



CARACTERÍSTICAS DOS GRUPOS MULTIFAMILIARES EM SAÚDE MENTAL

A publicação 'Características dos Grupos Multifamiliares em Saúde Mental' apresenta um trabalho de investigação abrangente, focado nos Grupos Multifamiliares em Itália, Bélgica, Espanha e Portugal. Este volume agrega os resultados da fase inicial do projeto 'Grupos Multifamiliares em Saúde Mental' (FA.M.HE), apoiado financeiramente pela União Europeia através do Programa Erasmus+.

O desenvolvimento do projeto contou com a colaboração de cinco parceiros: a 'Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina' em Lisboa, servindo como coordenadora da investigação, o 'Laboratorio di Psicoanalisi Multifamiliare' e o 'Azienda Sanitaria Locale Roma1' em Roma, a 'Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica de Pareja, Familia y Grupo Multifamiliar' em Bilbao e o Z.ORG KU em Leuven.

© 2021-2024 Projeto por FA.M.HE 'O apoio da Comissão Europeia à produção desta publicação não constitui uma aprovação do seu conteúdo, que apenas reflete as visões dos autores, e a Comissão não pode ser responsabilizada por qualquer uso que possa ser feito das informações nela contidas.'

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	6
2. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO	8
3. RELATÓRIO DE ITÁLIA	11
3.1. Contexto italiano	11
3.2. Questionário – Características dos GMFs	12
3.2.1. Contexto Institucional/Organizacional	12
3.2.2. Características.....	12
3.2.3. Condução	12
3.2.4. Participantes.....	13
3.2.5. Estrutura e Funcionamento.....	13
3.2.6. Encaminhamento.....	14
3.3. Focus Groups	14
3.3.1. Focus Group com condutores de GMFs	14
3.3.1.1. Participantes.....	14
3.3.1.2. Metodologia.....	14
3.3.1.3. Resultados	15
3.3.2. Focus Group com utentes de GMFs	16
3.3.2.1. Participantes.....	16
3.3.2.2. Metodologia.....	16
3.3.2.3. Resultados	17
3.3.3. Conclusões dos Focus Groups.....	18
3.4. Pesquisa Bibliográfica	19
3.5. Conclusões	19
4. RELATÓRIO DA BÉLGICA.....	21
4.1. Contexto Belga	21
4.2. Questionário – Características dos GMFs	22

4.2.1.	Contexto Institucional/Organizacional	22
4.2.2.	Características.....	23
4.2.3.	Condução	24
4.2.4.	Participantes.....	24
4.2.5.	Estrutura e Funcionamento.....	25
4.2.6.	Encaminhamento.....	26
4.3.	<i>Focus Groups</i>	26
4.3.1.	<i>Focus Groups</i> com condutores de GMFs	26
4.3.1.1.	Participantes.....	26
4.3.1.2.	Metodologia.....	26
4.3.1.3.	Resultados	27
4.3.2.	Grande grupo experimental com potenciais utentes de GMFs.....	31
4.3.2.1.	Participantes.....	31
4.3.2.2.	Metodologia.....	31
4.3.2.3.	Resultados	31
4.3.3.	Conclusões dos <i>Focus Groups</i>	32
4.4.	Pesquisa Bibliográfica	34
4.5.	Conclusões	34
5.	RELATÓRIO DE ESPANHA	36
5.1.	Contexto Espanhol	36
5.2.	Questionário – Características dos GMFs	36
5.2.1.	Contexto Institucional/Organizacional	36
5.2.2.	Características.....	37
5.2.3.	Condução	37
5.2.4.	Participantes.....	38
5.2.5.	Estrutura e Funcionamento.....	38
5.2.6.	Encaminhamento.....	40
5.3.	<i>Focus Groups</i>	40
5.3.1.	<i>Focus Group</i> com condutores de GMFs	40
5.3.1.1.	Participantes.....	40

5.3.1.2.	Metodologia.....	40
5.3.1.3.	Resultados	41
5.3.2.	<i>Focus Group</i> com utentes de GMFs	42
5.3.2.1.	Participantes.....	42
5.3.2.2.	Metodologia.....	43
5.3.2.3.	Resultados	43
5.3.3.	Conclusões dos <i>Focus Groups</i>	44
5.4.	Pesquisa Bibliográfica	44
5.5.	Conclusões	45
6.	RELATÓRIO DE PORTUGAL	46
6.1.	Contexto Português	46
6.2.	Questionário – Características dos GMFs	47
6.2.1.	Contexto Institucional/Organizacional	48
6.2.2.	Características.....	48
6.2.3.	Condução	49
6.2.4.	Participantes.....	49
6.2.5.	Estrutura e Funcionamento.....	49
6.2.6.	Encaminhamento.....	50
6.3.	<i>Focus Groups</i>	50
6.3.1.	<i>Focus Group</i> com condutores de GMFs	50
6.3.1.1.	Participantes.....	50
6.3.1.2.	Metodologia.....	50
6.3.1.3.	Resultados	51
6.3.2.	<i>Focus Group</i> com utentes de GMFs	52
6.3.2.1.	Participantes.....	52
6.3.2.2.	Metodologia.....	52
6.3.2.3.	Resultados	53
6.3.3.	Conclusões dos <i>Focus Groups</i>	54
6.4.	Pesquisa Bibliográfica	59
6.5.	Conclusões	60
7.	RESULTADOS	62

7.1. Questionário: Análise	62
7.1.1. A Investigação: Propósito, Objetivos Cognitivos e Metodologia	63
7.1.2. Análise dos Dados provenientes dos Quatro Países da UE.....	64
7.1.3. O Perfil dos Grupos Multifamiliares (GMFs).....	64
7.1.4. Características dos Participantes de GMFs	71
7.1.5. Características do Grupo Multifamiliar	74
7.1.6. Leitura Comparativa dos GMFs dos Quatro Países	80
7.1.7. Considerações Finais	84
7.2. Focus Groups	85
7.2.1. <i>Framework</i> dos <i>Focus Groups</i>	85
7.2.2. Planeamento e Metodologias dos <i>Focus Groups</i>	86
7.2.3. Resultados e Conclusões dos <i>Focus Groups</i>	90
7.3. Pesquisa Bibliográfica	90
7.3.1. Metodologia Nacional e Internacional	90
7.3.2. Análise Quantitativa e Qualitativa dos Resultados no Idioma dos Países em Estudo	92
7.3.3. Pesquisa Bibliográfica Internacional	94
7.3.3.1. <i>Framework</i> Histórico.....	94
7.3.3.2. Resultados	96
7.4. Conclusões Finais – Conclusão do <i>Intellectual Output I</i>	96
APÊNDICES	99
APÊNDICE 1 – Bibliografia Italiana e Bibliografia Internacional Traduzida para Italiano	99
APÊNDICE 2 – Bibliografia Belga (Francês)	100
APÊNDICE 3 – Bibliografia Belga (Neerlandês)	105
APÊNDICE 4 – Bibliografia Espanhola	106
APÊNDICE 5 – Bibliografia Portuguesa	109
APÊNDICE 6 – Bibliografia Internacional	112
APÊNDICE 7 - Questionário	115
APÊNDICE 8 – Tabelas de Classificação da Pesquisa Bibliográfica	121
APÊNDICE 9 – Tabelas de Classificação dos <i>Focus Groups</i>	122

1. INTRODUÇÃO

O papel das famílias no tratamento de indivíduos que enfrentam questões de saúde mental é fundamental. Contudo, as famílias frequentemente carecem de apoio adequado, tanto por parte dos serviços públicos, como dos privados que operam nesta área. O estigma, o isolamento e o autoisolamento vivenciados por aqueles que enfrentam desafios de saúde mental também excluem os membros da família das conexões sociais e da inclusão na sociedade. Reconhecendo isto, as intervenções e esforços de recuperação não devem focar-se apenas no indivíduo em sofrimento, mas sim estender-se à unidade familiar como um todo.

O Plano de Ação Europeu em Saúde Mental 2013-2020 enfatizou a importância de apoiar as famílias, destacando os obstáculos enfrentados pelos serviços públicos e privados na prestação ativa de assistência. O plano expôs as dificuldades em apoiar "famílias que cuidam de entes queridos que necessitam de um longo período de cuidados, incluindo treino adequado, serviços de apoio e benefícios". Também enfatizou a falta de informação e disseminação de intervenções e metodologias destinadas a apoiar as famílias. Para corrigir isto, o plano visa envolver pessoas, famílias, investidores, organizações de saúde mental e responsáveis políticos envolvidos em políticas sociais.

A sabida influência da cultura e dos ambientes sociais no paciente ampliou o âmbito da investigação em saúde mental para abranger os Grupos Multifamiliares (GMFs). Estes encontros unem famílias de várias gerações (mínimo de 2 gerações), com um número variável de famílias envolvidas.

A base desta abordagem psicoterapêutica em saúde mental remonta ao trabalho pioneiro de Peter Laqueur em meados da década de 1950, que institucionalizou reuniões entre 5 ou 6 famílias de pacientes esquizofrênicos num hospital psiquiátrico do Estado de Nova Iorque. Esta abordagem inovadora, designada 'aprendizagem por analogia', levou a avanços nos Estados Unidos, Argentina e, subsequentemente, na Europa.

Jorge García Badaracco iniciou encontros multifamiliares no início da década de 1960 no Hospital Psiquiátrico José T. Borda, em Buenos Aires, empregando um modelo integrativo chamado Psicanálise Multifamiliar. A partir do final da década de 1990, a sua metodologia espalhou-se pela Europa, principalmente por Itália, Espanha, Portugal e, nos últimos quatro anos, pela Bélgica.

A abordagem sintomática é insuficiente para lidar com as necessidades complexas dos pacientes e das famílias, já que as questões familiares são, muitas vezes, multifacetadas. Os Grupos Multifamiliares permitem intervenções expandidas que aprimoram o apoio mútuo e as abordagens terapêuticas, aplicáveis em diversos contextos clínicos, educacionais e sociais, nomeadamente em grupos comunitários, programas de tratamento de dependências, mudanças comportamentais em jovens em contextos educacionais, questões de género, doenças crónicas, maternidade e mudanças no comportamento alimentar, entre outras patologias orgânicas.

O projeto 'Grupos Multifamiliares em Saúde Mental' (FA.M.HE) tem origem num compromisso de cinco parceiros com experiência em intervenções psicoterapêuticas em grupo com famílias. Visa apoiar o desenvolvimento de políticas e ações por meio da evidência científica robusta e do conhecimento das melhores práticas. Este projeto dedica-se à disseminação de conhecimento, ao combate ao estigma da saúde mental e a aumentar o envolvimento dos utentes e das famílias.

O produto inicial do projeto FA.M.HE. é o presente volume "Características dos grupos multifamiliares em saúde mental", que fornece informação detalhada sobre uma amostra de GMF nos países envolvidos, ilustrando o funcionamento, características, aspectos organizacionais e distribuição territorial dos GMF, independentemente da orientação teórica que os distingue. O principal requisito para inclusão na pesquisa foi a participação no GMF de pelo menos duas

gerações, incluindo pessoas em tratamento de saúde; além disso, a intervenção psicoterapêutica deveria ser prevalente no grupo.

Os resultados da investigação realizada pelos parceiros do projeto foram elaborados a partir da análise dos dados obtidos nas respostas a um questionário destinado aos representantes públicos e privados da GMF a operar nos vários países, desde a posterior criação de grupos focais envolvendo manipuladores e familiares participantes dos grupos, além de pesquisa bibliográfica sobre esses temas, realizada em seis idiomas.

O objectivo final destas actividades, que no seu conjunto podem ser definidas como uma investigação piloto sobre GMF, foi a criação deste volume, organizado como uma espécie de "guia prático" dirigido a todos aqueles que por diversas razões desejam aprofundar-se conhecimento da metodologia multifamiliar.

Este volume dirige-se, portanto, a um público alargado (operadores e utentes de Serviços de Saúde Mental mas também estudantes e docentes de cursos académicos, Associações de Voluntariado, Serviços Sociais locais) que ao longo do tempo podem constituir redes de difusão e apoio a programas multifamiliares. cultura, bem como incentivar a criação e atividades de Comunidades de Prática dedicadas, através das quais se possa trocar, aprofundar e desenvolver a experiência multifamiliar.

O volume é composto por sete capítulos, além de apêndices finais, estruturados de forma a fornecer um panorama complexo, mas de fácil consulta.

No capítulo 2 uma breve apresentação da pesquisa descreve sinteticamente o contexto de referência, as ferramentas e metodologia adotadas e os tempos de implementação.

