



# Fatores Influentes nos Programas Terapêuticos em Doença Mental

ANA CRISTINA FERREIRA ALMEIDA

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e Psicoterapia

Orientadora : Professora Doutora Sandra Oliveira

Coimbra, Dezembro de 2011

**Dedicatória**

Esta Dissertação é dedicada com o mais profundo amor ao meu filho, Rodrigo Baptista. A sua pureza e sensibilidade inspiraram-me a ser o melhor que posso ser.

## **Agradecimentos**

Agradeço ao meu marido pela compreensão;

Aos meus pais por acreditarem em mim;

Aos meus amigos que me apoiaram na realização deste trabalho;

A todos os profissionais e doentes da Dorial, Saúde Mental, que contribuíram direta ou indiretamente para esta investigação. Um especial obrigado à Dr.<sup>a</sup> Alice Melo e à Dr.<sup>a</sup> Marta Carvalho;

À minha orientadora Professora Doutora Sandra Oliveira, disponível e dedicada em todos os momentos;

Antecipadamente, agradeço a todos os leitores que se interessarem por esta temática na criação dos seus planos de investigação.

## Resumo e Palavras-chave

O presente estudo partiu de reflexões acerca dos movimentos da reforma assistencial psiquiátrica e o processo de desinstitucionalização. Apresenta-se a evolução dos espaços de loucura e da Saúde Mental até aos conceitos de comunidade terapêutica, reabilitação psicossocial e suporte social. A Saúde mental não pode ser considerada de forma restrita ao indivíduo pois reflete uma experiência grupal. **Objetivo:** Identificar variáveis capazes de influenciar o decurso de um processo terapêutico, em regime de comunidade terapêutica na área da Saúde Mental. **Método:** estudo de natureza mista, de carácter exploratório, contou com a informação relativa a 112 pacientes que estão ou estiveram incluídos no programa terapêutico de uma instituição vocacionada para intervenção em sujeitos com patologia mental severa. Foi utilizada uma grelha por nós construída de forma a obter dados relativos às variáveis idade, diagnóstico, nível de retração social, especificidades da estrutura familiar, suporte disponibilizado, grau de motivação e tipo de alta. **Resultados:** Os dados revelam a importância do tipo de diagnóstico, especificidades da estrutura familiar e grau de motivação para o processo terapêutico. Por meio destas variáveis podemos indiciar o sucesso ou insucesso terapêutico de um doente mental com uma probabilidade de 71,4%. Os dados sublinham ainda a importância da interação social e comportamentos da família para a motivação do doente para o tratamento.

**Palavras-chave:** saúde mental; comunidade terapêutica; sucesso terapêutico.

**Abstract and Key- Words**

This study was based on reflections about the movements of the psychiatric care reform and the process of deinstitutionalization. It presents the evolution of the spaces of madness and mental health to the concepts of therapeutic community, psychosocial rehabilitation and social support. The mental health can not be considered narrowly as the individual reflects a group experience. **Objective:** To identify variables that influence the course of a therapeutic process, on a therapeutic community in the area of Mental Health. **Method:** study of a mixed nature, exploratory, had information on 112 patients who are or have been included in the therapeutic program of an institution devoted to intervention in subjects with severe mental illness. We used a grid constructed by us to obtain data on age, diagnosis, level of social withdrawal, specific family structure, support available, motivation level and type of discharge. **Results:** The data reveal the importance of the type of diagnosis, the specific family structure and degree of motivation for the therapeutic process. By means of these variables can indicate the success or treatment failure of a mental patient with a probability of 71.4%. The data underline the importance of social interaction and behavior of the family to the patient's motivation for treatment.

**Key-words:** mental health, therapeutic community, therapeutic success.

## Índice

Dedicatória .....	I
Agradecimentos .....	II
Resumo e Palavras-chave .....	III
Abstract and Key- Words .....	IV
Índice .....	V
Índice de Quadros .....	VI
Introdução .....	7
Objetivos do estudo .....	17
Materiais e Métodos .....	18
1. Natureza e Tipo de estudo.....	18
2. Participantes.....	18
3. Instrumentos .....	18
4. Procedimentos.....	19
Análise e Apresentação dos Dados / Resultados .....	20
Discussão .....	28
Conclusão.....	33
Bibliografia.....	34
Artigos.....	35
Apêndice I .....	38

## Índice de Quadros

Quadro 1 – Doentes segundo o sexo e o grupo etário	20
Quadro 2 – Doentes segundo o ano de admissão e o diagnóstico	21
Quadro 3 – Doentes segundo o nível de retração social e a especificidade da estrutura familiar	21
Quadro 4 – Doentes segundo o suporte disponibilizado e o grau de motivação	22
Quadro 5 – Doentes segundo o tipo de alta	22
Quadro 6 – Estudo da associação entre sucesso terapêutico e o sexo do doente	23
Quadro 7 – Estudo da associação entre o sucesso terapêutico e o grupo etário do doente	23
Quadro 8 – Estudo da associação entre o sucesso terapêutico e o diagnóstico	24
Quadro 9 – Estudo da associação entre o sucesso terapêutico e nível de retração social	24
Quadro 10 - Estudo da associação entre o sucesso terapêutico e a especificidade da estrutura familiar	25
Quadro 11 – Estudo da associação entre sucesso terapêutico e suporte disponibilizado	25
Quadro 12 – Estudo da associação entre o sucesso terapêutico e o grau de motivação	26
Quadro 13 A – Resultados da função discriminante	27
Quadro 13 B – Resultados preditivos pela função discriminante <i>versus</i> resultados reais	27
Quadro 14 – Estudo da associação entre o grau de motivação e o nível de retração social, especificidade da estrutura familiar e o suporte disponibilizado	27

## Introdução

Em Psiquiatria fala-se de doença no sentido de falha parcial ou total, temporária ou permanente. A definição é ampla e imprecisa (Scharfetter, 1997). Não existe nenhuma definição satisfatória de doença, no entanto aquela que nos é proposta pela organização mundial de saúde inclui o termo “bem estar social” (Vallejo-Nagera, 1969).

Não podemos falar em Saúde Mental sem pensar no esforço de inúmeros autores que se debruçaram, contínua e arduamente, sobre a dialética normalidade – patologia. Bergeret (1991) descreve esse longo percurso desde que Minkowsky (1938) chamou à atenção para a subjetividade da noção de norma, até S. Freud como marco de viragem na forma de pensar a psicopatologia.

A conceção de doença mental modificou-se com o objetivo de limitar o isolamento e a exclusão do doente na sociedade. Trata-se de uma população tradicionalmente estigmatizada, e conseqüentemente, segundo Leff (2008) auto-estigmatizada, que no seu passado se viu associada a bizarria, agressividade e violência. Foucault (1972) na sua obra *“Histoire de la folie à l’âge classique”* deixa bem claro como foi difícil, ao longo da história, estabelecer um diálogo entre a loucura e a razão. O mesmo autor mostrou que a ideia clássica rejeitou, quase sempre, por medo, os doentes mentais, os perversos, delinquentes e revoltados, por outras palavras, os “a-sociais”. Os “Seres de desrazão” que vinham ocupar o lugar dos leprosos. Nos outros domínios da saúde foram marginalizados, isolados da sociedade por grades e muros e sem acesso a uma vida digna (Cordo, 2003). Durante muito tempo a conotação que lhes fora atribuída, quer à doença mental quer ao hospital psiquiátrico, pressupunha um caráter de “asilos” próprio de algo crónico, inalterável e perigoso. O hospital psiquiátrico mais não era do que o local “esterilizado” que protegia a sociedade do louco e este dele mesmo (Oliveira, 1998).

Até ao início do século XX segundo Hochman (1971, *cit. in* Oliveira, 1998) a psiquiatria esteve contaminada por uma filosofia dualista onde o sujeito e sociedade eram tidos como contraditórios. A história da psiquiatria moderna é marcada pela transição de uma psiquiatria asilar a comunitária ou da passagem do conceito de psiquiatria a saúde mental (Santos, 2004). O passo que verdadeiramente anunciou o início desta transição foi, num primeiro momento, fundado pelo medo da contaminação. Para a evitar foi concedido no século XVIII o direito de inspeção aos asilos, e o acesso de juristas e médicos. Aos poucos,

“o asilo tornou-se um lugar onde a loucura se dá a ver e a ouvir” (Mannoni, 1978, p. 53) e o “alienado” que vive num “estado de Indígena colonizado” torna-se objeto de interesse. Oury (1967, citado em Mannoni 1978, p. 84-85) deu-se conta que “a instituição é um sistema de defesa, cuja característica é uma tentação sádica de apreensão dos outros (...) e onde se pratica a alienação social” sob a forma de pressão.

No final do século XIX, surgiu o movimento da antipsiquiatria, caracterizado pela reação contra as estruturas asilares da psiquiatria. Os seus objetivos passaram por mudar o tratamento do louco, mudar a forma como este é caracterizado e modificar a relação médico – paciente, o poder de “médico – administrativo absoluto” como lhe chamou Mannoni (1978). É que “a ciência psiquiátrica, sem uma intenção deliberada, acabou por fazer do doente mental um cidadão sem direitos, entregue ao arbítrio do corpo médico” (Mannoni, 1978, p. 53). A “alienação” ficava assim redobrada perante uma institucionalização sem espaço para a expressão dinâmica e como afirma Mannoni (1978, p. 56), a forma como a loucura se desenvolve é função do quadro no qual ela é acolhida. Quadro este, que gradualmente foi posto em causa.

