada por tensões e conflitos, uma vez que é nesse espaço que as emoções são mais facilmente expressas. Pode-se dizer que levar em consideração que o adoecer em família abala seu funcionamento, e seus integrantes, muitas vezes sentem-se despreparados para lidar com a situação de sofrimento psíquico de um de seus membros, sentindo-se, portanto, incapacitados de realizar qualquer tipo de intervenção. Ainda, a estratégia utilizada para ajudar os familiares na intervenção e na gestão da vida cotidiana dos usuários alivia o peso dos encargos, facilita o processo de cooperação, diminui fatores estressantes, suprime situações de crise, estimula possibilidades participativas, melhorando a qualidade de vida para todas as pessoas envolvidas.

Enfim, conclui-se, que, os objetivos atingiram-se, pois percebe-se que a família é parte primordial no tratamento de pessoas com transtorno mental. Sem o acompanhamento da família, o tratamento fica defasado e pouco eficaz devido à dificuldade de manter o processo correto, como conservar a administração medicamentosa, reinserção gradual de socialização interpessoal e igualdade no relacionamento afetivo com os indivíduos.

Muito há que se mudar ainda no campo da Saúde Mental em relação ao atendimento familiar, porém, os Centros de Atenção Psicossocial dão razão inicialmente a demanda das famílias, acolhendo e promovendo prevenção do próprio adoecimento familiar, o que muito auxilia no tratamento da pessoa com transtorno mental, pois o sofrimento psíquico não individualiza-se apenas a este indivíduo, mas também aos cuidadores e pessoas próximas. Existe sim uma sobrecarga física e emocional nestes cuidadores, os mesmos que não devem ser esquecidos como indivíduos com outros sentimentos e fragilidades. Deste modo, percebeu-se que a equipe profissional, que atende a família e os usuários, deve ter como objetivo principal o atendimento à família como suporte emocional para ela e não apenas como intervenção terapêutica na orientação de como proceder ao tratamento da pessoa com transtorno mental.

Por fim, se faz necessário mencionar que existem obstáculos, das mais variadas naturezas, que por vezes impossibilitam a atuação do profissional psicólogo no atendimento com essas famílias. Muitas vezes o paciente psiquiátrico atendido em uma unidade hospitalar se quer está acompanhado por um familiar e, em outros casos, se quer podem contar com um familiar para além da internação.

REFERÊNCIAS

ALAMY, Suzana. **Ensaio de Psicologia Hospitalar** – a ausculta da alma. Belo Horizonte: 2003.

ALCANTARA, Geisa Souza; GOMES, Juliana da Silva. **O papel da família no processo de ressocialização de pessoas acometidas por transtornos psíquicos**. Trabalho de conclusão de curso. Faculdade Vasco da Gama. Salvador. 2011.

ALTHOFF, C. R. **Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família**. In: ELSEN, I; MARCON, S. S; SILVA, M. R. S. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2. ed. Maringá: EDUEM; 2002. p. 29-41.

ALVES, Edvânia dos Santos; FRANCISCO, Ana Lúcia. **Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial**. Revista Psicologia: ciência e profissão. Vol. 29, nº 04, Brasília, dez/2009. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000400009. Acesso em 03 nov 2019.

AMARAL, O. L. **Transtornos mentais**. Instituto de Estudos e Orientação da Família. Água Branca, São Paulo, 2011.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 120 pp. (Temas em Saúde).

AMARANTE, P.; ROTELLI, F. **Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos**. 1992. In P. Amarante & B. Bezerra (Orgs.), *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

ANGERAMI, V. A. **Psicologia Hospitalar**. A Atuação do Psicólogo no Contexto Hospitalar. São Paulo: Traço, 1984.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

AZEVÊDO, Adriano Valério dos Santos; SANTOS, A. F. T. **Intervenção psicológica no acompanhamento hospitalar de uma criança queimada**. Psicologia: Ciência e Profissão, 2011.

AZEVÊDO, Adriano Valério dos Santos; CREPALDI, Maria Aparecida. **A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos**. Revista Estudos de Psicologia (Campinas) On-line. Vol. 33, nº 4, Campinas out/dez 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2016000400573. Acesso em 03 nov 2019.

BELTRAME, Greyce Rocha; BOTTOLI, Cristiane. **Retratos do envolvimento paterno na atualidade**. Revista Barbarói. Santa Cruz do Sul, n. 32, p.205-226, jan./jul., 2010.

BESSA, Jacqueline Botura; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. **Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica**. Texto contexto – Enferm. vol. 22, nº 1, Florianópolis, Jan./Mar. 2013.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ. Vozes, 1999.

BORBA, Letícia de Oliveira; PAES, Marcio Roberto; GUIMARÃES, Andréa Noeremberg; LABROCINI, Liliana Maria; MAFTUM, Mariluci Alves. **A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar**. Revista Escola de Enfermagem, USP, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em 28 set 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, DF, 2001.