As atividades desenvolvidas por cada parceiro no seu país são apresentadas nos capítulos 3 a 6, segundo um índice comum que permite a sua fácil leitura comparativa, incluindo as diferentes realidades institucionais e sociais.

Os resultados são apresentados no capítulo 7 através de uma análise comparativa dos dados recolhidos; a sua apresentação em quadros sintéticos favorece a descrição de um modelo de intervenção efervescente e crescente, pela pluralidade de serviços que o adotam, pela variedade de modelos de referência teórica, pelas tipologias organizacionais mas também pelo amplo consenso que recebe dos que têm experiência direta disso.

O volume termina com uma série de apêndices: de 1 a 5 apresentam-se os resultados da pesquisa bibliográfica sobre GMF realizada pelos parceiros na sua própria língua, enquanto o apêndice 6 recolhe os resultados relativos à bibliografia internacional. Os Anexos 7 a 9 apresentam as ferramentas utilizadas na pesquisa.

2. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

A difusão dos Grupos Multifamiliares (GMF) é considerada uma das inovações mais significativas nos serviços públicos e privados de saúde mental. Surgida após a década de 1950, a colaboração entre pacientes, familiares e operadores através de reuniões recorrentes de grupos multifamiliares demonstrou progressivamente eficácia em termos de resultados. No novo século ganhou terreno, evoluindo paralelamente ao desenvolvimento conjunto da terapia familiar e da abordagem sistêmica. Hoje inclui vários modelos teóricos e constitui uma prática consolidada, apoiada em evidências que confirmam a sua validade.

O GMF abre uma nova fase no tratamento dos transtornos mentais ao promover uma dinâmica interativa que conscientiza os “usuários” e seus familiares dos laços de interdependência em que estão envolvidos. Isto permite-lhes refletir e comparar as suas situações com as de outros participantes.

Este processo acontece através de reuniões coletivas baseadas em algumas regras: todos os indivíduos são “ouvidos, compreendidos e respeitados na medida em que sentem que podem contar com a ajuda uns dos outros e, portanto, com a opinião de cada um, mesmo que diferente” da próprios, todos de igual valor. Dentro do grupo “constrói-se uma situação em que todos podem olhar de fora para o papel que desempenham na sua própria vida e a forma como o desempenham: crianças, pais e cuidadores, os próprios filhos e/ou pais”. Os principais temas de participação no GMF incluem “partilha”, “comparação”, “troca”, “apoio” ou “ajuda”.

Estabelece-se uma relação baseada na confiança, na empatia, no respeito, na aceitação de si e dos outros e na espontaneidade do contacto humano. Este clima é influenciado pelas qualidades relacionais, especialmente empáticas, dos cuidadores, a começar pelo líder-facilitador do grupo.

Esta figura estimula e regula os diálogos, dando a palavra a todos aqueles que a solicitam, facilitando a rápida circulação de ideias e favorecendo uma sucessão de intervenções baseadas em 'associações livres' para que todos possam aprender, por analogia ou imitação, com as experiências de outros. Além disso, os participantes podem espelhar-se nas experiências que outros apresentam ao grupo.

O condutor pode ser auxiliado por outros operadores que se abstêm de qualquer julgamento em relação às pessoas que sofrem e às suas famílias e abandonam as suas “certezas cognitivas para mergulhar no mundo dos afetos e das emoções, aceitando flutuar livremente junto com todos os outros”; poderão então discutir em equipe o que acontece para que a experiência de aprendizagem continua no Grupo uma operadores e familiares.

O GMF reforça a assunção da família como esfera do “paciente designado”, retira-a do isolamento e potencia-a na cooperação terapêutica, como parte ativa dos projetos de recuperação. Ao mesmo tempo estimula a busca de “autoajuda” entre os familiares. Não é por acaso que a maioria dos membros das famílias GMF também estão presentes em grupos de autoajuda; além disso, estes também podem ser o resultado de um processo de grupos multifamiliares que gradualmente se tornam autônomos. Foi dito que “a arte do GMF é ajudar as famílias a ajudarem-se” para que “quando isso acontecer o grupo possa funcionar por si próprio”.

A investigação ‘Grupos Multifamiliares em Saúde Mental’ envolveu vários componentes: um questionário dirigido a condutores e/ou facilitadores de GMFs, dois ou mais *Focus groups* abrangendo condutores/facilitadores e utentes/famílias, e uma pesquisa *online* para analisar tanto a bibliografia nacional (em cada idioma do respetivo país) como internacional, relacionada com a aplicação de grupos multifamiliares em saúde mental.

O questionário foi elaborado pelo parceiro AIDFM, de Portugal, em colaboração com todos os parceiros. A sua elaboração baseou-se em *insights* obtidos pela revisão da literatura, contribuições obtidas pela interação com condutores de Grupos Multifamiliares, e considerações com base nos elementos necessários ao *Google Forms*, a plataforma escolhida para a disseminação do questionário. Antes da sua implementação, os parceiros dos quatro países reviram e apuraram o questionário, que compreende duas seções principais. A primeira secção centra-se na identificação dos profissionais que conduziram o inquérito, detalhes da instituição/organização e a sua localização geográfica. A segunda secção aborda as características dos GMFs, incluindo o seu enquadramento teórico, tipos de intervenção, habilitações das equipas de condução, métodos de supervisão/intervisão, características dos participantes, e outros aspetos (tipo e tamanho do grupo, uso de fases, impacto da COVID-19 na continuidade, características das instalações, etc.). Na parte final do questionário, os inquiridos são convidados a partilhar os seus comentários sobre os GMFs.

Posteriormente, cada parceiro traduziu o questionário para os respetivos idiomas - italiano (Itália), francês e neerlandês (Bélgica), espanhol (Espanha) e português (Portugal) - e adaptou-o a um questionário *Google Forms*. A participação foi voluntária, oferecendo-se aos inquiridos a escolha de permanecerem anónimos.

Os parceiros apresentaram o projeto através de cartas a solicitar a participação no questionário, alcançando vários grupos-alvo, como agências governamentais, especialistas em GMFs, autoridades de saúde mental, organizações profissionais, grupos familiares reconhecidos e associações de famílias. Cada parceiro identificou e listou meticulosamente os potenciais participantes relevantes para divulgação.

Após a obtenção dos resultados do inquérito, cada país realizou uma análise qualitativa e descritiva. A Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina (AIDFM), em Lisboa, ficou responsável pelo processamento dos dados, compilando as respostas para obter as percentagens brutas a partir do *Google Forms*. Adicionalmente, os parceiros identificaram as interseções significativas entre as respostas e a AIDFM processou-as.

Após a conclusão da investigação de campo, conforme delineado pelo projeto, cada parceiro conduziu *focus groups* envolvendo dois grupos-alvo específicos: condutores/facilitadores de GMFs (terapeutas) e utentes/familiares de GMFs. Os parceiros concordaram unanimemente com uma metodologia unificada - a Análise SWOT - permitindo que os participantes articulassem os seus pontos de vista sobre o *focus* designado. Este método possibilitou analisar os pontos fortes e os pontos fracos, tanto internos como externos, dentro do contexto.

Em simultâneo com o desenvolvimento do questionário, os parceiros iniciaram uma revisão bibliográfica abrangente a respeito da intervenção multifamiliar em saúde mental. Isto permitiu que os parceiros executassem uma pesquisa na *web* focada e definida, alinhada com os objetivos da investigação e do *Intellectual Output 1* do projeto. Várias palavras-chave como Grupos Multifamiliares, Grupos de Psicanálise Multifamiliar (GPMF), Psicanálise Multifamiliar, Terapia Multifamiliar, Terapia de Grupo Multifamiliar e Tratamento de Grupo Multifamiliar foram identificadas, traduzidas para os respetivos idiomas e alargadas a termos específicos de cada país.

A pesquisa foi conduzida em diferentes idiomas nacionais e estendeu-se para além das fronteiras nacionais, abrangendo outros países. Como motores de busca, foram utilizados o *Google*, o *Google Scholar*, o *PubMed*, e o *Hall and Cairn*, e os resultados foram compilados usando o *software* de gestão *Zotero*, seguindo o estilo de citação APA (*American Psychological Association*) 6ª edição.

Através da pesquisa bibliográfica internacional sobre grupos multifamiliares, identificaram-se, categoricamente, três subtipos:

- Grupos psicoeducativos e cognitivo-comportamentais;
- Grupos sistêmicos e dinâmicos;
- Grupos psicanalíticos.

A metodologia de pesquisa foi meticulosamente concebida de acordo com as diretrizes do projeto e as orientações metodológicas acordadas entre os parceiros, elucidadas no capítulo 7.3.1.

Os cinco parceiros participantes foram responsáveis pelos dados contidos nos seus relatórios nacionais.

Após a recolha e análise dos dados fornecidos por cada parceiro, Portugal compilou um relatório de síntese, que resume todos os resultados e conclusões.

3. RELATÓRIO DE ITÁLIA

3.1. Contexto italiano

Após o significativo processo de desinstitucionalização iniciado com o encerramento dos asilos de saúde mental, a União Europeia (UE) tem dedicado esforços à criação de redes sociais personalizadas para auxiliar indivíduos que enfrentam desafios de saúde mental. No 'Livro Verde sobre a Saúde Mental' (2005), destaca-se o papel crucial dos membros da família dentro destas redes. Segundo o relatório '*User Empowerment in mental health*' (2010) da Organização Mundial de Saúde (OMS), 95% dos cuidadores são familiares dos utentes dos serviços de saúde mental.

O 'Plano de Ação Europeu para a Saúde Mental 2013-2020' enfatiza o envolvimento crucial das famílias nos tratamentos de saúde mental e recomenda intervenções terapêuticas inovadoras, salientando a inclusividade, a acessibilidade e a partilha. Apesar destes avanços, as famílias frequentemente enfrentam isolamento e estigma. O '*European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing*' (2016) reconhece o papel fundamental das famílias nestas redes sociais, enfatizando a necessidade de intervenções direcionadas para fortalecê-las e apoiá-las.

Apesar das metodologias inovadoras desenvolvidas para responder a diversas necessidades e melhorar a integração social, os grupos multifamiliares ainda não estão amplamente difundidos. Em Itália, as intervenções dos Serviços de Saúde Mental parecem inadequadamente definidas, embora, em várias ocasiões, atividades contínuas e de apoio destinadas às famílias afetadas pelo sofrimento mental tenham sido reconhecidas como 'boas práticas'. De facto, a partir da análise dos dados relacionados com a atividade psiquiátrica territorial, contidos no Relatório de Saúde Mental publicado em 2021 pelo Ministério da Saúde, destaca-se que apenas 5% das intervenções incluem diretamente as famílias, apesar de 47% dos utentes residirem com ou estarem ligados à família (de origem ou adquirida). Do total de 5%, 4.2% dizem respeito a entrevistas com membros da família, 0.7% a reuniões informativas/psicoeducativas e apenas 0.1% correspondem a psicoterapia familiar. Note-se que as intervenções multifamiliares, onde várias famílias participam em reuniões de grupo, estão visivelmente ausentes do referido relatório, apesar da sua presença de longa data na literatura científica. No entanto, nos últimos anos, tem-se assistido a uma difusão gradual, mas constante, da cultura multifamiliar, envolvendo diversos operadores de saúde mental a níveis clínico e de formação. Exemplificando, em 2022, cinco dos dez Departamentos de Saúde Mental na Região do Lácio iniciaram cursos de formação especializada, focados em intervenções multifamiliares. Estes cursos são abertos a todos os operadores de vários serviços e aproximadamente 200 pessoas participaram. Embora estes desenvolvimentos sejam indicadores iniciais, denotam desafios significativos que são decorrentes de barreiras institucionais, culturais e ideológicas que continuam a dificultar a estabilização e estabelecimento formal de práticas multifamiliares.

Em resposta a estas observações, deu-se início ao projeto 'Grupos Multifamiliares em Saúde Mental' (FA.M.HE), em março de 2022. A sua fase inaugural envolveu a construção de um Guia Abrangente para Grupos Multifamiliares que englobasse as realidades diversas dos países parceiros: Bélgica, Itália, Portugal e Espanha. O projeto teve início com uma investigação de campo, abrangendo a criação, distribuição e análise de um questionário direcionado aos condutores de GMFs ativos, nos referidos países.

Com o questionário, procurou-se delinear a dinâmica operacional de vários GMFs nos quatro países participantes, independentemente das suas orientações teóricas ou metodológicas. O foco consistiu em delimitar as suas características, organização e disseminação, sendo o critério

principal o envolvimento de pelo menos duas gerações, incluindo indivíduos em tratamento de saúde mental.