Foucault mostrou como a loucura, depois de rejeitada, acabou por ser acolhida no mundo científico (Mannoni, 1978). Pinel e Luke em França realizaram um esforço notável contra o papel não medicinal do médico asilar. O mérito Francês atribuiu-se também na representação da psicoterapia institucional. As posições americana de Bateson, e inglesa de Cooper, ergueram-se contra a perspectiva de que tratamento é incompatível com internamento. Já para os italianos, nomeadamente Franco Basaglia, o problema não passava pela humanização dos hospitais mas sim pela forma como a “doença mental” era apreendida e tratada no contexto social. Apontou a falta de reciprocidade no hospital psiquiátrico onde a doença é privilegiada à custa do doente. Questões como estas foram também estudadas por Oury e Tosquelles em França. Por outro lado, a nosologia vinha também pôr em causa a psiquiatria e conseqüentemente o seu representante - o psiquiatra (Mannoni, 1978; Rotelli, 1990).

Embora o termo “antipsiquiatria” tivesse surgido com David Cooper, na década de sessenta, num contexto preciso, constituiu-se como uma ideologia confluyente de várias correntes de pensamento, e serviu para designar um movimento político radical de contestação do então saber psiquiátrico. O movimento antipsiquiátrico visava romper com a ideia de que cuidar da doença mental significava exclusão, uma condição patológica perigosa para a sociedade. Já Amaral Dias (1983, p. 76), considerou que as teses da antipsiquiatria “subjazem os mesmos mecanismos de negação de que se serve o psicótico para evitar uma

culpabilidade impossível de suportar”, mas que em todo o caso, serviram para “diminuir a distância fóbica face à loucura” (ibidem, p. 77). O período pós-segunda Grande Guerra pode ser visto como um marco histórico entre dois movimentos marcantes na assistência ao doente mental: Institucionalização e Desinstitucionalização (Santos, 2004).

Durante o século XX começava o “esforço de desinstitucionalização”. Cresce a preocupação com o doente mental e surge a intenção de lhe devolver o sentimento de utilidade/funcionalidade. As décadas de 40 e 50, acompanhadas pelo desenvolvimento da neurociência, psicofarmacologia, terapia de grupo, terapia ocupacional e intervenção familiares marcaram a mudança no campo da saúde mental, para um novo objeto de intervenção: o sujeito em relação (Badaracco, 1990). Simultaneamente a instituição psiquiátrica passa a ter um novo papel: o de intervenção, de moderação e acima de tudo terapêutico (Oliveira, 1998). Nasce uma nova lógica face ao doente mental: a lógica da inclusão. O mal da psiquiatria, como afirma Rotelli (1990) foi ter separado um objeto fictício, a doença, da existência concreta dos pacientes e do corpo social. Segundo Cordeiro (1987: *cit. in Santos 2004*) “falar em Saúde Mental é falar da pessoa humana, da sua família, da sua escola, do seu trabalho, dos seus lazeres, numa palavra, da sua vida”.

O processo de desinstitucionalização defendeu que o problema não estava na cura, mas na produção de vida, de sentido, de sociabilidade e de convivência. Segundo Rotelli (1990), tendeu assim a transformar relações de poder e a produzir estruturas alternativas. Posto isto, o processo de desinstitucionalização pode ser caracterizado por três aspetos: a construção de uma nova política de saúde mental, a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes e a construção de estruturas externas substitutivas e diferenciadas do manicómio (Rotelli, 1990, p.36). Se as primeiras experiências de desinstitucionalização fizeram emergir alguns erros ao fechar hospitais e devolver os doentes, sem mais, às famílias (Cordo, 2003), ou se a desinstitucionalização passou a desospitalização (Rotelli, 1990), devemos, não obstante, reconhecer que abriu um novo caminho.

Novas tendências assistenciais e de tratamento acabariam por refletir uma modificação profunda na conceção de doença mental (Clark, 1982; Badaracco, 1990).

Durante os anos 60 ocorriam um conjunto de reformas psiquiátricas com vista à superação gradual de internamentos por meio da criação de serviços na comunidade que tinham já em consideração as questões relacionadas com a importância da prevenção e da reabilitação (Rotelli, 1990).

Numa transformação organizativa dos sistemas de saúde mental multiplicavam-se as estruturas extra-hospitalares, médicas e sociais dirigidas a esta população. Não devemos neste contexto ignorar o papel das chamadas correntes da psicologia profunda, entre elas, Freud, Adler e Jung. Tal como afirma Amaral Dias (1983: p. 75) “a influência da psicanálise na saúde mental, é indiscutível...”.

A psicanálise iluminou a psiquiatria. Marcou uma rutura com as teorias organicistas e positivistas da psiquiatria clássica e repôs para outros termos a problemática da loucura ao introduzir uma nova ótica de encarar o doente (Fleming 1976, *cit. in* Santos, 2004). Para Mannoni (1978), Freud mostrou que a história é feita no sentido inverso da evolução. O passado foi colocado como um recurso de acesso ao simbólico. O Imaginário guarda em si a angústia e as defesas e é pela regressão que temos acesso ao discurso do inconsciente. “A introdução da instituição psicanalítica no asilo, é a introdução de uma ambiguidade quanto ao quadro asilar”( *ibidem*, p. 87) e permitiu perceber que “a realidade asilar em nada facilita o estabelecimento de relações “normais”( *ibidem*, p. 101). Amaral Dias (1983) sublinha o impacto da teoria analítica nos alicerces asilares e aponta como exemplo disso mesmo, o nascer do movimento das comunidades terapêuticas. A comunidade terapêutica emerge assim como a expressão da mudança institucional.

O movimento comunidade terapêutica enquadra-se na chamada psiquiatria social que visa mobilizar recursos para promover e defender a saúde mental e atuar na prevenção, seja ela primária, secundária ou terciária (Santos, 2004). Segundo o mesmo autor, o movimento terá surgido em Inglaterra nos anos 40 e por influência da obra de Maxwell Jones, psiquiatra de orientação psicanalítica. O conceito surgiu com Philippe Pinel, tornou-se uma realidade por Esquirol e foi popularizado e alargado por Maxwell Jones (Oliveira, 2001). Na prática, representou uma forma de responder a uma problemática do pós guerra: um elevado número de pessoas com perturbações mentais torna a psicoterapia individualizada pouco exequível. Na perspetiva de solucionar o problema Maxwell Jones opta então por formar grupos de doentes (Santos, 2004).

A concetualização feita por Jones, como refere Amaral Dias (1983, p.75) “implica uma organização dominada por princípios democráticos e onde se pretende tornar utilizável todas as relações no interior da instituição”. A partir destas novas perspetivas inúmeros interessados dedicaram-se ao esboço dos primeiros estudos no sentido de entender os centros psiquiátricos como comunidades permeáveis ao exterior (Oliveira, 1998). Em 1822 Esquirol terá sido o primeiro a reconhecer as possibilidades terapêuticas de uma instituição ao afirmar:

*“uma casa de alienados é um instrumento de cura. Nas mãos de um médico hábil é o agente terapêutico mais poderoso contra as enfermidades mentais”* (Badaracco, p.24).

Jones sabia que os seus pacientes representavam um “fracasso” na sociedade, provinham essencialmente de famílias desestruturadas e que inevitavelmente desenvolveram atitudes anti-sociais na tentativa de se defenderem daquilo que lhes parecia ser um ambiente hostil. Para estes, a construção de padrões de relacionamento nunca adquiridos durante a vida, só seria estimulada dentro de um ambiente grupal seguro e terapêutico. Assim sendo a interação social entre os doentes seria só por si objeto de intervenção (Stuart, G. & Laraia, M., 2006). Um dos modelos de intervenção terapêutica alternativo aos grandes centros hospitalares surgiria então com as comunidades terapêuticas.

Sob estas perspetivas, nasciam as primeiras comunidades, replicaram-se e disseminaram-se por vários países com bases e orientações diversas. Segundo Santos (2004) foi na Inglaterra que foram instituídas as comunidades terapêuticas que viriam a inspirar um outro movimento.

Na verdade, percebeu-se que os sujeitos não poderiam ser tratados de forma mecanicista, existe toda uma variabilidade individual, como o aderir ou não ao tratamento. George (1980, *cit. in* Badaracco, 1990) esforça-se por mudar a atitude médica e social no sentido de um tratamento mais humanitário e compreensivo do doente mental. Segundo inúmeros trabalhos sabe-se que o sujeito deve ser entendido de forma integral, isto é, em contato com o seu ambiente. Segundo Harry Sullivan (1947, *cit in* Badaracco, 1990) defendeu que qualquer instituição que tenha por objetivo modificar o indivíduo deverá também ela funcionar como um organismo social. O bem estar dependerá de variáveis psicossociais como o estilo de vida ou as ações dos outros significativos (Miró, 1989). O pensamento da mesma autora vai ao encontro do que Hochman defendia em 1971. Uma intervenção terapêutica eficaz deverá ter em conta os recursos do paciente bem como os do seu âmbito psicossocial. Porém o conceito de comunidade terapêutica não deve ser interpretado como o é na metáfora da tribo primitiva porque a conceção psicológica do âmbito social não é a mesma do âmbito interpessoal. Este ponto de vista é compreensível se atendermos ao conceito de *“Sociedades sem rosto”* de Tocqueville quando se refere às sociedades atuais, resultantes do progresso, como despersonalizadas ou abstratas. Porém, nelas vivemos nós, sujeitos concretos que embora rodeados de “sujeitos sem rosto” (aqueles que não nos são significativos), possuímos um universo psicossocial próprio e crucial na génese e desenvolvimento dos transtornos emocionais (Miró, 1989). Segundo inúmeros trabalhos atuais sabe-se que o sujeito deve ser visto de forma integral, em contato com o seu

ambiente. O bem estar dependerá de um conjunto de variáveis psicossociais entre as quais as ações dos outros significativos (Campos, 2009). Assim, saúde e doença mental não devem ser considerados restritos ao indivíduo. A identidade reflete experiências grupais. A saúde mental resulta do bom funcionamento interno e da capacidade de estabelecer relações positivas, com pessoas, sociedade e família (Souza & Baptista, 2008). Pattison & Hund (1982, *cit. in* Miró 1989), defendem um modelo de redes sociais constituído por cinco dimensões (contato, intensidade emocional, sentimentos negativos, base instrumental e reciprocidade) de avaliação das relações pessoais. Consequentemente estabeleceram-se três tipos de redes sociais : rede social normal (contatos frequentes e sentimentos recíprocos), rede social de tipo neurótico (contatos pouco frequentes e interações emocionais negativas ou débeis) e rede social de tipo psicótico (interações negativas, ambivalentes e assimétricas).