_____. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em 29 ago 2019.

_____. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial, Brasília, DF, 1º ago. 2003. Disponível em: Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm. Acesso em 28 abr 2019.

_____. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 28 de junho de 2011; 190º da Independência e 123º da República.

Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em 01 mai 2019.

_____. **Rede de Atenção Psicossocial e o Sistema Único de Saúde (SUS)**. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD/SAS), Ministério da Saúde. Brasília, 2016.

_____. **O que é Atenção Primária, Atenção Secundária e Atenção Terciária?** Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/sus>. Acesso em 03 mai 2019.

Atenção primária, atenção secundária, atenção terciária. Gestão de Saúde Pública. Brasília, 2019. Disponível em <https://gestaodesaudepublica.com.br/atencao-primaria-atencao-secundaria-atencao-tercearia/>. Acesso em 01 out 2019.

_____. **Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.** Portal do Governo Brasileiro. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em <http://www.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>. Acesso em 01 out 2019.

_____. Academia Nacional de Medicina. **Biografias.** Disponível em <http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/text/bio-pinel.php>. Acesso em 20 set 2019.

_____. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Eixo, Políticas e Fundamentos. Disponível em <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094953-001.pdf>. Acesso em 28abr 2019.

BRASIL, Ângela Maria R. C. **Considerações sobre o trabalho do psicólogo em saúde pública.** Integração, abr./mai./jun., 2004, ano X, nº 37, p. 181-186.

CAMPOS, T. C. P. **Psicologia hospitalar:** a atuação do psicólogo em hospitais. São Paulo: Epu, 1994.

CARDOSO, Lucilene; GALERA, Sueli Aparecida Frari. **O cuidado em saúde mental na atualidade.** Revista Esc Enferm USP. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2011.

CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault:** um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

CHIATTONE, H. B. C. **A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar.** In Angerami-Camon, V. A. (org.). Psicologia da Saúde – um Novo Significado Para a Prática Clínica. São Paulo: Pioneira Psicologia, 2000.

DEMO, P. Pesquisa: **Princípios científicos e educativos.** 7. ed., São Paulo: Cortez, 2000.

DE MARCO, M. A. (Org) **A face humana da medicina.** São Paulo: Casa do Psicólogo. 2003.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DIMENSTEIN, Magda; MACEDO, João Paulo. **Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial**. Psicol. cienc. prof. [online]. 2012, vol. 32.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios** (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2001.

ERDMANN, A. L. et al. **A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços**. Rev. Latino Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 131-139, 2013.

FAGUNDES, Sandra. **Psicologia e políticas públicas: experiências em saúde pública**. Porto Alegre: Conselho Regional de Psicologia, p. 84-96, 2004. Organização: NASCIMENTO, Célia A. Trevisi do; LAZZAROTTO, Gislei D. Romanzini; HOENISCH, Júlio César D.; SILVA, Maria Cristina Carvalho da Silva; MATOS, Rosângela da Luz. Disponível em <http://www.crprs.org.br/upload/edicao/arquivo15.pdf>. Acesso em 30abr 2019.

FAVERO, L. **Cuidado com a mãe/mulher cuidadora**. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (Orgs.). Quem cuida de quem cuida? As teias de possibilidades de quem cuida. Porto Alegre: Moriá, 3ª ed., cap.3, p.57-69, 2013.

FERNANDES, M. V.; BATISTA, A. S; LEITE, M. A. N. **Endomarketing: uma possibilidade nos serviços de saúde**. [online]. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espaco-parasaude/v3n2/doc/endomarketing>. Acessado em 16 set 2019.

GOULART, M. S. B. A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. Pesquisas e Práticas Psicossociais, v.1, n.1, São João Del-Rei, jun. 2006.

GOLDMAN, H. H. **Doença mental e sobrecarga familiar: uma perspectiva de saúde pública**. 1982.

LUSTOSA, Maria Alice. **A família do paciente internado**. Revista da SBPH. v. 10, n. 1, Rio de Janeiro, jun./2007.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MACIEL, Maria Regina Cazzaniga. **Portadores de Deficiência: a questão da inclusão social**. São Paulo em Perspectiva, vol. 14, nº 2, São Paulo, Apr./June 2000. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392000000200008. Acesso em 02 out 2019.

MANZO, A. J. **Manual para lapreparación de monografías: una guía para presentear informes y tesis**. Buenos Aires: Humanistas, 1971.

MARTINS, G. A.; PINTO, R. L. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos**. São Paulo: Atlas, 2001.

MARTINS, André. **Criação e psicose: refazendo a metapsicologia das psicoses**. In: Amarante, Paulo (Org). Ensaaios: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

MATTOS, R. A. **Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde**. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* (pp.45-99). Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2003.

MELMAN, J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo (SP): Escrituras; 2002.

MION, J. Z. L. (2003). **Psiquiátricos em Hospital Geral: visão de profissionais que atuam em hospital geral**. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em 06 out. 2019.