3.2. Questionário – Características dos GMFs

3.2.1. Contexto Institucional/Organizacional

Apesar de se ter realizado um número considerável de contactos, apenas alguns profissionais de saúde responderam de forma abrangente. Dos vários contactos efetuados, foram recebidos 38 questionários, dos quais 35 foram considerados válidos e completos. Embora este número justifique uma análise minuciosa (planeada para começar numa fase subsequente), parece estar relacionado com uma relutância ou indiferença geral em partilhar experiências ativas por parte de diversos serviços ou áreas institucionais, semelhante ao verificado em inquéritos anteriores. Deste modo, parece haver uma subestimação da importância da informação no campo da saúde mental.

A maioria dos estabelecimentos envolvidos nesta investigação são de propriedade pública, representando 72% da amostra, enquanto 24% estão afiliados a entidades privadas, e os restantes 4% representam o sector privado. O tipo de assistência é principalmente ambulatorio, totalizando 84,8% do total, dividida entre Centros de Saúde Mental (61%) e Associações/Organizações Sociais Privadas (24%); 9% da assistência residencial é desenvolvida por Comunidades Terapêuticas, e 6% por alas hospitalares (Serviços de Diagnóstico e Tratamento Psiquiátrico).

3.2.2. Características

Os questionários, no seu conjunto, parecem representar as várias orientações teórico-metodológicas em Itália, de forma proporcional aos resultados de outras investigações. Especificamente, o questionário revelou quatro tipologias: Psicanálise Multifamiliar (61%), Psicoeducação (21%), Orientação Sistémica (12%), Orientação Psicodinâmica (9%), e 1 GMF categorizado como 'Outro'. A prevalência da Psicanálise Multifamiliar reflete não apenas a sua adoção eficaz em todo o país, mas também o crescente envolvimento e motivação para a investigação por parte dos condutores de GMF do Laboratório Italiano de Psicanálise Multifamiliar (LIPsiM). Notavelmente, o LIPsiM destaca-se como uma das poucas associações nacionais ativamente envolvidas na disseminação, investigação e formação no contexto multifamiliar.

3.2.3. Condução

No que diz respeito ao método de gestão, 97% dos grupos representados empregam uma abordagem baseada em equipas. Entre estes, 58% envolvem um condutor/facilitador de grupo apoiado por vários co-condutores/facilitadores, constituindo uma estrutura hierárquica, enquanto 39% têm uma estrutura de equipa não hierárquica com apenas um co-condutor/facilitador. Os psicoterapeutas constituem a maioria das equipas de gestão (93% psicólogos e 48% psiquiatras), com outros profissionais de saúde mental também sendo membros integrais (39% enfermeiros, 30% assistentes sociais, 18% educadores e 6% terapeutas de reabilitação psiquiátrica). A inclusão de vários profissionais enfatiza a necessidade de cursos de formação adaptados para praticantes não psicoterapeutas, prevendo o reconhecimento de habilitações especializadas.

A formação de psicoterapeutas dentro destas equipas está alinhada com as orientações teórico-metodológicas dos GMFs representados. A complexidade destas equipas é evidente, uma vez que os condutores possuem, entre eles, diferente formação: 45% tem formação psicanalítica, 52% em

psicodinâmica, 24% em grupanálise, 54% em terapia sistémica familiar e 36% em psicoterapia cognitivo-comportamental.

O método de supervisão, que envolve a reflexão e avaliação do trabalho por um especialista externo, ocorre em 55% dos GMFs. Grande parte desta supervisão acontece internamente, com a participação direta do supervisor no grupo (10 GMFs). Três grupos utilizam supervisão externa (modelo clássico), enquanto cinco grupos empregam ambos os métodos. Quase todos os GMFs analisados realizam intervenção/reuniões pós-grupo (93%), o que consiste noutro método de supervisão derivado da experiência analítica de grupo e sistémica familiar, destinando-se à troca impressões, emoções e reflexões dentro da equipa de gestão. Estas respostas sublinham a natureza multifacetada do funcionamento multifamiliar e a profundidade das trocas de grupo, que requerem espaços específicos para meta-reflexão e elaboração. Também destacam a necessidade de harmonizar e integrar intervenções implementadas em várias formas pela equipa de gestão.

3.2.4. Participantes

Relativamente à faixa etária, o grupo mais preponderante é o dos adultos (86%), seguido dos adolescentes (26%). Em 72% dos casos, estão presentes duas gerações, e em 27%, estão envolvidas três gerações. As relações entre o indivíduo em tratamento e o familiar participante envolvem, respetivamente, a relação filho/pai em 97% dos casos, seguidas de perto pelas dinâmicas pai/filho em 91% dos casos, e, em 66% das vezes, com outro membro da família nuclear. Estes resultados sugerem um maior ênfase no vínculo filho/pai em comparação com outras relações familiares (cônjuge, irmãos), semelhante ao que é expresso em terapias com a família nuclear.

A maioria dos GMFs está envolvida no tratamento de patologias psiquiátricas (71%). Tanto os grupos heterogéneos como os homogéneos mostram uma predominância significativa de transtornos psicóticos, numa proporção de 81% e 90%, respetivamente. Além disso, os transtornos do humor representam 74% dos casos, enquanto os transtornos de personalidade 67%. Tradicionalmente utilizadas para patologias psiquiátricas graves, as intervenções multifamiliares foram alargadas ao tratamento de adições patológicas (35%), distúrbios alimentares (26%) e distúrbios psicossomáticos (19%).

Adicionalmente, grande parte dos GMFs é aberta (79%), permitindo que os participantes entrem ou saiam a qualquer momento, com uma conseqüente variação no tamanho do grupo. Em menor quantidade, existem os grupos fechados (15%), que apresentam pontos de início e fim predeterminados e não registam mudanças na sua composição. Uma porção ainda menor (6%) corresponde a grupos *slow-open*, onde as mudanças na composição ocorrem apenas em casos específicos. Estas percentagens estão intimamente alinhadas com a presença de fases nas reuniões dos GMFs: 78% não preveem a incorporação de diferentes fases de intervenção, contrariamente a 26% dos GMFs. Este dado está provavelmente relacionado com a abordagem metodológica escolhida, que se assemelha à intervenção psicoeducativa, envolvendo fases específicas, exigindo a definição do início e do fim da intervenção, e uma composição de participantes relativamente estável. No entanto, a maioria dos grupos (86%) inclui o tratamento das pessoas em todas as fases da intervenção.

3.2.5. Estrutura e Funcionamento

Em 75% das respostas, os GMFs tipicamente consistem em grupos de tamanho médio, variando entre 10 e 30 participantes, e a participação presencial é necessária em 78% dos casos. A maioria realiza reuniões semanais (56%) ou quinzenais (37,5%), enquanto apenas 6% se reúnem mensalmente. A duração das reuniões é normalmente de 90 minutos (58%) ou 120 minutos (39%),

com apenas um grupo com duração de uma hora. Estes dados quantitativos têm potencial para gerar diretrizes operacionais, destacando fatores poderão otimizar o funcionamento dos GMFs, potencialmente constituindo um conjunto de 'boas práticas'.

No que diz respeito ao meio envolvente das sessões de GMF, as respostas sugerem uma adequação geral das instalações físicas às dimensões do grupo. Cerca de 67% ocorrem em salas multiusos e 24% em salas de atividades, com 97% dos participantes reconhecendo a sua adequação em termos de dimensões e conforto. A privacidade e a confidencialidade são garantidas em 94% dos casos, e 96% dos GMFs recorrem a um arranjo de assentos circular, essencial para promover a troca e a inclusão no contexto multifamiliar. Os aspetos tangíveis do ambiente físico, como os referidos, parecem ser cruciais para o estabelecimento de um clima de segurança e conforto, dentro das complexidades das dinâmicas multifamiliares.

A permanência dos GMFs ao longo do tempo parece ser altamente variável e está apenas parcialmente relacionada com a metodologia de referência, como no caso dos GMFs psicoeducativos. A maioria dos grupos parece não ter um fim definido, e as interrupções ou suspensões estão principalmente associadas às recentes restrições pandémicas (77%) e, em menor medida, às limitações nos recursos humanos (32%). Causas externas, como estas, não são necessariamente atribuíveis a escolhas metodológicas internas dentro dos próprios GMFs.

3.2.6. Encaminhamento

Com o último elemento do questionário, abordou-se um aspeto crucial, relacionado com a funcionalidade dos GMFs nos seus respetivos contextos. O tema do encaminhamento foi explorado, sendo um tópico fundamental que emergiu durante duas discussões de grupo paralelas, e que tem sido frequentemente destacado na literatura. A maioria das referências (82%) advém de dentro das instituições, enquanto 36% vêm de fontes externas. Estes dados podem sugerir uma forte integração dos GMFs dentro do contexto de pertença. No entanto, também podem indicar uma interação limitada com a comunidade externa mais ampla, potencialmente indicando uma falta de consciencialização ou reconhecimento desta metodologia de tratamento para além dos limites da instituição.

3.3. *Focus Groups*

3.3.1. Focus Group com condutores de GMFs

3.3.1.1. *Participantes*

Conforme o acordado entre todos os parceiros do projeto, após a conclusão da divulgação do questionário e recolha de respostas, foi organizado um *focus group* que teve como alvo uma amostra representativa de condutores envolvidos na investigação. O processo de seleção baseou-se na participação voluntária, solicitada via e-mail, de todos os colegas que haviam preenchido previamente o questionário.

3.3.1.2. *Metodologia*

A sessão com o *Focus Group* 1 ocorreu a 27 de janeiro de 2023, realizada *online* através da plataforma *Zoom*, das 9.30 às 12.30, e foi totalmente gravada. Dez colegas de um total de trinta e quatro aceitaram o convite, com nove participando da sessão; um colega enfrentou uma emergência profissional, não podendo comparecer à data especificada. A amostra selecionada representa diversas orientações teórico-metodológicas e reflete a distribuição geográfica da

generalidade dos participantes, abrangendo experiências tanto do sector público como do privado. A sessão foi mediada por um coordenador e incluiu dois observadores.

A metodologia empregue consistiu na análise SWOT, permitindo que cada participante identificasse, com base na sua própria experiência, pontos fortes e fracos dentro de sua própria realidade, e os cruzasse com oportunidades e possíveis obstáculos gerados pelo contexto externo. A análise centrou-se em três elementos significativos e comuns à maioria das experiências de GMF destacadas nos questionários:

- Participação de pelo menos duas gerações, incluindo indivíduos em tratamento de saúde mental;
- Presença de uma equipa de gestão;
- Ativação de um espaço de troca entre condutores imediatamente após a reunião do GMF (Pós-Grupo).

3.3.1.3. Resultados

Abaixo, encontra-se um resumo das descobertas de cada *focus*.

Focus 1: Participação de pelo menos duas gerações

Pontos Fortes:

- Superação de oposições defensivas, nós/vocês, pais/filhos, doentes/saudáveis;
- Comparação aumentada e possibilidade de espelhamento;
- Inclusão e sentimento de pertença.

Pontos Fracos:

- Descontinuidade na participação de todo o núcleo;
- Dificuldades na autoexpressão;
- Medo de conflitos.

Oportunidades:

- Economia de recursos (humanos e económicos);
- Canalização e redefinição de pedidos/reivindicações familiares;
- Conhecimento e partilha do modelo de intervenção.

Ameaças:

- Dificuldade de encaminhamento; preferência pelos pais em relação ao núcleo;
- Preocupações com estimulação excessiva para o 'paciente';
- Persistência da perspectiva psiquiátrica clássica, focada no indivíduo.

Focus 2: Presença de uma equipa de gestão

Pontos Fortes:

- Melhoria na gestão de trocas e maior contenção;
- Suporte mútuo, dividindo a 'carga emocional';
- Continuidade da intervenção;
- Desconstrução de projeções.

Pontos Fracos:

- Risco de desarmonia ou inconsistência;
- Potencial delegação a um único 'terapeuta'.

Oportunidades:

- Maior partilha do Projeto Terapêutico Individualizado;
- Superação do isolamento e integração entre contextos;
- Integração entre profissionais.

Ameaças:

- Falta de pessoal;
- Resistência institucional;
- Falta de conhecimento sobre o método.

Focus 3: Pós-Grupo

Pontos Fortes:

- Meta-reflexão sobre a experiência e partilha crítica de questões;
- Integração de diferentes pontos de vista;
- Verificação da consistência entre modelo e intervenção.

Pontos Fracos:

- Incapacidade de os participantes reconhecerem elementos críticos.