Amaral Dias (1983, p.75) afirma que “os princípios básicos das Comunidades Terapêuticas assentam na comunicação e na participação activa”, o primeiro diz respeito à interação entre doentes e deste com os terapeutas, o segundo opõe-se ao antigo modelo de submissão ao médico. A comunidade terapêutica pode então ser visualizada como uma forma de terapia por “meio” da qual a estrutura social da instituição está incluída no processo terapêutico, de forma a que todas as relações e actividades do paciente estejam organizadas e desenvolvidas no sentido de se tornarem úteis (Badaracco,1990; Tucker, 2000). Os princípios do Modelo de Desenvolvimento Interativo defendem que o curso da doença é influenciado por interações entre o indivíduo e o ambiente e reconhece que o desenvolvimento do indivíduo ocorre num continuum com alterações ou mudanças nas forças e vulnerabilidades da pessoa (Santos, 2000).

Novas realidades reconhecem a doença mental como algo angustiante e de sofrimento quer para o sujeito quer para o contexto familiar ou social (Póvoa & Silva, 1997). O retorno do doente mental à família e à comunidade foi, e continua a ser, polémico e permeado de contradições.

Sabemos, por intermédio da história da psiquiatria, as atitudes desta em relação à família. Se por vezes os familiares delegaram o cuidado do doente a outrem, noutras ocasiões a família do doente mental foi excluída por ser considerada como “nociva ao tratamento”.

Martin, Rozanes, Pearce e Alison (1995, *cit. in* Souza, Baptista & Alves, 2008) investigaram associações entre perceções da dinâmica familiar, depressão, pensamentos e tentativas de suicídio. Concluíram, após a utilização do *Beck Depression Inventory* (BDI) e do *McMaster Family Assessment Device* (FAD), que a ausência de suporte familiar constitui-se como um forte preditor de desordens mentais. De acordo com o mesmo estudo, a

disfunção familiar influencia indiretamente os pensamentos, comportamentos do sujeito e sintomatologia depressiva. A família, ao mesmo tempo que se constitui como uma importante fonte de suporte, pode também ser concebida como uma fonte de stress. Parker, Tupling e Brown (1979, *cit. in* Souza & Baptista, 2008) postularam que a superproteção está relacionada com a depressão pela inibição de autonomia e da competência social. Souza, et al. (2008) estudaram a relação entre suporte familiar e a saúde mental em 520 universitários. Recorreram ao Inventário de Percepção de Suporte familiar (IPSF) e ao Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG) e demonstraram que a percepção de demonstrações de afeto, habilidade na resolução de problemas, sentimentos positivos, relações de confiança, liberdade e privacidade entre os membros familiares, contribuem para uma menor severidade da doença mental. Ora tão importante é o suporte familiar como a percepção que o sujeito tem dele (Souza & Baptista, 2008; Souza, et al., 2008; Rodrigues, 2009).

A doença psíquica, como sabemos, tem um impacto desorganizador na família (Campos, 2009). As concepções dos familiares parecem encontrar-se dispersas, indissociadas das experiências diárias e expectativas que perfazem os laços familiares (Beck, 1978). Num movimento dialético e contínuo de procura de uma referência, as suas representações familiares do processo saúde - doença mental fica caracterizado pela diversidade, fluidez e ambiguidade (Colvero, Ide & Rolim, 2004). Do ponto de vista familiar, o aparente desconhecimento e, por vezes, o desinteresse pelo conhecimento da natureza do problema, refletir-se-á numa desesperança no tratamento. Perante quadros clínicos de sofrimento mental como a esquizofrenia, encontram-se familiares pessimistas. Face aos fracassos, recaídas, e abandonos de tratamento os familiares ficam desmotivados e resistentes aos próprios serviços de saúde (Colvero, et al., 2004). Na verdade, parece existir uma vasta ambiguidade e sobreposição de conceitos familiares a respeito da definição e compreensão da doença (Villares, Redko & Mari, 1999). Num estudo sobre esquizofrenia (doença mental heterógena nas suas manifestações sintomáticas e formas de evolução) Brown, Carstairs e Topping (1958, *cit. in* Reis et al., 2000a) verificaram que os doentes, após alta hospitalar, que viviam sós ou com um membro da fratria recaíam menos do que os que viviam com os pais. Esta diferença foi atribuída ao tipo de ambiente emocional das diferentes famílias. Brown e Rutler (1966, *cit. in* Reis, et al., 2000a, 2000b) identificaram três dimensões nas respostas familiares a um inquérito, a que chamaram Camberwell Family Interview (CFI), relacionadas com as recaídas, comentários críticos, hostilidade e a sobre - implicação emocional. Outros estudos posteriores levavam a crer que quanto maior o tempo de contato semanal com familiares, maior a taxa de recaídas. Reis et al., (2000a, 2000b) considera que a correlação inversa, que

parece existir entre a idade dos doentes e a emoção expressa das famílias, possa estar relacionada com o *burnout* dos familiares que vêm esboroar-se as expectativas de cura derivadas à evolução da doença.

A descoberta dos neurolépticos atípicos, com menos efeitos secundários, traduziu-se na redução dos tempos de internamento e o retorno dos doentes à sua atividade social e à família. Ainda assim, Reis et al., (2000a,2000b, p. 51-63) verificaram que doentes que viviam com famílias com baixa emoção expressa tinham melhores resultados nas escalas de sintomas positivos. Os mesmo autores acreditam que esses resultados podem estar de acordo com a teoria de ativação psicofisiológica (“*arousal*”) provocada pelo stress que seria mais elevado nas famílias com elevados níveis de emoção expressa.

Neste seguimento, sublinhamos que os conceitos família e comunidade terapêutica não devem ser separados, pois se por um lado, como sugeriu Simmel (1929 *cit. in* Badaracco,1990), a situação familiar reproduz-se na estrutura hospitalar, por outro a dimensão familiar parece estar também bastante incluída na patologia. Badaracco (1990) baseado na sua experiência clínica em comunidade terapêutica chama a atenção para uma panóplia de características comuns nas patologias mentais. Classicamente, segundo o modelo psicanalítico, como afirma Teixeira (2005), os sintomas representam um retorno ao recalcado e seja sob a forma substitutiva, de compromisso ou reativa, existe recalçamento de conflitos infantis não resolvidos cujas manifestações representam o equilíbrio entre os impulsos inconscientes e os mecanismos de defesa.

Ao conceber a comunidade como uma “família substituta transacional” percebeu que quando criado um clima de confiança e segurança emocional, começavam a sobressair entre os doentes comportamentos e situações tipicamente infantis e que para além disso faziam emergir a presença intrapsíquica de gerações precedentes. As relações de objeto estruturante parecem falhadas e a fraca tolerância ou mesmo a oposição à mudança não parecem ser somente característica dos doentes. Badaracco (1990) mostra-nos como o doente pode experienciar grandes dificuldades provenientes do grupo familiar. O mesmo autor faz referência a algumas possíveis causas dessas dificuldades que de alguma forma fundamentam a intervenção familiar:

- Insegurança da mãe esquizofrenogénea, descrita por (Reichman, 1948);
- “Fantasia simbiótico-parasitária”, assinalada por Mahler (1958);
- “Pseudomutualidade” de papéis (Wynne, 1958);
- Não resolução do “Complexo de Édipo”, tal como Freud a descrevera;

- Narcisismo familiar ou relações familiares narcísicas;
- Complementariedade de necessidades patológicas;
- Filhos como objetos idealizados (Segundo Gabbard (2006) por identificação projetiva de aspectos positivos de representações do self ou do objeto);
- Internalização da estrutura de papéis familiares conduz o superego do paciente a um estado primitivo. O Self fica assim encastrado no superego.
- Interdependência patológica.

Segundo Gabbard (2006), a teoria das relações de objeto ajusta-se fortemente ao conceito de terapia familiar, uma vez que a sua arquitetura de dissociação e identificação projetiva faz uma ponte entre o individual e o familiar. Muitos autores ampliaram a compreensão das relações de objeto para a família sublinhando o quanto o paciente identificado na família é aquele membro que contém as partes inaceitáveis dos outros (Badaracco, 1990).