MIRANDA, Ana Maria Vieira de; SANCHES, Marli Aparecida Calça. **O trabalho do psicólogo com famílias de pacientes psiquiátricos – relato de uma experiência**. Docentes do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá – PA. *Revista Psicol. Cienc. prof.*, Vol. 10, nº 2-4, Brasília,1990.

MIRANDA, Alex Barbosa Sobreira de. **A psicologia hospitalar**. Maio/2013. Disponível em <https://psicologado.com.br/atuacao/psicologia-hospitalar/a-psicologia-hospitalar>. Acessado em 02 out 2019.

MONZANI, Evanilde E. **O cuidado com o cuidador**. São Paulo, 2005. Disponível em <http://www.psycoexistencial.com.br/o-cuidado-com-o-cuidador/>. Acesso em 01 out 2019.

MOREIRA, E. K. C. B.; MARTINS, T. M.; CASTRO, M. M. **Representação Social da Psicologia Hospitalar para Familiares de Pacientes Hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva**. *Revista SBPH*, 15(1), 134-167, 2012. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 18 jun 2019.

MORENO, V.; ALENCASTRE, M. B. **A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico**. *RevEscEnferm USP*. 2003;37(2):43-50.

OLIVEIRA, A. M. N. de. **Compreendendo o significado de vivenciar a doença na família: um estudo fenomenológico e hermenêutico** [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2000.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. **Entre a saúde coletiva e a saúde mental**: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.22, n.5, pp.1053-1062.

PIETROLUONGO, Ana Paula da Cunha; RESENDE, Tania Inessa Martins de. **Visita domiciliar em saúde mental – o papel do psicólogo em questão**. *Psicologia: Ciência e Profissão*, volume 27, nº 1, Brasília, mar. 2007.

RAMMINGER, T. **A saúde mental do trabalhador em saúde mental**: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. *Bol. da Saúde*, v. 16, n. 1, 2002.

REMEN, R. N. **O paciente como ser humano**. Trad. de Denise Bolanho. São Paulo. Summus. 1993.

REMOR, E. **Psicologia da saúde**: apresentação, origens e perspectivas. Revista Psico, Porto Alegre, v. 30, n.1, p. 205-217, 1999.

ROMANO, B. W. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ROUDINESCO, Elisabeth. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SANT'ANA, Marília Mazzuco; PEREIRA, Valdete Preve; BORENSTEIN, Miriam Süsskind; SILVA, Alcione Leite da. **O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental**. Texto contexto - enferm. vol.20, nº1, Florianópolis, Jan./Mar. 2011.

SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. **A família e o cuidado em saúde mental**. Artigo. Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. Revista Barbarói. nº 34, jun/2011.

SANTOS, F. M. S.; JACÓ-VILELA, A. M. **O psicólogo no hospital geral**: estilos e coletivos de pensamento. Paidéia, 19(43), 189-197, 2009.

SATIR, V. **Terapia do grupo familiar**. Trad. AchillesNolli. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1976.

SOARES, C. B.; MUNARI, D. B. **Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais**. Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá, v. 6, n. 3, p. 357-362, 2007.

SOUZA, A. S. **O impacto do transtorno bipolar afetivo na família**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da USP, 2008. Disponível em: <http://www.novafapi.com.br/sistemas/revista_interdisciplinar/v4n1/pesquisa/p4_v4n1.pdf>. Acesso em 24 set 2019.

SOUZA, L. M.; WEGNER, W.; GORINI, M. I. P. C. **Educação em saúde**: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.15, n. 2, p. 337-343, 2007.

SILVA, Denise Guerreiro Vieira da; TRENTINI, Mercedes. **Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Maio/Jun. 2002; 10(3).

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro; RAMOS, Fernando A. de Cunha. **As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hospício de Pedro II**. Rev. latinoam. psicopatol. fundam. vol. 15, nº 2, São Paulo. June/2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142012000200011. Acesso em 03 out 2019.

VASCONCELOS, Eymard Mourão **A priorização da família nas políticas de saúde**. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Saúde em Debate. Set/Dez 1999, vol. 23, p. 6-19.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELLOS, V. C. **A dinâmica do trabalho em saúde mental**: limites e possibilidades na contemporaneidade e no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. 2008. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ Mestrado em Saúde Pública, 2008.

VIEIRA, Guirland Vieira; WAISCHUNNG, Cristiane Dias. **A atuação do psicólogo hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva: a atenção prestada ao paciente, familiares e equipe, uma revisão da literatura**. Rev. SBPH, vol. 21, nº 1, Rio de Janeiro, jan./jun. 2018.

VILHENA, Junia de. **Repensando a família**. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2004.

ZANETTI, A. C. G; GALERA, S. A. F. **O impacto da esquizofrenia para a família**. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2007;28(3):385-92.

WAIMAN, M. A. P.; ROCHA, A. F. P.; ZAMBON, A. R.; RADOVANOVIC, C. A. T. **Vivenciando problemas de saúde em família**: a implementação de uma proposta teórica metodológica de cuidado. [online]. 2007.