Oportunidades:

- Formação contínua e acreditação;
- Possibilidade de reorganização da equipa.

Ameaças:

- Dificuldade em reconhecer os Pós-Grupos como parte integrante no trabalho dos GMFs;
- Insucesso em respeitar fronteiras, e intrusões e emergências institucionais;
- Implementação limitada da prática reflexiva em outros espaços institucionais.

3.3.2. Focus Group com utentes de GMFs

3.3.2.1. *Participantes*

Foi conduzido um *focus group* composto por 10 a 15 participantes envolvidos em GMFs, com base em variadas motivações (pacientes, pais, membros da família e cuidadores). Durante esta sessão, foram versados tópicos semelhantes aos abordados no *focus group* com condutores de GMFs, de modo a possibilitar a validação dos resultados da investigação, recorrendo à comparação e ao potencial alinhamento das respostas entre os dois *focus groups*.

Para facilitar o regime presencial, foi feita uma seleção inicial, envolvendo membros dos GMFs que operam na província de Roma. Posteriormente, a amostra foi constituída através de convites feitos diretamente pelos condutores aos utentes regulares desses grupos.

3.3.2.2. *Metodologia*

O *focus group* ocorreu a 8 de fevereiro de 2023, das 09.30 às 12.30, na sede do LIPsiM, num formato presencial. Foram convidados dezoito utentes, tendo doze destes comparecido à reunião. A amostra foi representativa das diferentes figuras de utentes de GMFs que operam tanto no sector público como no privado. A sessão envolveu um coordenador e dois observadores.

De modo semelhante ao *focus group* com condutores de GMFs, a análise SWOT foi o método empregue na reunião. A análise foi conduzida usando dois dos três tópicos definidos para comparação entre condutores, considerados mais avaliáveis pelos utentes:

- Participação de pelo menos duas gerações, incluindo indivíduos em tratamento de saúde mental;
- Presença de uma equipa de gestão.

O terceiro tópico proposto à amostra de condutores/facilitadores, referente à ativação de uma sessão Pós-Grupo, mostrou-se desafiador para avaliação pelos utentes, uma vez que normalmente envolve um momento dentro da reunião multifamiliar reservado à equipa de gestão.

3.3.2.3. Resultados

Abaixo, encontra-se um resumo das descobertas de cada *focus*:

Focus 1: Participação de pelo menos duas gerações

Pontos Fortes:

- Aumento da empatia entre os membros da família;
- Facilitação do diálogo em situações normalmente desafiadoras;
- Contenção emocional;
- Oportunidades de reflexão e reconhecimento mútuo;
- Potencial para os indivíduos se reconhecerem em diferentes papéis;
- Auxílio no estabelecimento de limites parentais.

Pontos Fracos:

- Envolvimento limitado de unidades familiares completas;
- Preocupações com possíveis danos;
- Reticência na exposição diante de membros da família.

Oportunidades:

- Suporte e satisfação das necessidades das famílias;
- Menos gastos a nível económico.

Ameaças:

- Informação limitada sobre GMFs;
- Formação inadequada dos facilitadores;
- Dificuldades organizacionais dentro do serviço, que podem prejudicar a eficácia dos GMFs.

Focus 2: Presença de uma equipa de gestão

Pontos Fortes:

- Facilitação na circularidade das trocas;
- Menos diretividade durante a condução;
- Equipa de gestão como modelo para todo o grupo;
- Estímulo ao diálogo.

Pontos Fracos:

- Alto índice de rotatividade;
- Risco de fragmentação/confusão.

Oportunidades:

- Integração entre diferentes figuras profissionais;
- Menor 'personalização' da intervenção.

Ameaças:

- Falta de pessoal;
- Dificuldade em manter o compromisso devido a cargas de trabalho excessivas.

Nota adicional: No final da reunião, os participantes sugeriram organizar momentos semelhantes de troca e comparação no futuro, pois consideraram-nos benéficos para aprofundar as suas próprias experiências e aprimorar as práticas multifamiliares.

3.3.3. Conclusões dos Focus Groups

A comparação realizada entre os participantes permitiu uma exploração mais aprofundada de vários aspetos relacionados com os tópicos propostos. Embora sugeridos a partir das evidências quantitativas derivadas da análise dos resultados do questionário, tais aspetos não foram avaliados minuciosamente na sua complexidade qualitativa.

Houve consenso entre os participantes quanto à prevalência de pontos fortes, como o potencial interno, em relação a questões críticas que não são entendidas como um aspeto negativo real, como é o caso da resistência inicial à intervenção multifamiliar. Especificamente, a presença simultânea de múltiplas gerações, membros da família e utentes dos Serviços de Saúde Mental apareceu como o aspeto mais crítico durante os primeiros contactos com os GMFs. A presença de várias gerações foi considerada o elemento determinante que influencia as trocas e a atmosfera predominante do grupo, aumentando a complexidade e facilitando a concretização dos objetivos. Considerações semelhantes surgiram em relação à presença de uma equipa de gestão, que pareceu evoluir gradualmente em vez de ser um ato formal.

Mesmo entre as várias interpretações (condutor principal com facilitadores, equipa de cogestão, coordenador com observadores), os pontos fracos identificados pareceram resolver-se no decorrer da prática, em particular, em relação à distribuição de cargas emocionais e à otimização de *trade-offs*.

Quanto ao terceiro tópico direcionado aos condutores, os participantes reconheceram a importância de um momento reflexivo partilhado, relativamente à implementação da intervenção. Este momento planeado, integrado nos Grupos de Psicanálise Multifamiliar (GPMFs), garantiria a harmonização/consistência necessária da gestão implementada, de uma forma plural. Distintamente, não foram identificados elementos críticos internos relativos a este aspeto.

No que concerne aos obstáculos no contexto externo, pareceu surgir, de modo transversal, uma dificuldade cultural/ideológica em propor uma intervenção clínica que reunisse tanto membros da família quanto utentes. Este problema foi ampliado pela falta de conhecimento das experiências multifamiliares. Consequentemente, o desenho de intervenções de formação multifamiliar deve abranger ações preparatórias específicas visando a cultura e o funcionamento dos contextos institucionais.

Apesar das evidentes diferenças teórico-metodológicas que caracterizam as diversas experiências de GMF, observa-se uma forte e significativa convergência nos tópicos propostos, os quais podem ser considerados elementos característicos da experiência multifamiliar. A participação simultânea de pelo menos duas gerações, a presença de uma equipa de gestão e a ativação de momentos

reflexivos dedicados, parecem assumir o papel de boas práticas, constituindo variáveis inevitáveis no estabelecimento dos Grupos Multifamiliares.

3.4. Pesquisa Bibliográfica

Durante a pesquisa bibliográfica realizada pelo LIPsiM sobre o contexto italiano, destacaram-se as palavras-chave que produziram um melhor índice de conteúdo, tanto quantitativa quanto qualitativamente, sendo estas: Grupos Multifamiliares, Psicanálise Multifamiliar e Terapia Multifamiliar. Esta pesquisa levou à seleção de itens bibliográficos recorrentes para um primeiro índice, posteriormente dividido em duas listas (ver Apêndice 1):

1 - Bibliografia italiana: corresponde a artigos, monografias, livros e capítulos de livros. A maioria das entradas diz respeito à Psicanálise Multifamiliar, sendo o único manual operacional um texto sobre intervenção psicoeducativa multifamiliar.

2 - Bibliografia internacional traduzida para italiano: esta compilação reúne publicações estrangeiras traduzidas para italiano, consideradas particularmente representativas dos modelos de intervenção multifamiliar em Itália. Considerou-se apropriado manter estas entradas, com o objetivo de fornecer informações de forma acessível aos destinatários finais do Guia de Grupos Multifamiliares.

3.5. Conclusões

O principal objetivo da investigação 'Grupos Multifamiliares em Saúde Mental', sendo o *Intellectual Output I* do projeto, é melhorar a compreensão quanto aos diversos Grupos Multifamiliares existentes. A análise da sua difusão territorial, modelos existentes e características, está incluída neste estudo. Nesta perspetiva, o primeiro facto significativo que surgiu desta investigação diz respeito à confirmação da diferenciação da experiência multifamiliar em dois grupos principais:

1 - Encontros Multifamiliares Psicoeducativos, focados em problemas de saúde mental e na sua gestão.

2 - Encontros Multifamiliares Terapêuticos, que exploram o sofrimento psíquico dentro do contexto familiar e não apenas do indivíduo que manifesta problemas de saúde mental, procurando aprofundar e superar as dificuldades que surgem, através da contribuição de cada participante.

Um porção predominante dentro do segundo grupo corresponde aos Grupos de Psicanálise Multifamiliar (GPMF), como anteriormente descrito durante a fase de análise dos resultados. No momento, é pertinente destacar não apenas a maior difusão efetiva desta metodologia em todo o território nacional (atualmente, existem aproximadamente 60 GPMF ativos em várias regiões), mas também o trabalho contínuo de comparação, investigação e formação realizado pelo LIPsiM.

A existência de uma estrutura associativa, que oferece uma rede de apoio, estímulo e análise aprofundada dos GMFs no tratamento do sofrimento psíquico, surge como um fator crucial na disseminação e desenvolvimento adequado de uma ferramenta de intervenção tão complexa. Além disso, quanto à organização de sessões de formação adequadas para condutores/facilitadores de GPMFs (de acordo com o *Intellectual Output I* do projeto), uma ação benéfica e concordante com os objetivos do projeto poderia envolver o estabelecimento de uma estrutura associativa europeia.

Em paralelo com as práticas do LIPsiM em Itália, esse esforço forneceria suporte e plataformas *online* para tais programas.

Quanto ao *design* de cursos de formação adequados, deve-se considerar o facto dos dados do questionário e das discussões dos *focus groups* destacarem que os GMFs são, em quase todos os casos, conduzidos por uma equipa de gestão. A composição desta equipa é frequentemente heterogénea, abrangendo diferentes habilitações, papéis e experiências clínicas. Esta circunstância revela um desafio interessante na conceção de programas de formação, que devem considerar não apenas as várias dimensões da gestão, mas também a integração criativa de diversas competências exibidas por diferentes profissionais. Portanto, um aspeto crucial parece ser a definição de competências transversais essenciais para estabelecer uma equipa de gestão sólida e coerente, juntamente com a construção precisa de um *framework* teórico.

Uma característica mencionada recorrentemente no questionário sobre experiências multifamiliares é a existência de um espaço reflexivo imediatamente após a reunião do GMF. Este espaço destina-se a discussões entre os condutores, como enfatizado na análise dos dados recolhidos. Apesar de ser considerado um momento fundamental por todos os participantes e um componente essencial do trabalho multifamiliar, este espaço enfrenta numerosos obstáculos relativamente à sua salvaguarda e reconhecimento dentro do *framework* institucional. Efetivamente, a análise das respostas dadas no *focus group* com condutores de GMF destaca esta perspetiva. Embora os condutores não reconheçam nenhuma crítica interna a esta prática, mencionando apenas as suas vantagens, estes relatam uma série de obstáculos externos, atribuíveis à resistência institucional. Tais barreiras incluem o desrespeito pelos limites devido a intrusões institucionais e emergências clínicas, juntamente com falta de prontidão dos Serviços de Saúde Mental para a prática reflexiva.

Relativamente às discussões com os dois *focus groups*, confirmou-se, em ambos os grupos, a participação de pelo menos duas gerações e a inclusão de indivíduos que enfrentam maiores dificuldades nos GMFs, sendo estas características um pré-requisito para o envolvimento do GMF no estudo. Independentemente da orientação teórico-metodológica, estes elementos são predominantemente encontrados em experiências multifamiliares, muitas vezes representando aspetos importantes da intervenção. As dificuldades enfrentadas ao gerir tais aspetos são consideradas naturais, enquanto os obstáculos externos, frequentemente organizacionais ou estruturais, são atribuídos a uma genuína resistência institucional.

De forma a reforçar a compreensão e disseminação do trabalho multifamiliar, torna-se crucial considerar as dificuldades culturais/ideológicas ao iniciar intervenções clínicas que unam membros da família e utentes. Os cursos de formação em multifamiliaridade devem integrar momentos preparatórios e focados na cultura e funcionamento dos contextos de cuidados de saúde mental e de apoio. Tal intervenção informativa/formativa multifacetada abrangeria múltiplos níveis de formação, envolvendo operadores individuais, grupos de trabalho e contextos institucionais.