O interesse de muitos autores pelo estudo da interdependência patológica desenvolveu-se em relação ao estudo da esquizofrenia. Daí, consubstanciando o conceito de objeto enlouquecedor, percebeu-se que os pais, por diversas razões, nem sempre se comportam como objetos estruturantes indispensáveis ao crescimento autonomizante e saudável dos filhos. O *Bom objeto* capaz de criar os alicerces da saúde mental descrito por Melanie Klein (1935, *cit. in* Petot, 1982) transforma-se, pela inveja, num mau objeto. A inveja será dominada quando o desenvolvimento é normal e houver uma ampliação das relações interpessoais como fontes de novas satisfações. Winnicott (1990), seguidor de Klein, após longos tempos de dedicação ao estudo de crianças e da relação destas com a figura materna, mostrou como a satisfação de necessidades, capaz de apaziguar o impacto do fracasso da adaptação e tolerar a frustração, é tão importante quanto a capacidade da mãe em reconhecer as particularidades do seu filho e de permitir o seu amadurecimento. É neste sentido que a comunidade terapêutica pode constituir-se como um lugar privilegiado para detetar e trabalhar estas dificuldades. Quando reativados ambientes emocionais traumáticos vividos, ou quando reproduzidos padrões de relacionamento, percebe-se como os doentes vivem habitados por pulsões face às quais sentem não conseguir fazer resistência. Perante o inabalável poder redundam no que Freud descreveu como “um poderoso sentimento inconsciente de culpabilidade” (Badaracco, 1990, p. 225).

Ao ultrapassar as dificuldades de análise, vindas do paciente, da família, ou do próprio terapeuta, o trabalho em comunidade com pacientes mentais conduz a uma reconstituição do

contexto familiar, onde o sujeito tem a oportunidade de se desprender das relações narcísicas de objeto e fazer a descentralização de pensamento fundamental ao seu crescimento. Pérez-Sanchez (1996) aponta-o justamente como uma das premissas básicas do desenvolvimento mental, o conceito de espaço como estabelecedor de limites e fronteiras quer dentro do próprio sujeito, quer deste para com o exterior. Com base no modelo continente / conteúdo de Bion (*cit. in* Pérez-Sanchez, 1996), o autor defende que a natureza do crescimento pessoal radica nesta interação (eu – exterior) decorrente da dinâmica projeção / introjeção. Uma comunidade terapêutica, enquanto estrutura continente integradora de experiências emocionais, propõe-se como capaz de atender às necessidades do doente bem como aos que lhe são mais próximos, incluindo a família.

Muitas vezes o comprometimento cognitivo inerente à doença psíquica grave condiciona a qualidade de vida dos doentes (Mohamed, et al., 2008). Conseqüentemente, a reabilitação psicossocial<sup>1</sup>, como referem Mosher & Keith e Moll & Saeki (1980,2009) tem-se demonstrado essencial na diminuição das hospitalizações, bem como no alcance de melhores resultados funcionais (Glynn & Mueser, 1986) e melhorias na experiência subjetiva da doença (Brekke & Long, 2000). Envolve tanto o incremento de competências individuais como a introdução de mudanças ambientais (Cordo, 2003). O relatório Mundial da Saúde 2001 (citado em Cordo, 2003) diz-nos que “as estratégias de reabilitação psicossocial variam segundo as necessidades do utente, o contexto no qual é promovida a reabilitação e as condições culturais e socioeconómicas do país onde é levada a cabo”. Anthony, Cohen & Farkas (1990, citado em Santos, 2000) definem reabilitação psicossocial como um processo ativo pelo qual o indivíduo pode atingir um bom funcionamento psicológico e social e simultaneamente ser integrado no ambiente mais adequado e de sua escolha. Para tal, é necessária a aprendizagem e o treino de competências/aptidões ou mudanças de atitudes, fornecimento de suportes ou recursos especialmente comunitários. Não obstante a multiplicidade de modelos de reabilitação aplicados na saúde mental (Modelo da Incapacidade, Modelo das Necessidades ou Modelo dos Papéis), na prática da reabilitação psicossocial, os conceitos, os princípios e os modelos devem ser articulados num processo evolutivo no qual devem estar envolvidos quer o sujeito quer a comunidade (Gago, 1996, citado em Santos, 2000). Deste processo reabilitacional, com vista à aquisição e recuperação das aptidões práticas necessárias para viver e conviver, deverão fazer parte redes de

---

<sup>1</sup> A Organização Mundial de Saúde (1995, citado em Cordo, 2003) definiu Reabilitação Psicossocial como “um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade”.

habitação, reabilitação profissional, emprego e apoio social. No mesmo processo cada sujeito deve ser tido como individual (com necessidades e desejos), não deve ser tido como um número ou um diagnóstico e muito menos minimizado ao seu estatuto de doente (Cordo, 2003).

Leff & Warner (2009, p.19-25) apontam alguns obstáculos à integração social e ocupacional do doente mental:

- Incapacidades geradas pela doença;
- Incapacidades geradas pelos cuidados profissionais;
- Atitudes do público;
- Influência dos meios de comunicação;
- Auto-estigmatização;
- Pobreza e desvantagem social;
- Discriminação na habitação e no emprego.

O crescente desenvolvimento deste tipo de instituições tem-se traduzido num debate/problemática acerca das vantagens entre esta abordagem e a abordagem centrada no hospital psiquiátrico. Uma modificação organizativa na prestação de cuidados, atualmente mais redirecionada para um sistema diversificado e mais exigente que integra as vertentes de prevenção, tratamento e reabilitação (Xavier, Almeida, Martins, Barahona & Kovess, 2002). A par destas mudanças observou-se o reconhecimento da influência dos sistemas sociais no comportamento humano. O suporte social é hoje considerado uma variável protetora e promotora de saúde (Barrón, 1996; Siqueira, 2008, *cit in* Rodrigues & Madeira, 2009).

### **Objetivos do estudo**

A necessidade de um processo de intervenção progressivo e de certo modo prolongado no tempo implica a presença de muitas e diversas variáveis. Colocam-se então as seguintes questões, que funcionam simultaneamente como fins ou objetivos do estudo: Que fatores diferenciarão os casos de sucesso terapêutico? O que existirá de comum entre eles? Existirão características pessoais e/ou familiares potencialmente preditoras de sucesso ou insucesso?

Tomaremos como eixos organizadores as seguintes dimensões: o tipo específico de diagnóstico, o nível de retração social, o tipo e especificidades da estrutura familiar, bem como o suporte por esta disponibilizado e o nível de motivação para o tratamento. O tipo de alta, mais concretamente, alta clínica, que será tomada como indicador de sucesso. Neste sentido, reforça-se a necessidade de sistematizar sob uma forma organizada, mas também compreensiva, todo um conjunto de informação psicossocial e clínica dos pacientes, de forma a ser possível sublinhar os fatores que efetivamente contribuem para o sucesso/insucesso terapêutico.

### **Materiais e Métodos**

#### **1. Natureza e Tipo de estudo**

Trata-se fundamentalmente de um estudo exploratório, flexível e descritivo, no sentido de um possível primeiro passo para uma fase mais reflexiva ou mesmo explicativa (Dias, 2010). De acordo com Carlos Gil (1989, *cit. in* Dias, 2010), este tipo de estudo visa adquirir familiaridade com o fenómeno, para melhor o conhecer ou ainda desenvolver hipóteses para estudos posteriores.

#### **2. Participantes**

Os sujeitos são pacientes de foro psíquico que integraram um programa terapêutico na comunidade Dorial, Saúde Mental, com um espectro temporal que se inicia na sua fundação até à atualidade. Neste estudo encontram-se excluídos os casos de internamento para desintoxicação de substâncias, pela sua natureza diferenciada no que respeita ao processo, diagnóstico e tempo de internamento.

#### **3. Instrumentos**

A natureza do problema de investigação determina os instrumentos a utilizar (Dias, 2010). A recolha de dados foi feita essencialmente por meio duma grelha por nós criada (Anexo I) e a partir de uma recolha documental de registos dos pacientes. O levantamento de informação (com fim estrutural) refere-se ao histórico do paciente (internamentos prévios), ao seu diagnóstico e prognóstico na assinatura do Contrato Terapêutico, estrutura familiar

(Alarcão, 2006) e tipo de saída (prematura, alta ou mista). Os registos recolhidos serão complementados, sempre que se justifique, com a ajuda dos técnicos, nomeadamente a sub-diretora da instituição, presentes na Comunidade desde 1992.

A realização de estágio curricular nesta instituição permitiu um acesso privilegiado a toda a informação necessária, bem como à obtenção das autorizações exigidas.

#### 4. Procedimentos

Tal como anteriormente referenciado foi utilizada uma grelha especialmente criada para este estudo. A sua criação está longe de ser uma acaso. Só com base na releção sobre a pesquisa bibliográfica previamente realizada foi possível realiza-la. Os critérios tidos em consideração para a sua elaboração baseam-se nas “Meninger Scales for Rating Interpersonal Relations: Motivation for Treatment, Sublimatory Effectiveness, Implusivity,Superego Integration, Quality of Object Relations” de Harty et al. (1981). De igual modo influente revelou-se a literatura que relaciona saúde mental e família ( Mosher & Keith ,1980; Villares, Redko & Mari, 1999; Souza & Baptista, 2008). Procurou-se definir e delimitar as relações familiares de modo claro e concreto.

Os dados foram tratados informaticamente, recorrendo ao programa de tratamento estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS), na versão 19.0 de 2011.

Para sistematizar a informação fornecida pelos dados recorremos a técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial, nomeadamente frequências (absolutas e percentuais), medidas de tendência central (média aritmética e mediana), medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão, valor mínimo e valor máximo), testes estatísticos (Qui-quadrado) e análise da função discriminante, pelo método *stepwise*.