4. RELATÓRIO DA BÉLGICA

4.1. Contexto Belga

A Bélgica possui três línguas oficiais (o neerlandês, o francês e o alemão). O país está organizado em vários níveis de autoridade: o governo federal, os estados federados (três regiões baseadas no território e três comunidades baseadas no idioma) e as autoridades locais (províncias e municípios). A autoridade sobre o sistema de saúde é dividida entre o governo federal e os estados.

O Serviço Público Federal (SPF) de Saúde Pública é responsável pela organização e planeamento geral do sistema de saúde. A nível federal, o Instituto Nacional do Seguro de Saúde e de Incapacidade (NIHDI) administra o seguro de saúde obrigatório, através de contribuições da segurança social.

Os estados são as principais autoridades no que compete a cuidados de saúde mental, cuidados para idosos, cuidados para pessoas com deficiência, cuidados primários e domiciliários, reabilitação, promoção da saúde e prevenção de doenças. Para a cooperação entre o governo federal e os estados, são organizadas, regularmente, conferências interministeriais.

O orçamento para o seguro de saúde e as políticas de saúde é determinado durante as negociações entre os representantes das autoridades, os pacientes (via fundos de seguro de saúde), empregadores, empregados e trabalhadores independentes. Os prestadores de cuidados de saúde estão envolvidos nas decisões sobre tarifas e reembolsos de serviços médicos. Tais decisões são estabelecidas em acordos nacionais, ou acordos entre os representantes dos prestadores de cuidados de saúde e os dos fundos de seguros de saúde.

Organização dos Cuidados de Saúde Mental

Os cuidados de saúde mental na Bélgica são principalmente caracterizados por uma estrutura vertical, com os seguintes intervenientes:

- O Serviço Público Federal de Saúde Pública;
- A administração federal NIHDI;
- As administrações estaduais (Comunidades e Regiões).

Estes organismos - em cooperação com as Plataformas de Consulta dos Cuidados de Saúde Mental - são responsáveis pela gestão dos cuidados de saúde psiquiátrica, principalmente em estruturas residenciais:

- Os Hospitais Psiquiátricos (PZ);
- Os Departamentos Psiquiátricos em Hospitais Gerais (PAAZ);
- As Casas de Cuidados Psiquiátricos (PVT);
- As Iniciativas de Vida Assistida (IBW);
- Os Centros de Cuidados de Saúde Mental (CGG).

Paralelamente a estas instituições, existem várias estruturas de cuidados de saúde com um acordo com o NIHDI, tais como centros de reabilitação psicossocial e centros de crise.

Na Bélgica, a conjuntura dos cuidados de saúde mental é bastante complexa. Por exemplo, o governo federal é responsável pelo financiamento de psiquiatras e de departamentos psiquiátricos em hospitais, enquanto as Comunidades e Regiões são responsáveis pela organização e financiamento dos cuidados de saúde mental em ambulatório.

Desinstitucionalização

Como na maioria dos países industrializados, o sector da saúde mental na Bélgica passou por várias reformas desde o final do século XX. Tais reformas visaram maximizar o tratamento de pessoas com problemas de saúde mental dentro do seu próprio ambiente e estrutura social, permitindo que os pacientes permanecessem num ambiente familiar pelo maior tempo possível. Portanto, o foco foi colocado no aumento da integração dos cuidados em ambiente doméstico, ao invés de instituições psiquiátricas (desinstitucionalização).

Iniciativas Inovadoras nos Cuidados de Saúde

O artigo 107 da Lei Hospitalar é uma técnica de financiamento que permite a desativação de leitos em hospitais gerais e psiquiátricos para que os fundos, assim autorizados, sejam investidos em iniciativas de cuidados inovadores, como equipas móveis. A equipa, livre pela desativação dos leitos pode, assim, ser designada para prestação de cuidados alternativos. Na prática, estão envolvidas equipas móveis para cuidados especializados em ambiente doméstico ou a intensificação dos cuidados residenciais.

4.2. Questionário – Características dos GMFs

4.2.1. Contexto Institucional/Organizacional

O questionário foi divulgado entre 4 grupos-alvo:

O primeiro grupo consistiu em 'especialistas' em GMFs. 'Especialistas' foram definidos como investigadores que tinham publicado sobre Grupos Multifamiliares na Bélgica. Com base no estudo bibliográfico, quatro especialistas foram selecionados na Flandres e três especialistas na Valónia. Os especialistas foram abordados por e-mail com um convite para se reunirem por telefone/*Zoom*/presencialmente (em setembro de 2022) e cinco aceitaram o convite. Posteriormente, o projeto foi introduzido verbalmente, e foi solicitado que os especialistas distribuíssem uma carta de apresentação ao seu *network*. Também se averiguou a sua disposição para completar o questionário, uma vez que estivesse pronto. No mês seguinte, em outubro de 2022, os especialistas receberam um *link* para o questionário no *Google Forms*. Na Flandres, três especialistas responderam, e duas respostas vieram a partir do seu *network*. Na Valónia, foram recebidas respostas por parte de dois especialistas.

Um segundo grupo-alvo envolveu os hospitais psiquiátricos. Todos os hospitais psiquiátricos foram listados, incluindo 32 hospitais na Flandres e 26 hospitais na Valónia. Os hospitais psiquiátricos foram contactados por telefone e questionados sobre o responsável/coordenador do serviço terapêutico/psicológico dentro do hospital (em setembro de 2022). Tais gestores/coordenadores foram apresentados verbalmente ao projeto e solicitados a distribuir uma carta de apresentação à sua equipa (em outubro de 2022). Após um mês, os gestores/coordenadores foram contactados,

novamente por e-mail, com um lembrete para participar no projeto e um *link* para o questionário no *Google Forms* (em novembro de 2022). Dos 32 hospitais contactados na Flandres, 12 não responderam. Descobriu-se que 11 hospitais não tinham experiência ou conhecimentos sobre GMFs. Dois hospitais afirmaram que tinham tido um grupo no passado, mas não naquele momento - um grupo ainda preencheu um questionário. No final, um total de 16 questionários preenchidos foi recebido de 7 hospitais diferentes. Os grupos familiares na Flandres estão espalhados pelas 5 províncias. Todos os GMFs (exceto o pertencente a um consultório de grupo ambulatorio) são organizados a partir de um hospital psiquiátrico. Sete dos dezoito grupos flamengos ocorrem em cuidados residenciais, enquanto seis grupos estão localizados num departamento que oferece tanto hospital de dia/ambulatorio como cuidados residenciais. Além disso, 4 grupos possuem apenas cuidados de hospital de dia/ambulatorio. Em Bruxelas, foi encontrado 1 GMF no Hospital Geral Universitário, que ocorre num pavilhão residencial onde a terapia ambulatoria também é possível. Dos 26 hospitais da Valónia, 8 não responderam. Ademais, 9 hospitais relataram não ter experiência ou conhecimento de GMF, e 2 hospitais indicaram que não tinham tempo para participar no projeto - um destes últimos não especificou se tinham conhecimento de GMF enquanto o outro afirmou haver experiência. Em suma, 6 grupos multifamiliares foram identificados em 6 hospitais diferentes. Todos os questionários da Valónia vieram de centros psiquiátricos espalhados pelas 5 províncias. Observou-se que 3 dos 6 grupos valões ofereciam tanto cuidados ambulatorios quanto residenciais, 1 grupo oferecia apenas cuidados residenciais e 2 grupos ofereciam apenas cuidados de hospital de dia/ambulatorio.

O terceiro grupo compreendeu um total de 44 organizações profissionais, associações e instituições, listadas com base num inquérito realizado *online*. As organizações profissionais receberam um e-mail com uma breve explicação do projeto, uma carta de apresentação e um *link* para o questionário no *Google Forms* (em outubro de 2022). Além disso, foi-lhes pedido que distribuíssem esta informação aos seus membros. Nem na Flandres nem na Valónia foram recebidas respostas por parte de organizações profissionais.

O quarto grupo-alvo abrangeu em 29 organizações familiares, 16 das quais localizadas na Flandres e 13 na Valónia, encontradas através de um inquérito realizado *online*. As organizações familiares foram contactadas por telefone ou e-mail e receberam uma breve explicação do projeto. Foi-lhes enviada a carta introdutória e o *link* para o questionário no *Google Forms* (em outubro de 2022) e foram convidadas a divulgar esta informação aos seus membros. Nem na Flandres nem na Valónia foram recebidas respostas de organizações familiares.

Em conclusão, foram identificados 18 GMFs de língua neerlandesa e 6 de língua francesa.

4.2.2. Características

Na Flandres, 66.7% (12/18) dos grupos partem de uma visão sistémica. Entre estes, 27.8% (5/18) utilizam exclusivamente uma abordagem sistémica, enquanto 27.8% (5/18) combinam terapia sistémica com uma base psicoeducativa (como terapia comportamental ou o modelo Maudsley). Além disso, 11.1% (2/18) combinam uma abordagem sistémica com uma base psicanalítica (como psicodinâmica ou de Badaracco). Adicionalmente, 11.1% (2/18) dos grupos baseiam-se exclusivamente no modelo Maudsley, 5.6% (1/18) aplicam apenas psicoeducação, 5.6% (1/18) baseiam-se exclusivamente na terapia comportamental e 5.6% (1/18) seguem exclusivamente o modelo de Badaracco. Na Flandres, 83.3% (15/18) dos grupos têm objetivos psicoterapêuticos e 61.1% (11/18) pretendem oferecer psicoeducação. Em 55.6% (10/18) dos casos, o grupo espera oferecer apoio mútuo.

Na Valónia, 83.3% (5/6) dos grupos partem de uma visão terapêutica sistémica. Em 33.3% (2/6) dos casos, esta é combinada com uma base de terapia de grupo, em 33.3% (2/6) com uma visão psicoeducativa (sendo um deles de acordo com o modelo Maudsley) e em 16.7% (1/6) dos casos

com uma visão psicodinâmica. Apenas 16.7% (1/6) dos grupos trabalham exclusivamente de acordo com um modelo psicodinâmico. Na Valónia, todos os grupos indicam ser focados em fornecer apoio e autoajuda aos pares. A maioria dos grupos tem objetivos terapêuticos, exceto um, que declara explicitamente não pretender oferecer terapia. Além disso, 66.7% (4/6) dos grupos querem oferecer psicoeducação.

4.2.3. Condução

Em Flandres, 61.1% (11/18) dos grupos trabalham apenas com coterapeutas, enquanto nos restantes 38.9% (7/18) há um (ou dois) líderes de grupo. Em todos os grupos flamengos, há um psicólogo (ou pedagogo) que, em 55.6% dos casos (10/18), trabalha em conjunto com um enfermeiro. Além disso, em 33.3% (6/18) dos grupos, um assistente social está presente, em 27.8% deles (5/18) um psiquiatra, em 22.2% (4/18) um terapeuta psicomotor, e em 11.1% (2/18) dos casos, um dietista, um terapeuta criativo ou de drama, ou um especialista com experiência. Num grupo (6%), um educador participa na condução.

Na Valónia, 66.7% (4/6) dos grupos trabalham apenas com coterapeutas, enquanto nos outros 33.3% (2/6) há um líder de grupo. Na maioria dos GMFs valões (83.3% ou 5/6) o eixo central é um médico-enfermeiro, complementado, em 50% dos casos, por um psicólogo ou um educador, e em 16.7% dos casos (1/6) por um assistente social. Apenas 1 grupo (16.7% do total) é supervisionado por um único psicólogo.

Na Flandres, há 29 tipos de *background* terapêutico, sendo que 48.3% (14/29) do total são terapeutas sistêmicos, 20.7% (6/29) terapeutas cognitivo-comportamentais, 10.3% (3/29) terapeutas psicodinâmicos, 6.9% (2/29) psicanalistas, 3.4% (1/29) terapeutas de grupo, e 10.3% (3/29) constituem outros tipos de terapeutas.

Na Valónia, existem 15 tipos de *background* terapêutico, sendo 33.3% (5/15) do total terapeutas sistêmicos, 26.7% (4/15) terapeutas cognitivo-comportamentais, 13.3% (2/15) terapeutas psicodinâmicos, 13.3% (2/15) terapeutas de grupo, e 13.3% deles (2/15) outros tipos de terapeutas.