A opção pelo teste não paramétrico atrás referido justifica-se pela natureza qualitativa das variáveis envolvidas no estudo e tendo em atenção as considerações apresentadas por Pestana & Gageiro (2005) e por Maroco (2007).

Nos testes fixámos o valor 0.050 como valor máximo da probabilidade do erro tipo I, ou seja, como valor abaixo do qual se considerou que as relações ou diferenças em estudo eram estatisticamente significativas.

## Análise e Apresentação dos Dados / Resultados

No presente capítulo procedemos à análise e apresentação dos dados recolhidos e dos resultados obtidos através das técnicas estatísticas que aplicámos para sistematizar a informação.

Iniciámos com a análise em termos descritivos e seguidamente efetuámos a análise dos resultados inferenciais obtidos com as técnicas utilizadas para o estudo das relações entre as variáveis e responder às questões de investigação formuladas.

Os dados que constituem o quadro 1 revelam que a maioria dos 112 doentes, mais concretamente 60.7%, eram do sexo masculino.

As idades variavam entre 15 e 72 anos, sendo a idade média de 35.32 anos com desvio padrão 12.68 pontos. Como podemos, ainda, constatar 33.0% dos doentes tinham entre 20 e 29 anos, seguidos de 28.6% que pertenciam ao grupo etário dos 30 aos 39 anos e de 14.3% que tinham entre 40 e 49 anos. Metade dos elementos da amostra em estudo tinha, pelo menos, 34.00 anos (idade mediana).

Quadro 1

Doentes segundo o sexo e o grupo etário

Variável	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	44	39.3
Masculino	68	60.7
<b>Grupo etário</b>		
< 20	9	8.0
20 – 29	37	33.0
30 – 39	32	28.6
40 – 49	16	14.3
50 – 59	11	9.8
60 – 69	6	5.4
≥ 70	1	0.9
$x = 35.32$ $Md = 34.00$ $s = 12.68$ $x_{\min} = 15,00$ $x_{\max} = 72,00$		

No que concerne ao ano de admissão, verificamos que quase metade dos doentes, exatamente 48.2%, foram admitidos entre 2005 e 2009, seguindo-se 23.2% que foram admitidos em 2010 ou depois e 18.7% cuja admissão se situou entre 2000 e 2004.

Os dados que constituem o quadro 2 permitem, ainda, verificar que o diagnóstico mais frequente foi a psicose (45.5%), seguido da depressão (17.9%), da perturbação maníaco-depressivo (16.1%) e do duplo diagnóstico (9.8%).

Quadro 2

Doentes segundo o ano de admissão e o diagnóstico

Variável	N	%
Ano de admissão		
1990 – 1994	4	3.6
1995 – 1999	7	6.3
2000 – 2004	21	18.7
2005 – 2009	54	48.2
≥ 2010	26	23.2
Diagnóstico		
Psicose	51	45.5
Depressão	20	17.9
Perturbação Maníaco-depressiva	18	16.1
Duplo diagnóstico	11	9.8
Neurose	4	3.6
Perturbação Obsessivo-compulsiva	3	2.7
Borderline	3	2.7
Autismo	2	1.8

No que concerne ao nível de retração constatámos (quadro 3) que 57.1% procuravam grupos isolados mais pequenos, seguidos de 31.3% que evitavam o contato com os outros.

Relativamente à especificidade familiar verificámos que 38.4% dos doentes tinham uma família equidistante, seguindo-se 37.5% que tinham famílias intrusivas. Os restantes 24.1% pertenciam a famílias ausentes.

Quadro 3

Doentes segundo o nível de retração social e a especificidade da estrutura familiar

Variável	N	%
Nível de retração social		
Interage com os outros como um líder	11	9.8
Interage com o grupo mas acredita que não é aceite por este	2	1.8
Procura um grupo isolado mais pequeno	64	57.1
Evita contatos com os outros	35	31.3
Especificidade da estrutura familiar		
Equidistante	43	38.4
Ausente	27	24.1
Intrusiva	42	37.5

A análise dos dados que apresentamos no quadro 4 permitem-nos constatar que a maior parte dos doentes (69.6%) tinham relações efetivas positivas.

A maioria dos doentes evidenciou, como grau de motivação, um relativo interesse e participação nas diferentes atividades instrumentais e terapêuticas. Verificámos, também, que 33.9% revelaram interesse e envolvimento ativo nas diferentes atividades instrumentais e terapêuticas e que os restantes 10.7% revelaram estar tendencialmente isolados do quotidiano da instituição e evidenciaram resistência afetiva.

Quadro 4

Doentes segundo o suporte disponibilizado e o grau de motivação

Variável	N	%
Suporte disponibilizado		
Relações afetivas positivas	78	69.6
Relações afetivas negativas	34	30.4
Grau de motivação		
Interesse e envolvimento ativo nas diferentes atividades instrumentais e terapêuticas	38	33.9
Relativo interesse e participação nas diferentes atividades instrumentais e terapêuticas	62	55.4
Tendencialmente isolado do quotidiano da instituição e resistência afetiva	12	10.7

Quanto ao tipo de alta (quadro 5) verificámos que a maior parte dos doentes, concretamente 65.2%, tiveram alta clínica, seguidas de 18.8% que tiveram alta por acordo entre o paciente, a família e a instituição. Tendo em consideração a metodologia definida, estes resultados permitem-nos afirmar que para 65.2% dos doentes houve sucesso terapêutico.

Quadro 5

Doentes segundo o tipo de alta

Tipo de alta	N	%
Saída prematura	18	16.1
Acordado entre paciente, família e instituição	21	18.8
Alta clínica	73	65.2

Com o objetivo de obter a resposta para as questões de investigação “Que fatores diferenciarão os casos de sucesso terapêutico?” e “O que existirá de comum entre eles?” procedemos aos estudos de associação entre os diferentes fatores e o sucesso terapêutico cujos resultados apresentamos nos quadros seguintes.

Como podemos verificar (quadro 6) a maioria dos doentes de ambos os sexos teve sucesso terapêutico sendo as percentagens de 63.6% no sexo feminino e de 66.2% no masculino. O teste estatístico aplicado revelou que entre estas variáveis não existe associação significativa ( $p = 0.783$ ).

Quadro 6

Estudo da associação entre o sucesso terapêutico e o sexo do doente

Sexo	Sucesso terapêutico		Sim	
	n	%	N	%
Feminino	16	36.4	28	63.6
Masculino	23	33.8	45	66.2
Teste	$\chi^2 = 0.076 ; p = 0.783$			

Para fazer um estudo semelhante envolvendo o grupo etário, optámos por agrupar os indivíduos em apenas três categorias como mostramos no quadro 7. Estatisticamente o agrupamento foi necessário dado que a dispersão inicial não permitia a aplicação do teste estatístico.

Como podemos constatar pelos dados observados, a maior parte dos doentes, em todos os grupos etários, teve sucesso terapêutico mas a proporção de sucesso nos doentes mais novos é menor que nos doentes com idades iguais ou superiores a 30 anos. No entanto estas diferenças não podem ser consideradas, uma vez que não são estatisticamente significativas ( $p = 0.462$ ).

Quadro 7

Estudo da associação entre o sucesso terapêutico e o grupo etário do doente

Grupo etário	Sucesso terapêutico		Sim	
	n	%	N	%
< 30	19	41.3	27	58.7
30 - 49	14	29.2	34	70.8
$\geq 50$	6	33.3	12	66.7
Teste	$\chi^2 = 1.546 ; p = 0.462$			

Para estudar a associação entre o sucesso terapêutico e o diagnóstico optámos por agrupar os menos frequentes numa única categoria (quadro 8). Como se pode verificar, a proporção de sucesso terapêutico foi de 90.0% nos casos de depressão, 66.7% nos doentes com perturbação maníaco-depressiva e de 62.7% dos casos com psicose. Nos outros diagnósticos, na maioria de casos (52.2%) não houve sucesso. Os resultados do teste estatístico revelam que a associação entre estas duas variáveis é significativa ( $p = 0.035$ ).

Quadro 8

Estudo da associação entre o sucesso terapêutico e o diagnóstico

Diagnóstico (agrupado)	Sucesso terapêutico		Sim	
	n	%	N	%
Depressão	2	10.0	18	90.0
Psicose	19	37.3	32	62.7
Perturbação Maníaco-depressiva	6	33.3	12	66.7
Outros	12	52.2	11	47.8
Teste	$\chi^2 = 8.631; p = \mathbf{0.035}$			

No quadro 9 apresentamos os dados e resultados do estudo da associação entre o sucesso terapêutico e o nível de retração social. Como se constata, a proporção de sucesso é de 76.9% nos doentes que interagem com os outros como líderes ou que interagem com o grupo mas acreditam que não são aceites por este, de 70.3% nos que procuram grupos isolados mais pequenos e de 51.4% nos doentes que evitam contato com os outros. As diferenças observadas não são estatisticamente significativas ( $p = 0.108$ ) pelo que admitimos que não existe associação entre o sucesso terapêutico e o nível de retração social.