4.2.4. Participantes

O questionário visou garantir que todos os grupos acomodassem pelo menos duas gerações. Na Flandres, os pacientes estão ausentes em 11.1% (2/18) dos grupos, enquanto na Valónia, esta situação ocorre em 50% (3/6) dos grupos. A amostra de 24 GMFs pode ser categorizada em cinco grupos com base na patologia e na faixa etária:

1. Relativamente a distúrbios alimentares, todos os grupos, tanto na Valónia (1) como na Flandres (5), focam-se em adolescentes e adultos jovens.
2. No que diz respeito ao tratamento de dependências, na Flandres existem 2 grupos para adolescentes/jovens adultos e 2 grupos para adultos. Na Valónia, não foi encontrado nenhum grupo específico para o tratamento de dependências.
3. No que concerne ao tratamento de psicose, 2 dos 3 grupos na Flandres encontram-se na faixa etária de transição (dos 15 aos 30 anos). Na Valónia, não foram encontrados GMFs focados no tratamento da psicose.
4. Quanto a distúrbios afetivos, foram encontrados 1 grupo flamengo e 1 grupo valão.
5. Enquanto na Valónia os grupos heterogêneos se destinam principalmente a um público adulto (3, além de 1 grupo destinado a adolescentes/jovens adultos), na Flandres podem

ser encontrados 4 grupos heterogêneos exclusivamente dedicados a adolescentes/jovens adultos.

4.2.5. Estrutura e Funcionamento

É possível distinguir grupos de GMFs de acordo com a patologia específica a que se dedicam:

1. 25% (6/24) dos grupos focam-se em distúrbios alimentares, com 5 na Flandres e 1 na Valónia. Estes são, principalmente, grupos fechados, exceto um grupo que é *slow-open*. Entre eles, 4 grupos (3 flamengos e o valão) inspiram-se no modelo de Maudsley, fundamentado em princípios cognitivos. Estes grupos reúnem-se 8 a 10 vezes, durante um dia inteiro, e com frequência decrescente ao longo do ano. Apesar de seguirem o mesmo modelo, cada grupo varia na frequência e distribuição das sessões. Os 2 restantes grupos flamengos, que abordam questões alimentares, adotam uma perspetiva sistémica. Um reúne-se semanalmente durante dois meses, enquanto o outro se reúne quinzenalmente durante 2 a 3 horas.
2. 16.7% (4/24) constituem grupos fechados que oferecem tratamento para a dependência, estruturados em séries recorrentes de 4 a 5 sessões. As sessões têm a duração de 1.5 a 2 horas, quinzenalmente.
3. 12.5% (3/24) dos grupos centram-se no cuidado da psicose. Um grupo segue o modelo psicoeducativo de McFarlane, realizado num ambiente fechado com uma série pré-determinada de seis sessões. Estas sessões iniciam-se de forma quinzenal e, posteriormente, mensal, seguidas por um intervalo de três meses. Dois grupos são influenciados pela abordagem de Badaracco, cada um em formas distintas: um opera com um grupo fixo ao longo de quatro sessões, reunindo-se a cada três semanas (sendo as três primeiras sessões *online* e a última presencial). O outro grupo é aberto, reunindo-se durante 1.5 horas, quinzenalmente.
4. 8.3% (2/24) dos grupos centram-se no cuidado de perturbações afetivas. O grupo flamengo adota uma abordagem psicoeducativa num ambiente *slow-open*, permitindo a participação em sessões semanais com base em indicação. Quanto ao grupo valão, este é aberto, reunindo-se mensalmente, durante duas horas.
5. 29.2% (7/24) dos grupos são heterogêneos e muito diversos. Na Flandres, um grupo reúne-se trimestralmente para 'noites familiares' com um objetivo psicoeducativo. Um outro grupo *slow-open*, direcionado para diagnósticos duplos de dependência e transtornos de personalidade, reúne-se quinzenalmente durante 1.75 horas. Adicionalmente, o terceiro grupo é fechado durante seis sessões, reunindo-se quinzenalmente, e um quarto grupo é aberto e reúne-se quinzenalmente. Na Valónia, três grupos abertos partilham um perfil semelhante inspirado no trabalho de Serge Mertens de Wilmars. Estes grupos envolvem adultos, reunindo-se mensalmente, durante 2 horas. Existe outro grupo heterogêneo na Valónia em fase de formação, com a intenção de estabelecer um grupo mensal fechado.

Tanto na Flandres como na Valónia dois terços dos grupos têm um tamanho médio, enquanto os restantes 33.3% são pequenos. No entanto, um grupo na Flandres destaca-se com mais de 30 participantes. Independentemente do tamanho do GMF, os locais são adaptados para acomodar o grupo e garantir a confidencialidade. Normalmente, os participantes organizam-se em círculos concêntricos, exceto em quatro grupos de dependência flamengos e no grupo afetivo psicoeducativo, onde se sentam à mesa.

O mais antigo de todos os grupos é o grupo afetivo psicoeducativo flamengo, criado em 2000. Posteriormente, ocorreu um aumento significativo de grupos que abordam problemas alimentares, o primeiro de 2003, seguido por dois de 2007 (um valão e um flamengo). Subsequentemente, na década passada, houve um aumento gradual, com um novo grupo a formar-se a cada ano, e, atualmente, três grupos estão em fase inicial.

Em relação às interrupções, 44.4% (8/18) dos grupos na Flandres e 33.3% (2/6) na Valónia nunca enfrentaram interrupções. Por outro lado, devido à pandemia, 33.3% (6/18) dos grupos na Flandres e 66.6% (4/6) na Valónia tiveram de suspender as atividades. Além disso, 22.2% (4/18) dos grupos flamengos sofreram interrupções devido à falta de pessoal. Após o hiato, a maioria dos grupos retomou as reuniões presenciais. Todavia, um grupo solicitou o pré-registo dos participantes, e outro continuou a usar o formato *online*. Uma pequena porção, 8.3% (2/24) dos grupos, ainda não conseguiu recomeçar.

4.2.6. [Encaminhamento](#)

Nos grupos flamengos, os encaminhamentos internos são a norma exclusiva, exceto para o grupo ambulante. No entanto, nos grupos valões, há um padrão distinto: apenas um grupo se baseia exclusivamente em referências internas, enquanto os outros quatro grupos recebem tanto participantes internos quanto externos.

4.3. *Focus Groups*

4.3.1. [Focus Groups com condutores de GMFs](#)

4.3.1.1. *Participantes*

Após a conclusão da divulgação e compilação do questionário, conforme acordado na fase de definição do projeto, foi organizado um *focus group* com uma amostra representativa de condutores envolvidos na investigação. Os especialistas de cada região (francesa e neerlandesa) foram contatados por e-mail, e as datas foram agendadas com base na sua disponibilidade. O *focus group* inicial ocorreu a 10 de janeiro para os participantes de língua francesa e a 13 de janeiro de 2023 para os participantes de língua neerlandesa, cada sessão com a duração de 90 minutos. Posteriormente, foram enviados convites por correio a todos os respondentes do questionário: 18 de Flandres e 9 da Valónia. Os respondentes tiveram a liberdade de convidar colegas de GMF, resultando num grupo de 14 participantes para Flandres e 16 para Valónia, incluindo o moderador e dois observadores.

Para o subsequente *focus group* que foi estudado, envolvendo terapeutas de GMF, tanto os especialistas como os respondentes receberam convites, novamente. A sessão em idioma francês foi agendada para 20 de fevereiro, e a sessão em neerlandês para 21 de fevereiro de 2023, com a mesma duração, de 90 minutos. Os respondentes foram incentivados a convidar colegas de GMF. Adicionalmente, um especialista extra de língua francesa foi convidado para o grupo valão, e um terapeuta experiente em GMF para o grupo flamengo. Como resultado, o grupo flamengo foi composto por 13 participantes e o grupo valão consistiu em 10 participantes, incluindo o moderador e dois observadores.

4.3.1.2. *Metodologia*

Foram organizados dois *focus groups* (primeira reunião), um em cada região, e passado um intervalo de aproximadamente um mês, mais dois *focus groups* (segunda reunião), resultando num total de quatro reuniões envolvendo terapeutas de GMF (duas em neerlandês, duas em francês). Durante a primeira reunião, foi realizada uma análise SWOT com base nos resultados do questionário. Na segunda reunião, ocorreu um aprofundamento dos resultados do primeiro *focus group*. Cada *focus group* foi conduzido por um moderador externo, acompanhado por dois

observadores. As reuniões foram realizadas via *Zoom* e gravadas. Foi criada uma transcrição anonimizada das gravações e enviada aos participantes.

4.3.1.3. Resultados

Abaixo, encontram-se resumidos os resultados de cada *focus group*:

Focus Group 1: Falantes de francês, análise SWOT:

Pontos Fortes:

- Os GMFs alinham-se com uma mudança de paradigma nos cuidados de saúde mental, onde as famílias recebem a máxima atenção, juntamente com os pacientes e cuidadores;
- Os GMFs ajudam na destigmatização, facilitando conexões dentro e fora da psiquiatria, tanto para os membros da família como para outros trabalhadores sociais envolvidos;
- Os GMFs têm origem numa ética relacional, abordando preocupações em relação uns aos outros;
- Os GMFs seguem uma abordagem comunitária, criando um microcosmo que mobiliza o apoio coletivo;
- Os participantes experienciam o apoio mútuo e a solidariedade, dentro do grupo;
- Os pares muitas vezes demonstram maior abertura entre si do que para os conselheiros, resultando em menos barreiras defensivas e numa maior receptividade à aprendizagem emocional;
- Assumir um papel de ‘auxiliar’ para os outros dentro do grupo frequentemente leva a novas perspetivas sobre a situação do próprio;
- A multiplicidade de perspetivas permite que os indivíduos se reconheçam nos outros e se diferenciem dos outros. Através do processo de identificação e diferenciação, ganham perspetivas em relação às suas situações únicas;
- Os GMFs facilitam a divisão intergeracional de responsabilidades: os pais concentram-se nas suas competências parentais, enquanto os filhos se envolvem nas suas tarefas de desenvolvimento de separação/individuação;
- O diálogo trans- e intergeracional é realçado, promovendo a comunicação em tempo real.
- Existe uma ampla gama de metodologias oferecidas dentro dos GMFs:
 - Dinâmica de grupo: fechada por segurança, aberta para a diversidade;
 - Foco na patologia: homogéneo para a coesão, heterogéneo para que haja liberdade;
 - Evolução do processo: paralela para haver esperança (evolução coletiva semelhante), divergente para a fertilização cruzada (pontos de evolução diferentes);
 - Objetivos terapêuticos: diretos e claramente declarados, ou gerados indiretamente a partir do *framework* para efeitos terapêuticos.
- A terapia de GMF complementa outras formas terapêuticas, como a terapia individual, a terapia familiar individual e a terapia de grupo;
- Oferece oportunidades valiosas de aprendizagem aos profissionais.

Pontos Fracos:

- Nem tudo pode ser trabalhado em grupo: às vezes é necessário organizar reuniões familiares individuais, em paralelo;
- Dificuldade em gerir a indicação em grupos potencialmente grandes e diversos;
- Potencial para amplificação ou manifestação de culpa dentro da dinâmica do grupo;
- Variações no progresso dos participantes, como recaídas ou desenvolvimentos negativos, podem afetar adversamente os outros.

Oportunidades:

- Há um potencial papel dos GMFs nos cuidados primários.

Ameaças:

- A incorporação da cultura de GMF numa organização é um processo moroso;
- A existência de desafios organizacionais, como encontrar a localização adequada, conseguir terapeutas adicionais para os GMFs e o agendamento;
- O envolvimento eficaz das famílias na estrutura dos GMFs requer um esforço considerável.

Focus Group 2: Falantes de neerlandês, análise SWOT:

Pontos Fortes:

- Os GMFs alinham-se com a tendência atual de focar o aconselhamento psicológico tanto no paciente como no sistema, posicionando o aconselhamento como uma 'ponte' em vez de um 'muro';
- Contrariam os sentimentos de impotência dos membros da família diante da doença, promovendo um sentido de tratamento coletivo;
- Atuam como uma forma de fortalecimento, permitindo que as famílias destaquem atributos positivos umas nas outras;
- Incentivam o apoio mútuo entre pares, concedendo-lhes mais autoridade para fornecer conselhos do que os conselheiros;
- Facilitam a cura através da ligação, do reconhecimento e da partilha de experiências dentro do ambiente dos GMFs;
- Oferecem oportunidades de aprendizagem indireta através da observação de outras famílias, promovendo a introspeção e aprendizagem sobre a situação do próprio a um ritmo confortável;
- Incentivam o autocuidado e o estabelecimento de limites dentro da estrutura familiar, melhorando o alinhamento intergeracional;
- Fornecem uma plataforma para abordar dinâmicas familiares estagnadas, permitindo que os indivíduos se sintam ouvidos e compreendidos de maneiras novas por outros pais/jovens;
- Promovem a diversidade no envolvimento do paciente/segunda geração:
 - Paciente convidado, mas ausente;
 - Paciente como a parte que convida;
 - Participação da família ligada ao envolvimento do paciente;
 - Paciente aliviado que a família tenha um espaço separado onde não precisa de participar.