Quadro 9

Estudo da associação entre o sucesso terapêutico e o nível de retração social

Nível de retração social (agrupado)	Sucesso terapêutico		Sim	
	n	%	N	%
Interage com os outros ou com o grupo	3	23.1	10	76.9
Procura um grupo isolado mais pequeno	19	29.7	45	70.3
Evita contato com os outros	17	48.6	18	51.4
Teste	$\chi^2 = 4.449 ; p = 0.108$			

Os dados/resultados que constituem o quadro 10 revelam evidências de que existe associação estatisticamente significativa entre a especificidade da estrutura familiar e o sucesso terapêutico ( $p = 0.005$ ). Verificámos também que a proporção de sucesso nos doentes cuja estrutura familiar é equidistante é de 83.7%, enquanto que a percentagem dos casos de sucesso nos doentes que têm famílias ausentes e intrusivas é muito inferior, respetivamente, 55.6% e 52.4%.

Quadro 10

Especificidade da estrutura familiar	Sucesso terapêutico		Sim	
	n	%	N	%
Equidistante	7	16.3	36	83.7
Ausente	12	44.4	15	55.6
Intrusiva	20	47.6	22	52.4
Teste	$\chi^2 = 10.646 ; p = \mathbf{0.005}$			

O estudo da associação entre o sucesso terapêutico e o suporte disponibilizado permitiu obter os resultados que constituem o quadro 11. Como podemos constatar a maioria dos doentes, quer dos que tinham relações afetivas positivas, quer dos que tinham relações afetivas negativas, teve sucesso terapêutico, sendo as percentagens de 69.2% e 55.9%, respetivamente. As diferenças observadas não são estatisticamente significativas ( $p = 0.173$ ) pelo que concluímos que não existe associação entre estas duas variáveis.

Quadro 11

Suporte disponibilizado	Sucesso terapêutico		Sim	
	n	%	N	%
Relações afetivas positivas	24	30.8	54	69.2
Relações afetivas negativas	15	44.1	19	55.9
Teste	$\chi^2 = 1.859 ; p = 0.173$			

De modo semelhante procedemos ao estudo da associação entre o sucesso terapêutico e o grau de motivação do doente. Os dados que constituem o quadro 12 revelam que 81.6% dos doentes que manifestavam interesse e envolvimento ativo nas diferentes atividades institucionais e terapêuticas tiveram sucesso, enquanto que dos que manifestaram relativo

interesse e participação nas atividades ainda que com nível razoável de resistência e dificuldade só 61.3% tiveram sucesso. Para os doentes que eram tendencialmente isolados do quotidiano da instituição e revelaram resistência ativa no envolvimento nas atividades institucionais, 66.7% não tiveram sucesso terapêutico. As diferenças são estatisticamente significativas ( $p = 0.006$ ) pelo que concluímos que existem evidências de que o sucesso terapêutico está relacionado com o grau de motivação dos doentes.

Quadro 12

Estudo da associação entre o sucesso terapêutico e o grau de motivação

Sucesso terapêutico	Não		Sim	
	n	%	N	%
Interesse e envolvimento ativo nas diferentes atividades institucionais e terapêuticas	7	18.4	31	81.6
Relativo interesse e participação nas atividades ainda que com nível razoável de resistência e dificuldade	24	38.7	38	61.3
Tendencialmente isolado do quotidiano da instituição e resistência ativa no envolvimento nas atividades institucionais	8	66.7	4	33.3
Teste	$\chi^2 = 10.278 ; p = \mathbf{0.006}$			

Para obter resposta à questão “Existirão características pessoais e/ou familiares potencialmente preditores de sucesso ou insucesso?” procedemos ao estudo discriminante, pelo método *stepwise*, entre os doentes com ou sem sucesso terapêutico em função das variáveis atrás relacionadas, ou seja, sexo, grupo etário, diagnóstico, nível de retração social, especificidade da estrutura familiar, suporte disponibilizado e o grau de motivação.

Os resultados deste estudo (quadro 13A) permitem-nos constatar que há três variáveis potencialmente preditoras do sucesso ou insucesso terapêutico, sendo a principal o grau de motivação, seguida do diagnóstico e, por último, da especificidade da estrutura familiar. A função constituída por estas três variáveis revelou um poder discriminante altamente significativo ( $p < 0.001$ ) e os resultados que constituem o quadro 13B revelam que a função consegue discriminar 69.2% dos casos de insucesso terapêutico e 72.6% dos casos de sucesso, ou seja, consegue classificar corretamente 71.4% dos casos.

Quadro 13A

Resultados da função discriminante

Variável	Coeficientes	Λ de Wilks	Teste	
			$\chi^2$	p
Grau de motivação	0.504	0.822	21.249	< <b>0.001</b>
Diagnóstico	0.504			
Especificidade da estrutura familiar	0.606			

Quadro 13B

Resultados preditos pela função discriminante *versus* resultados reais

Sucesso terapêutico	Resultados previstos			
	Não		Sim	
	n	%	N	%
Resultados reais				
Não	27	69.2	12	30.8
Sim	20	27.4	53	72.6

Como estudo complementar avaliámos a associação existente entre o grau de motivação e o nível de retração social, a especificidade da estrutura familiar e o suporte disponibilizado. Os resultados que constituem o quadro 14 revelam que existe associação estatisticamente significativa entre o grau de motivação e o nível de retração social ( $p < 0.001$ ) e a especificidade da estrutura familiar ( $p = 0.008$ ). Esta situação não se verifica com o suporte disponibilizado ( $p = 0.146$ ).

Verificámos que os doentes que interagem com os outros como um líder ou que interagem com o grupo mas acreditam que não são aceites por este, tendem a estar mais motivados e que o mesmo acontece com os que pertencem a famílias com uma estrutura equidistante.

Quadro 14

Estudo da associação entre o grau de motivação e o nível de retração social, a especificidade da estrutura familiar e o suporte disponibilizado

Grau de motivação	Interesse e envolvimento ativo nas diferentes atividades institucionais e terapêuticas		Relativo interesse e participação nas atividades ainda que com nível razoável de resistência e dificuldade		Tendencialmente isolado do quotidiano da instituição e resistência ativa no envolvimento nas atividades institucionais	
	N	%	n	%	N	%
Nível de retração social (agrupado)						
Interage com os outros ou com	9	69.2	4	30.8	-	0.0

o grupo							
Procura um grupo isolado mais pequeno	23	35.9	39	60.9	2	3.1	
Evita contato com os outros	6	17.1	19	54.3	10	28.6	
Teste		$\chi^2 = 24.795 ; p < 0.001$					
Especificidade da estrutura familiar	N	%	n	%	N	%	
Equidistante	21	48.8	22	51.2	-	0.0	
Ausente	5	18.5	16	59.3	6	22.2	
Intrusiva	12	28.6	24	57.1	6	14.3	
Teste		$\chi^2 = 13.742 ; p = 0.008$					
Suporte disponibilizado	N	%	n	%	N	%	
Relações afetivas positivas	30	38.5	42	53.8	6	7.7	
Relações afetivas negativas	8	23.5	20	58.8	6	17.6	
Teste		$\chi^2 = 3.852 ; p = 0.146$					

## Discussão

A análise destas variáveis coloca-nos diante de algumas questões discutidas na literatura a respeito da intervenção terapêutica na saúde mental.

Nesta investigação foram avaliados 112 sujeitos com diagnósticos diversos de doença mental, internados na Dorial, em regime de porta aberta entre 1991 e 2011. Um dos nossos objetivos foi detectar variáveis possíveis preditoras de sucesso ou insucesso no tratamento.

Na análise dos resultados importa reforçar que, embora todos os indivíduos tenham estado incluídos no mesmo regime, enquadram-se em contextos diferentes no que respeita a relações sociais e familiares dependendo da gravidade da patologia, o que dificilmente poderia de deixar de se reflectir na avaliação das variáveis em estudo. Tal facto sugere que investigações futuras diferenciem patologias.

Do ponto de vista das características sócio-demográficas os resultados obtidos são similares àqueles revelados na literatura antecedente. Maragno (2006) aponta uma maior prevalência da doença mental na população adulta. O presente estudo é congruente com essa mesma literatura uma vez que a maioria dos sujeitos têm entre 20 e 39 anos. No entanto, no que respeita à idade, os estudos apresentam resultados pouco consensuais. Lima et. al. (1999, *cit. in* Maragno,2006) apontam um acréscimo linear de prevalência a par com a idade. Por sua vez, Coutinho et. al. (1999, *cit. in* Maragno, 2006) descrevem prevalências menores nos sujeitos com mais de 44 anos mas maiores nos sujeitos a partir dos 60 anos.

Relativamente ao género, o presente estudo sugere uma maior prevalência do sexo masculino. O resultado aqui obtido difere do de Maragno (2006) facto que poderá estar relacionado com os diagnósticos. De facto, a maior percentagem de homens neste estudo pode justificar-se pela maior percentagem de diagnósticos de psicose que segundo Xavier (2002) têm maior incidência no sexo masculino. No entanto, os dados obtidos sugerem que as variáveis sexo e idade não são preditoras do grau de motivação do doente face ao tratamento nem tão pouco da desistência do mesmo.

Por outro lado, os resultados deste estudo, de maneira similar aos obtidos por outros investigadores, alertam para a influência do diagnóstico na manutenção do tratamento. Os estudos de Matar, Staley & Griffim e Percudani *et. al.* (1992; 2002; *cit. in* Ribeiro,2006) revelaram que pacientes com transtornos de personalidade são mais propensos a abandonar o tratamento contrariamente aos psicóticos. Ao invés, num estudo realizado por Killaspy (2000, *cit. in* Ribeiro, 2006) os diagnósticos de esquizofrenia, transtornos esquizo-affectivos são factores preditores de abandono.