Pontos Fracos:

- O *timing* é crucial para a participação nos GMFs, potencialmente inadequado durante limitações de capacidade pessoal (por exemplo, durante crises ou situações avassaladoras, exposição a histórias pesadas de outros);
- Os GMFs requerem uma indicação cuidada e uma demarcação distinta de grupos (idade, estadio da doença) para o reconhecimento e a coesão, evitando a formação de imagens crónicas pelos participantes mais jovens e impedindo que participantes mais velhos enfrentem o luto pelo que já foi perdido;
- Os GMFs podem promover a comparação entre pares, levando a uma Emoção Expressa intensificada;
- O risco de exacerbar conflitos subjacentes.

Oportunidades:

- Integração dos GMFs na convenção dos psicólogos;

- A terapia de GMF oferece uma eficiência substancial em termos de custos para as instituições.

Ameaças:

- Potenciais conflitos para terapeutas que também se envolvam com pacientes ou famílias individualmente;
- Requerem pelo menos dois terapeutas, potencialmente um terceiro com base no tamanho do grupo;
- Risco associado a grupos excessivamente grandes;
- Implicações financeiras: incapacidade de cobrar ao sistema se o paciente não participar;
- Importância de relacionar os GMFs com um contexto mais amplo de saúde mental, para evitar o isolamento.

Focus Group 3: Falantes de neerlandês, análise aprofundada:

Focus 1: Lidar com diferentes pedidos de ajuda dentro de um sistema:

- Alguns lugares exigem o acordo do paciente para convidar *networks* para admissão;
- Modelos específicos empregues:
 - Psicoeducação: fornece estrutura e fases para abordar várias questões.
 - Modelo de Terapia Familiar Baseada no Apego: foco inicial no(a) vínculo/conexão/reconquista da confiança, antes de trabalhar nos sintomas;
 - Fase inicial: tornar explícitas várias perguntas pessoais de ajuda; Segunda fase: escolher uma pergunta de ajuda na qual o grupo se concentra;
 - Uso de uma 'caixa de preocupações': submissão anônima de assuntos, sorteados aleatoriamente para discussão.
- Terapia individual (familiar) como um complemento:
 - Prepara para a participação nos GMFs, eliminando resistências tanto da família como dos pacientes, e alinhando pedidos de ajuda conjuntos;
 - Decorre em paralelo com os GMFs, para abordar pedidos de ajuda excessivamente específicos da família.
- Sessões de informação para os *networks* interpretarem o *framework* dos GMFs;
- Discussões dentro dos GMFs sobre os efeitos do compromisso dos participantes.

Focus 2: Resistência ao envolvimento nos GMFs:

- Por parte de pacientes/família:
 - Acompanhamento por meio de: preparação motivacional em discussões familiares individuais, uso de técnicas não verbais durante os GMFs e solicitação de *feedback* durante discussões familiares individuais.
- O diálogo direto pode levar a tensões:
 - O uso de comunicação indireta é específico dos GMFs: pares do(a) mesmo(a) idade/papel/situação podem ajudar a responder a perguntas que ainda não são possíveis de ser respondidas com comunicação direta dentro da família.
- Por parte dos terapeutas:
 - Se certos temas não pertencem aos GMFs, por serem considerados muito pessoais ou íntimos para a discussão.

Focus 3: Necessidade de supervisão/intervisão:

- Avaliação com os participantes:
 - Através de perguntas durante os GMFs: 'Como é que experienciaram isto?';
 - Recurso a formulários de *feedback*, preenchidos pelos utentes no final da sessão.

- *Debriefing* entre os coterapeutas:
 - Para discutir ajustes e reajustes necessários para o futuro;
 - Concordância entre os coterapeutas;
 - Reconhecimento de aspetos familiares e vulneráveis pessoais.

Focus 4: Necessidades atuais dos GMFs:

- Troca de exemplos práticos, boas práticas, técnicas e exercícios;
- Reunir um número suficiente de participantes - fluxo estável;
- Lidar com filhos adultos.

Focus Group 4: Falantes de francês, análise aprofundada:

Focus 1: Lidar com diferentes pedidos de ajuda dentro de um sistema:

- Liberdade para lidar com diferentes pedidos de ajuda de diferentes membros de um sistema;
- Não há necessidade de que duas gerações estejam presentes dentro de um sistema, mas sim que duas gerações estejam presentes dentro do grupo em prol da importância das identificações inter- e transgeracionais: idade/papel/pares podem ajudar a distinguir entre os sentimentos próprios e os dos membros da família;
- O grupo como um lugar para falar sobre o significado de ter membros da família ausentes.

Focus 2: Resistência ao envolvimento nos GMFs:

- Por parte de pacientes/família:
 - O estigma associado à doença psiquiátrica/ao hospital gera vergonha e culpa:
 - A regra da 'confidencialidade' do grupo ('O que é dito dentro do grupo permanece dentro do grupo') reduz as limitações: tranquiliza as pessoas mais rapidamente;
 - Deve-se enfatizar a horizontalidade/equivalência entre paciente - família - cuidador: reunindo-se aqui como 'seres humanos'.
 - Medo de que os membros da família 'usem' os GMFs como resultado de quererem estar certos: medo de que os GMFs reforcem dinâmicas familiares;
 - Medo de se revelarem tabus ou segredos familiares;
 - A ansiedade que se sente quando não são fornecidos elementos imediatos e concretos.
- Por parte dos terapeutas:
 - Medo de forças destrutivas:
 - Escalada de agressão ou conflito que não possa ser suportada pelo grupo;
 - Uso de substâncias antes dos GMFs para estar sob influência.

Focus 3: Necessidade de supervisão/intervisão:

- *Debriefing* entre os coterapeutas:
 - 'Como é que se sentiu no início da sessão e como se sente agora?'
 - 'O que é que o comoveu? O que é que tem sido mais difícil?'
 - 'Já encontrou o seu lugar no grupo?'
 - 'Que conclusões retirou da sessão?'
- Transição do *debriefing* após o grupo para o balanço 'dentro' do grupo: encerrar a sessão com uma breve reflexão sobre as perguntas acima;
- Impacto dos GMFs no contexto mais amplo (equipa, hospital, comunidade);
- Intervisão como uma oportunidade de aprendizagem com terapeutas de diferentes GMFs.

Focus 4: Necessidades atuais dos GMFs:

- Intervisão para terapeutas de GMFs de diferentes GMFs;
- Modelo de treino de Badaracco:
 - Os GMFs não fazem parte do currículo universitário, sendo ensinados como um módulo breve no curso de Terapia Sistémica.
- Estrutura para acolher terapeutas que estão em formação para GMFs:
 - Criar uma rede de estágios;
 - Grupo aberto para receber terapeutas em formação para GMFs;
 - Compromisso mínimo: participação em 3 GMFs consecutivos.

4.3.2. Grande grupo experimental com potenciais utentes de GMFs

4.3.2.1. *Participantes*

Um grupo grande de pacientes, membros de famílias e terapeutas foi reunido no *ISPS Low Countries Study Day*, a 27 de janeiro de 2023. O grupo foi composto por 2 moderadores e 94 participantes, e realizado apenas em idioma neerlandês.

4.3.2.2. *Metodologia*

O grande grupo caracterizou-se por uma audiência mista, onde todos os participantes foram convidados a partilhar perguntas, comentários e experiências sobre os GMFs, sem guião. O grupo foi conduzido por dois investigadores. A reunião ocorreu em modo híbrido, via *Zoom*, e presencial, e foi gravada. Foi gerada uma transcrição anonimizada da gravação.

4.3.2.3. *Resultados*

Os tópicos seguintes surgiram espontaneamente:

- Mudança de mentalidade nos cuidados de saúde mental. A pergunta já não é: ‘Como podemos fazer com que a família participe?’, mas sim: ‘Como podemos participar em algo que já ocorre?’
- É importante começar com a pessoa que procurou o cuidado, que muitas vezes é a família (enquanto o paciente com psicose frequentemente recusa cuidados):
 - A família também tem direito a cuidados de saúde;
 - A família pode falar em seu nome (sobre si mesma) – o que salvaguarda o paciente;
 - O paciente também tem limites: se a psicose for entendida como a absorção de peças geracionais não processadas, então a distância é necessária para este se tornar ele mesmo;
 - A partir do contacto com parentes, podem surgir, indiretamente, questões por parte dos que recusam os cuidados de saúde.
- É importante envolver a família desde o início, ou, por outras palavras, é necessário que o conselheiro, como um ‘estranho à família’, trabalhe com o sistema como um todo, tanto com a família como com o paciente:
 - Como uma função de prevenção de uma crise/escalada/quebra de confiança;
 - Papel de confiança com a família (não precisa de violar o sigilo profissional);
 - Estar atento / em contacto;
 - Muitas vezes, a partir de um ângulo não terapêutico:
 - Enfermeiro: visita à ala, visita domiciliar;
 - Atividades: fazer coisas juntos;
 - Psicoeducação;

- Contacto entre pares: símiles ou um grupo familiar centralizado (sem pacientes);
 - Casa Soteria.
- Quais podem ser as resistências das famílias à participação em atividades terapêuticas (conversa de Diálogo Aberto, Grupo Multifamiliar)?
 - Vergonha;
 - Medo do confronto, de enfrentar algo;
 - Ter de ser vulnerável.
- A pausa, a distância e os limites não precisam de ser radicais:
 - Temporários: para que uma crise possa diminuir;
 - Distanciar-se fisicamente, e, ao mesmo tempo, manter-se uma linha aberta, de outras formas;
 - Uso de diferentes funções/papéis dentro de uma equipa interdisciplinar.
- A importância de, como conselheiro, estar em contacto com a sua própria vulnerabilidade ou peças geracionais não processadas.

4.3.3. Conclusões dos Focus Groups

Num total de quatro *focus groups* e um grande grupo experimental com potenciais utentes de GMFs, em dois idiomas nacionais (neerlandês e francês), foram contactados 5 especialistas em GMFs, além de 22 prestadores de cuidados com experiência em GMFs, e um grupo de 94 prestadores de cuidados interessados, pacientes e membros da família. Foi realizada uma análise SWOT, bem como uma análise aprofundada sobre algumas questões-chave relativas aos GMFs. Os grupos multifamiliares estão alinhados com uma mudança de paradigma nos cuidados de saúde mental, onde as famílias recebem a máxima atenção, juntamente com os pacientes e os cuidadores.

A técnica terapêutica de GMF apresenta uma extensa aplicabilidade a diversas estruturas terapêuticas, metodologias, grupos-alvo e contextos de tratamento. O seu potencial é promissor devido às seguintes oportunidades que oferece:

- Bom custo-benefício para as instituições;
- Implementação viável dos GMFs nos cuidados primários (artigo 107);
- Integração viável dos GMFs nas convenções de psicólogos.

No entanto, a implementação de GMFs enfrenta vários desafios externos:

- O estabelecimento de uma cultura de GMFs dentro de uma organização requer tempo;
- Desafios organizacionais, que incluem assegurar locais adequados, recrutar terapeutas adicionais e agendar horários convenientes para todos os participantes;
- O envolvimento das famílias requer atenção focada;
- Surgem implicações financeiras quando o paciente não participa, afetando o sistema.

Os GMFs operam a partir de uma metapsicologia e ética relacionais, abordando a psicopatologia dentro de seu contexto relacional. É promovido um espaço comunitário onde indivíduos se podem reunir, fomentando o apoio mútuo e a solidariedade. Tal ambiente contribui para a destigmatização, estendendo o seu impacto além do GMF, causando uma influência na ala, na instituição e na comunidade mais ampla.

O diálogo trans- e intergeracional é fulcral para os GMFs. Esta estrutura dá origem a diferentes tipos de relacionamentos (transmissões): conexões horizontais entre participantes (multi- e

transgeracionais), interações verticais em direção aos terapeutas e um envolvimento holístico direcionado ao grupo, como um todo.

A aprendizagem experiencial dentro dos GMFs é caracterizada por:

- Uma situação de aprendizagem *in vivo*, na qual aprender a comunicar é central;
- Um processo de aprendizagem indireto: em vez de confronto direto ou comunicação, percepções e experiências alternativas são frequentemente apresentadas através de outros pares de idade/papel/potencial. Por um lado, a multiplicidade de perspectivas permite aos participantes reconhecerem-se nos outros. Por outro lado, concede aos indivíduos a capacidade de se diferenciarem dos outros. Através deste processo de identificação e diferenciação, ganha-se uma maior percepção sobre a singularidade e a situação pessoal. Como cada participante pode desenvolver estas questões ao seu próprio ritmo, isto pode resultar numa maior abertura e receptividade à aprendizagem emocional;
- O processo de aprendizagem envolve todos os participantes: paciente, família e cuidador.