Vale ressaltar a afirmação de Young *et. al.* (2000, *cit. in* Ribeiro,2006 ) de que o abandono de tratamento possa ser associado ao agravamento na condição clínica do paciente. No mesmo sentido, Kurita & Pimenta (2003) ao investigarem a adesão ao tratamento na doença crónica concluíram que a crença na cura tende a diminuir ao longo do tratamento. Nesse mesmo estudo, contrariamente à presente investigação, não foi encontrada relação entre a adesão e a depressão. Embora não deva ser esquecido que tomámos aqui como indicadores de adesão o grau de motivação, mais concretamente o envolvimento nas actividades terapêuticas, e a manutenção do doente até à alta clínica, o presente estudo revela que os sujeitos com depressão são os que menos desistem do tratamento.

Outro resultado de interesse prende-se com a relação significativa encontrada entre as especificidades da estrutura familiar, motivação e adesão ao tratamento.

Alguns estudos realizados nos anos 40 e 50 assinalaram que é frequente encontrar doença mental em famílias que passaram por situações de morte de um dos pais ou irmão, bem como pelo divórcio dos pais. Foi igualmente encontrada uma correlação entre a presença de transtornos de personalidade e problemas familiares (Rosenzweig & Bray, 1943; Lidz & Lidz,1929; Ellison & Hamilton,1949; Wahl,1954, *cit. in* Badaracco, 1990). Segundo Badaracco (1990), a doença mental trata-se quase sempre de uma reacção a climas emocionais traumáticos vividos na infância que se reactivam. Na mesma direcção Spadini & Souza (2004, *cit. in* Silva, Lippi & Pinto, 2008) apontam a família como a estrutura do doente mental em todos os aspectos, principalmente emocional. No presente estudo, a maioria dos

sujeitos que cumpriram o tratamento previsto apresentam uma família equidistante. Verificou-se igualmente que os sujeitos com família intrusiva ou ausente tendem a desistir mais do tratamento.

Assim, os dados, à semelhança de outros trabalhos, sugerem a importância dos contextos familiares para o sucesso terapêutico (Rodrigues & Madeira, 2009; Souza & Baptista, 2008; Souza, Baptista & Alves, 2008). Não existindo contextos favoráveis, dificilmente os comportamentos o serão.

Souza & Baptista (2008) compreendem a autonomia e relativa independência do sujeito como fundamentais na saúde mental. Num estudo realizado por Silva, Lippi & Pinto (2008) observou-se que o alto índice de reinternamento parece estar relacionado com dificuldades do doente em desenvolver autonomia. Badaracco (1990) referencia na sua obra casos diversos onde se espelha a extraordinária complexidade das dinâmicas familiares patológicas e a forma como estas influenciam negativamente o decurso da evolução terapêutica. Nos primeiros estudos realizados para compreender a importância da família na saúde mental Bowen (1959, *cit. in* Badaracco, 1990), percebeu que o crescimento do filho é muitas vezes sentido pela mãe como uma ameaça. Na sua compreensão da esquizofrenia entendeu que ela é um sintoma de patologia familiar que pode ser arrastada ao longo de várias gerações em forma de alianças patológicas.

Parker, Tupling & Brown (1979, *cit. in* Souza & Baptista, 2008) explicaram que a superprotecção está relacionada à inibição da autonomia e da competência social. David Levy (1943, citado em Badaracco, 1990) defendeu que a superprotecção de uma mãe sobre um filho advém de uma privação de amor que aquela teve na sua infância, procurando agora no filho aquilo que não teve. Esta concepção vai ao encontro do conceito de complementaridade de necessidades patológicas de Boszormenyi-Nagy (1962, *cit. in* badaracco,1990), segundo o qual os desejos e necessidades inconscientes de posse dos filhos, modelam a estrutura psíquica dos filhos.

Kashani *et. al.* (1994, *cit. in* Souza & Baptista, 2008) enfatizaram a conexão entre configurações familiares e desesperança do doente no tratamento. Os membros da família partilham muitos aspectos de personalidade. Há traços psicológicos transmitidos na relação interpessoal e por identificações. É que a idealização das figuras parentais, em vez de ser neutralizada pelos pais, é por eles inconscientemente fomentada e aceite pelos filhos pelo medo de abandono. Por vezes o *self* da criança incorpora de tal forma um aspecto patogénico da mãe, que torna difícil a adequada e necessária separação (Badaracco,1990). Naturalmente que a família não deverá incorrer na sua auto culpabilização, nem ser por outros condenada.

Vários estudos têm demonstrado que o convívio social entre família e doente mental não é fácil, experiências negativas acumuladas, desgastam e desesperam (Silva, Lippi & Pinto, 2008; Colvero, 2004).

Nas últimas décadas desenvolveram-se várias investigações centradas no *burden* familiar, na *experiência de prestação de* cuidados. A presença de doença mental na família aumenta os riscos de stress nas relações, solidão e depressão (Campos, 2009).

No entanto, segundo Badaracco (1990) a resistência à mudança ou mesmo a oposição ao tratamento é muitas vezes uma característica dos doentes mas também das famílias. Tal como o paciente, também a família, tende a negar a sua realidade exterior e dificuldades familiares, logo, dificilmente se poderão relacionar com elas. Os pais tendem a idealizar os filhos e não reconhecem, ou não aceitam, o processo terapêutico como um restabelecimento do processo de crescimento. Ninguém lhes explicou que o necessário desenvolvimento psicoemocional do sujeito não é linear, mas feito de momentos de desestruturação e reestruturação (*idem*).

Os dados sugerem a importância da compreensão das relações sociais no momento de planificar um tratamento uma vez que parecem ter influência no sucesso/insucesso terapêutico. Após a fase de tratamento institucional, os doentes que voltam para ambientes familiares onde há emoções expressas elevadas têm maior probabilidade de recaída (Campos, 2009). Um suporte adequado à família surge assim como fundamental na assistência à saúde mental. O seu equilíbrio é fundamental para a estabilização e melhora do doente.

As comunidades terapêuticas revelam um forte potencial de acesso à dinâmica familiar. Aqui, não só os membros das equipas são vividos como substitutos, como onde é o lugar onde os doentes tendem a encontrar pais e mães nos outros pacientes. Assim sendo, são situações extremamente capazes de mostrar e interpretar como muitos dos conflitos vividos em comunidade representam ou repetem conflitos internos (Badaracco, 1990). Talvez por isso mesmo não tenhamos encontrado neste estudo uma relação significativa entre a variável suporte disponibilizado, grau de motivação e alta clínica.

Importa recordar que o estudo foi realizado em contexto de comunidade terapêutica. A convivência comunitária assume-se como uma nova família capaz de aceitar a livre expressão de sentimentos, emoções e necessidades. Aqui, o doente anteriormente idealizado pelos pais, não é entendido como o perseguidor da família, nem o representante do seu fracasso. Aqui sabe-se que a agressividade pode ser uma defesa possível de modificar. A capacidade de uma comunidade terapêutica para tolerar a agressão e a angústia é um índice da sua capacidade de ajudar os doentes (*Idem*).

Os dados obtidos ao nível de retração social sugerem uma relação desta com o grau de motivação. Os sujeitos que interagem com os outros ou com o grupo tendem a manifestar mais interesse e envolvimento nas diferentes actividades. Este nível de retração social parece relacionar-se igualmente com manutenção do doente no programa terapêutico até à alta clínica.

Posto isto, embora muitas patologias e fármacos estejam relacionados com sintomas de apatia, desinteresse e isolamento social, importa investir em psicoterapias e terapias ocupacionais individualizadas capazes de colmatar as dificuldades relacionais dos doentes. Intervenções psicossociais têm-se mostrado igualmente eficazes na redução de comportamentos mal adaptativos (Miró, 1989; Moll & Saeki, 2009; Glynn & Mueser, 2010; Mosher & Keith, 2010).

A comunidade terapêutica é o lugar privilegiado para detectar e trabalhar estas dificuldades relacionais. Badaracco (1990) fez a experiência de ir todos os dias à mesma hora para uma sala de convívio. Reparou que quanto mais espontâneo era o quadro mais sobressaiam as dificuldades de expressão de alguns doentes. Logo, imaginou como seria no meio familiar. O que inicialmente era um clima de desconfiança rapidamente se transformou num espaço de aprendizagem. Pela possibilidade de se identificar e relacionar com os problemas dos outros, o doente pode começar a elaborar os seus próprios problemas. Reuniões de grupo promovem mobilidade emocional e comunicação interpessoal. Os indícios de melhora começam a surgir pela maior capacidade adaptativa, mais tranquilidade, capacidade de convivência e comunicação com a família. À medida que começam a superar as incisões mais patológicas começam a permitir o afecto, a recuperar a capacidade de ser útil, logo, a interessar-se.

A presente investigação limitou-se a estudar variáveis relacionadas com a família sem uma avaliação direta da percepção do próprio doente sobre elas. Uma outra limitação encontrada prende-se com o facto de não terem sido avaliadas outras variáveis capazes de influenciar estas e todo o tratamento, tais como: estratégias de *coping*, personalidade, resiliência e locus de controle.

Os resultados parecem confirmar as tendências observadas por outros autores. Evidenciam que variáveis como o diagnóstico, interação social e família podem ser potenciais preditores de desistência de tratamento. Sugerem igualmente a importância de detetar precocemente estes possíveis indicadores de insucesso com o objetivo de intervir atempadamente para que estes não cheguem a influenciar negativamente a adesão ao tratamento. Emerge portanto a necessidade de abordagens mais personalizadas,

multidisciplinares e alargadas, capazes de intervir mais próximo da família e pessoas significativas, sem esquecer ou ignorar as suas limitações ou dificuldades. É fundamental compreender o envolvimento dos familiares junto do doente mental, as suas respostas emocionais e atitudes face à doença. É importante para ambos e conduz à necessidade de intervenções psicoeducacionais para as famílias.

É recomendada a reaplicação desta pesquisa a outras comunidades terapêuticas, visto a sua maior proximidade com a família, com o objetivo de comparar resultados obtidos. Futuras investigações poderão fazer esta pesquisa em patologias específicas de forma a detetar fatores potencialmente mais preditores de insucesso em algumas doenças mentais, do que noutras.

### **Conclusão**

O estudo dos fatores que contribuem para a intervenção na doença mental explora um campo vasto. Importa conhecê-lo e empreender a aproximação entre técnicos e necessidades dos doentes e igualmente dos familiares. Basta recordar que a decisão de procurar ajuda é responsabilidade dos outros próximos.

A intervenção em doença mental deverá assim englobar outras vertentes complementares. Se por um lado a intervenção deve ser sistémica, por outro deve ser psicoeducativa de forma a melhorar o conhecimento que a família tem sobre a doença, a sua função no sistema familiar, bem como a melhor forma de gerir a sua relação com o doente.

A doença mental deve ser compreendida nas suas dimensões psicossociais determinantes no processo de saúde e doença.

Programas que enfatizem a família podem ser agentes preventivos ativos face à doença mental, ou às dificuldades do seu tratamento.

## Bibliografia

- Alarcão, M.(2000). *(Des)Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto Editores.
- Amaral Dias, C. (1983). *Espaço e Relação Terapêutica* (pp.72-85). Coimbra Editora.
- Badaracco, J.G. (1990). *Comunidade terapêutica psicanalítica de estrutura multifamiliar*. Madrid: Tecnipublicaciones.
- Bergeret. J. (1991). *Personalidade normal e patológica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Campos, L. (2009). *Doença Mental e prestação de cuidados*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Clark,D.H. (1982). *Terapia Social en Psiquiatria*. Madrid: Ediciones Morata.
- Cooper, D. (1978). *A Linguagem da Loucura*. Lisboa: Editorial Presença.
- Cordo, M. (2003). *Reabilitação de pessoas com doença mental: Das famílias para a instituição da instituição para as famílias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Dias, M. (2010). *Planos de Investigação: Avançando Passo a Passo*. Santa Maria da Feira: Maria Olívia Dias.
- Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Gallimard.
- Gabbard, G. O. (2006). *Psiquiatria Psicodinâmica na prática clínica* (4ª Ed). Porto Alegre: Artmed.
- Leff, J., & Warner,R. (2008). *Inclusão social de pessoas com doenças mentais*. Coimbra: Almedina.
- Mannoni, M. (1978). *O psiquiatra, o seu “louco” e a psicanálise*. Porto: Edições Afrontamento.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística – Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo Lda.
- Pérez-Sanchez, A. (1996). *Práticas Psico-terapêuticas .Psicoanálises aplicado a la asistencia pública* (pp. 45 – 70). Barcelona: Paidós.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Petot, J. (1982). *Melanie Klein II*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Rotelli, F., Leonardis, O., Mauri, D., & Risio, C. (1990). *Desinstitucionalização* . São Paulo: Hucitec.

- Santos, A. (2004). “*O toxicodependente, a Comunidade terapêutica e a mudança de estilos de vida*”. Tesis doctoral, Departamento de Psicología Y Sociología de la Educación, Universidad de Extremadura, Badajoz, Enero.
- Scharfetter, C.H. (1997). *Introdução à Psicopatologia Geral*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Stuart, G., & Laraia, M. (2006). *Enfermeria Psiquiátrica: Princípios e Prática* (8ª Ed.). Madrid: Elsevier.
- Teixeira, J. A. C. (2005). *Psicopatologia Geral - Introdução, métodos e modelos, psicopatologia descritiva* (pp.48-49). Lisboa: ISPA.
- Tucker, S. (2000). *A Therapeutic Community approach to care in the community: Dialogue and Dwelling*. London: Sarah Tucker.
- Vallejo - Nagera, J. A. (1969). *Introducion a la psiquiatria* (4ºEd.). Madrid: Editorial científico.
- Winnicott, D.W. (1990). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas.

### Artigos

- Beck, J. (1978). Social influences on the prognosis of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 86 – 101.
- Brekke, J., & Long, J. (2000). Community – Based Psychosocial rehabilitation and prospective change in functional, clinical, and subjective experience variables in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 667 – 680.
- Colvero, L., Ide, C., & Rolim, M. (2004). Família e doença mental: A difícil convivência com a diferença. *Rev. Esc. Enferm.*, 38, 197 – 205.
- Glynn, S., & Mueser, K. (1986). Social learning for chronic mental impatients. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 648 – 668.
- Harty,M., Closon,M. & Mortimer, R. (1981). Correlates of change and long term outcome. *Bulletin of Menninger Clinic*, 45, 209-228.
- Kurita, G., & Pimenta, C. (2004). Adesão ao tratamento da dor crônica e o locus de controle da Saúde. *Rev. Esc. Enferm.*, 38 (3), 254 – 61.

- Maragno, L. (2006). Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 22 (8), 1639 – 1648.
- Miró, M. (1989). A comunidade terapêutica nas sociedades abstratas. *Jornal de Psicologia*, 8 (4), 12 -15.
- Mohamed, S., Rosenheck, R., Swartz, M., Stroup, S., Lieberman, J., & Keefe, R. (2008) . Relationship of cognition and psychopathology to functional impairment in schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 165, 978 – 987.
- Moll, M., & Saeki, T. (2009). Social life of people with diagnosis of schizophrenia, attended at a psychosocial care center. *Revista Latino – am Enfermagem*, 17(6), 995 – 1000.
- Mosher, L., & Keith, S. (1980). Psychosocial treatment: Individual, Group, Family, and Community Support Approaches. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 10 – 41.
- Oliveira, S. (1998). Comunidades terapêuticas e intervenção em doentes crónicos. *Revista Integrar*, 16, 23 – 28.
- Oliveira, S. (2001). Aspectos metodológicos de um estudo de caso de psicose. *Análise Psicológica*, 3, 399 – 415.
- Póvoa, F. M. S., & Silva, M. L. F. (1997). A integração social do doente esquizofrénico. *Revista da Associação Para o Estudo, Reflexão e Pesquisa em Psiquiatria e Saúde Mental, Ano I, 2*, Coimbra.
- Reis, F., Chainho, J., António, J., & Santos, P. (2000). A emoção expressa dos familiares de esquizofrénicos e as recaídas dos doentes. *Revista da associação Portuguesa de Psicologia*, vol.XIV, 1, 31- 44.
- Reis, F., Lourenço, F., António, J., & Silva, N. (2000). A emoção expressa dos familiares de esquizofrénicos e as recaídas dos doentes. *Revista da associação Portuguesa de Psicologia*. vol. XIV, 1, 51- 63.
- Ribeiro, M., Alves, M., Vieira, E., Silva, P., & Lamas, C. (2008). Factores associados ao abandono de tratamento em Saúde Mental. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 57 (1), 16 – 22.
- Rodrigues, V., & Madeira, M. (2009). Suporte social e saúde mental: revisão de literatura. *Revista da Faculdade de Ciências de Saúde do Porto*, 6, 390-399.
- Santos, M. (2000). Esquizofrenia: Perspectivas actuais de reabilitação Psicossocial. *Revista da associação Portuguesa de Psicologia*, vol. XIV, 1, 91 – 109.

- Silva, V., Lippi, P., & Pinto, C. (2008). Doença Mental: Dificuldades enfrentadas pela família e o Familiar – Cuidador. *INTELLECTUS*, 4 (5).
- Souza & Baptista (2008). Associações entre suporte familiar e saúde mental. *Psicol. Argum.*, 26, 207 – 215.
- Souza, M., Baptista, M., & Alves, G. (2008). Suporte Familiar e saúde mental: evidência e validade baseada na relação variáveis. *Aletheia*, 28, 45-59.
- Villares, C.C., Redko, C.P., & Mari, J.J. (1999). Concepções de doença por familiares com diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 36 – 47.
- Xavier, M., Almeida, J. M. C., Martins, E., Barahona, B., & Kovess, V. (2002). Avaliação das necessidades de cuidados de indivíduos com esquizofrenia em Portugal: estudo comparativo multicêntrico. *Saúde mental*, 20, 5 – 17.

Apêndice I

Nome		Idade
Ano de Admissão	Diagnóstico	
<b>Nível de retração social</b>	Interage com os outros como um líder	
	Interage com um grupo mas acredita que não é aceite por este	
	Procura um grupo isolado mais pequeno	
	Evita contacto com os outros	
<b>Especificidade da estrutura familiar</b>	Equidistante	
	Ausente	
	Intrusiva	
<b>Suporte disponibilizado</b>	Relações afetivas positivas	
	Relações afetivas negativas	
<b>Grau de motivação</b>	Interesse e envolvimento ativo nas diferentes atividades institucionais e terapêuticas	
	Relativo interesse e participação nas atividades, ainda que com nível razoável de resistência e dificuldade	
	Tendencialmente isolado do quotidiano da instituição e resistência ativa no envolvimento nas atividades institucionais	
<b>Tipo de alta</b>	Saída prematura (por abandono ou expulsão do paciente)	
	Acordado entre paciente, família e instituição, ainda que antes do tempo previamente determinado	
	Alta clínica	