No entanto, os seguintes problemas inerentes aos GMFs merecem atenção:

- Limiar: dificuldade de participação devido à vergonha, à culpa e ao estigma entre pacientes e membros da família;
- Diversas questões de ajuda dentro do mesmo sistema, levantando questões sobre o consentimento ou recusa do paciente em relação à participação da família;
- Conteúdo sensível: crises ou assuntos desafiantes podem ser difíceis de abordar num ambiente de grupo maior, levando a potenciais desafios como segredos de família ou tabus;
- Dinâmicas: padrões familiares destrutivos podem ser reforçados dentro do grupo (aumentando a emoção expressa (EE)); diferenças na evolução dos participantes (por exemplo, devido a recaídas, evolução negativa) podem afetar negativamente outros participantes;
- Desafios organizacionais: GMFs abertos podem levar a grupos grandes e diversos sem coesão (por exemplo, os participantes jovens podem ser desencorajados por uma imagem crónica, ou participantes mais velhos podem enfrentar luto pelo que foi perdido).

Estes problemas podem ser evitados com o desenvolvimento e fortalecimento de competências específicas de GMF:

- Através da utilização de técnicas terapêuticas específicas e uma estrutura de trabalho clara, pode-se criar um clima seguro e aberto, no qual várias solicitações de ajuda podem ser atendidas. Essas técnicas podem ser usadas num *continuum*: indo de um *framework* altamente estruturado (aplicação da psicoeducação, sessões informativas, etc.), no qual o terapeuta ocupa uma posição vertical como especialista, para um *framework* focado na diversidade. Este último abrange a liberdade de participação dos membros da família na regulação da distância/proximidade, e uma audiência heterogénea, entre outros, com o terapeuta numa posição horizontal, como participante igual;
- Com o aumento da capacidade de carga dos GMFs, as sessões individuais familiares paralelas tornam-se menos necessárias: crises e temas difíceis podem ser tratados e trabalhados pelo grupo. Como resultado, o terapeuta de GMF entra menos em confusão de papéis, ao mesmo tempo que é um terapeuta individual (familiar);
- O potencial de um GMF grande e diversificado pode desenvolver-se por meio de uma equipa de terapeutas de GMF suficientemente grande.

Para o desenvolvimento de competências do terapeuta de GMF, destacam-se as seguintes necessidades:

- Educação e formação teóricas;

- Estágios clínicos, com um quadro claro para os terapeutas de GMF em formação;
- Ao invés de supervisão, é mencionada a necessidade e o valor acrescentado da intervenção, na qual terapeutas de diferentes GMFs se reúnem;
- O *debriefing* entre terapeutas de GMF após as sessões é prática recorrente, sendo nele exploradas as experiências pessoais dos terapeutas de GMF;
- Em alguns GMFs, a sessão termina com uma reflexão sobre o processo e/ou a oportunidade de *feedback* individual (através de um formulário). Isso pode fornecer aos terapeutas de GMF ferramentas para aperfeiçoar ainda mais as técnicas e metodologias.

4.4. Pesquisa Bibliográfica

Na Bélgica, o *focus* foi conduzido nos idiomas francês e neerlandês (consulte o Apêndice 2 para o francês e o Apêndice 3 para o neerlandês), excluindo o alemão.

Relativamente à língua francesa, o *focus* incluiu a Valónia (Bélgica) e França, excluindo outros países de língua francesa. No que concerne à língua neerlandesa, foi dada ênfase à Flandres (Bélgica) e aos Países Baixos, excluindo outros países de língua neerlandesa. Na pesquisa feita em francês, termos como 'Thérapie Multi-Famille (TMF)', 'Thérapie Multi-Familiale', 'Le Groupe Multifamilial (GMF)', 'La Consultation Multi-Familiale (CMF)', e 'La Thérapie Sociale Multi-Familiale (TSM)' foram utilizados. Foram recolhidos artigos, monografias, livros e capítulos de livros, e teses de doutoramento da Bélgica, França, Canadá e Suíça.

Respetivamente à pesquisa em neerlandês, foram utilizados termos como 'Multiloog', 'Meergezinsbehandeling', 'Groepsgezinstherapie' e 'Familiëdiscussiegroep'. Recolheram-se, da Bélgica e dos Países Baixos, artigos, monografias, livros e capítulos de livros, e teses de doutoramento. Note-se que muitas publicações de neerlandeses foram escritas em inglês, logo, tais referências foram incluídas na pesquisa bibliográfica internacional conduzida pelos colegas italianos (ver Apêndice 6).

4.5. Conclusões

O objetivo principal da investigação 'Grupos Multifamiliares em Saúde Mental', como *Intellectual Output I* do projeto, é aumentar o conhecimento sobre os diversos Grupos Multifamiliares no campo da saúde mental. O foco incide sobre a sua difusão territorial, os diferentes modelos existentes e as suas características específicas.

Na Bélgica, 24 grupos multifamiliares estão distribuídos por todas as províncias, principalmente afiliados a hospitais psiquiátricos. Os terapeutas de GMF adotam, predominantemente, uma abordagem de terapia sistémica. Regularmente, esta é complementada por perspetivas cognitivas ou psicoeducativas, enquanto uma fração menor apresenta uma visão psicanalítica. Embora todos os grupos mencionem organizar supervisão entre pares, a supervisão não realmente é implementada.

Observam-se diferenças notórias entre Flandres e Valónia. Na Flandres, as sessões de GMF são sempre supervisionadas por um psicólogo, frequentemente em conjunto com um enfermeiro. Por outro lado, na Valónia, as sessões de GMF são geralmente conduzidas pela dupla médico/enfermeiro. Além disso, na Flandres, o trabalho é muitas vezes focado numa patologia homogénea e frequentemente com um público adolescente. Por exemplo, grupos que lidam com distúrbios alimentares aplicam o modelo Maudsley, enquanto nos cuidados relativos à psicose é empregue o modelo McFarlane ou Badaracco, e nos cuidados relativos à dependência implementa-

se o modelo psicoeducativo. Em contraste, a Valónia tende a ter grupos mais heterogéneos voltados para adultos, seguindo a metodologia delineada por Serge Mertens. Note-se que todos os grupos flamengos dependem exclusivamente de encaminhamentos internos, enquanto na Valónia, a maioria dos grupos aceita encaminhamentos tanto internos quanto externos.

A ideia de que os GMFs estão alinhados com uma mudança de paradigma nos cuidados de saúde mental, onde as famílias recebem a máxima atenção ao lado dos pacientes e cuidadores, é consensual entre condutores, participantes e familiares. Os GMFs partem de uma meta-psicologia e ética relacional: a psicopatologia é abordada dentro do seu contexto relacional. Os Grupos Multifamiliares criam uma comunidade onde as pessoas podem encontrar-se, experienciar apoio mútuo e solidariedade. Deste modo, têm um efeito anti-estigmatizante, estendendo sua influência além da esfera imediata dos GMFs para impactar alas, instituições e a comunidade mais ampla.

A terapia com grupos multifamiliares, enquanto técnica terapêutica, exibe uma ampla aplicabilidade em diversos quadros terapêuticos, metodologias, grupos-alvo e contextos de tratamento. Notoriamente, as sessões de GMF são muitas vezes conduzidas por cuidadores com diferentes formações. As dificuldades externas enfrentadas na implementação de encontros de GMF são principalmente organizacionais.

Apesar das diversas experiências, existem muitas competências que todos os terapeutas de GMF parecem partilhar. Para o desenvolvimento de competências por parte destes, destacam-se as seguintes necessidades:

- Educação e formação teóricas;
- Estágios clínicos, com um quadro claro para os terapeutas de GMF em formação;
- Ao invés de supervisão, é mencionada a necessidade e o valor acrescentado da intervisão, na qual terapeutas de GMF de diferentes GMFs se reúnem;
- O *debriefing* entre terapeutas de GMF após as sessões é prática recorrente, sendo exploradas as experiências pessoais dos terapeutas de GMF;
- Em alguns GMFs, a sessão termina com uma reflexão sobre o processo e/ou a oportunidade de *feedback* individual (através de um formulário). Isso pode fornecer aos terapeutas de GMF ferramentas para aperfeiçoar ainda mais as técnicas e metodologias.

5. RELATÓRIO DE ESPANHA

5.1. Contexto Espanhol

Os Grupos Multifamiliares (GMFs) foram introduzidos em Espanha no final de 1984, no município de Guecho, perto de Bilbao, na província de Vizcaya. Esta iniciativa teve lugar num Hospital de Dia num Centro Experimental (Consortio Uribe Costa de Salud Mental), onde tratamentos inovadores, especialmente os concebidos por García Badaracco para instituições de saúde mental (Comunidade de Estrutura Psicanalítica Terapêutica Multifamiliar e Psicanálise Multifamiliar¹), foram implementados. Graças à colaboração entre a Fundação Basca para a Investigação em Saúde Mental (OMIE) em Bilbao e o Instituto de Psicanálise Multifamiliar em Buenos Aires, esta abordagem foi difundida em Espanha e reuniu múltiplas famílias. Nos últimos anos, tem havido uma proliferação de tais grupos, com várias orientações teóricas, em diferentes países europeus. O projeto 'Grupos Multifamiliares em Saúde Mental' (FA.M.HE) está ativamente envolvido na construção de um 'Guia de Grupos Multifamiliares' com base nas experiências dos países parceiros do projeto: Itália, Bélgica, Portugal e Espanha.

5.2. Questionário – Características dos GMFs

5.2.1. Contexto Institucional/Organizacional

O questionário foi distribuído por várias associações com experiência em GMFs, tais como a Associação de Psicoterapia Psicanalítica de Casais, Família e Grupo Multifamiliar (APyF), o Centro de Estudos Jorge García Badaracco, a Associação Basca de Saúde Mental (OME-AEN), o Grupo Multifamiliar do *Google* e 38 coordenadores de GMFs pertencentes a instituições públicas ou privadas. Uma segunda área-alvo incluiu 5 associações profissionais (psiquiatras, psicólogos, psicanalistas, etc.), 14 associações sociais e 424 associações de familiares de pessoas com doença mental. Por fim, o questionário também foi divulgado em hospitais públicos e privados e centros de ambulatório (hospitais de dia, comunidades terapêuticas, centros de saúde mental, clínicas ambulatórias com cuidados psiquiátricos).

Após vários contactos com condutores/coordenadores de GMFs, foram recebidos 28 formulários, alguns dos quais preenchidos por profissionais responsáveis por diversos GMFs. Após a revisão individual dos formulários, observou-se a existência de erros na compreensão de algumas perguntas, o que afetou os resultados percentuais. Para resolver o equívoco, foram feitas correções com colaboração dos coordenadores/condutores, por contacto telefónico.

Quanto à distribuição geográfica, verificou-se uma concentração irregular de GMFs, com uma alta concentração em algumas províncias e ausência na maioria. Nove GMFs foram encontrados em Madrid (4 na comunidade e 5 na cidade de Madrid), 9 GMFs em Biscaia (6 em Bilbao e 3 em Guecho), 2 GMFs em Granada (1 na província e 1 na capital), 2 GMFs em Barcelona (cidade), 2

¹ Jorge García Badaracco (1990) *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*. Tecnipublicaciones. Madrid, Espanha.

GMFs em Elche (1 na cidade e 1 *online* para a comunidade), 1 GMF em Málaga (Marbella), 1 em Navarra (Pamplona) e 1 em Alicante (cidade).

Em Espanha, observa-se que, num total de 50 províncias e 2 cidades autónomas, os GMFs encontram-se em apenas 8 províncias, apesar de haver evidência para a existência de GMFs noutras províncias. De acordo com os profissionais, este desequilíbrio na distribuição territorial é atribuído ao interesse limitado das instituições em incorporar este recurso terapêutico, por motivos ideológicos. A maioria das instituições tende a privilegiar uma orientação biomédica, baseada na psicologia cognitivo-comportamental, que exclui o pensamento psicanalítico. Além disso, durante a *debriefing* dos *focus groups*, os participantes observaram que o número real de GMFs é muito maior comparativamente aos 28 que responderam ao questionário, estimando a existência de cerca de 60 GMFs. Estes mostraram não ter a certeza sobre os motivos da ausência de muitos colegas, porque a maioria participa no Grupo do *Google* sobre GMFs, onde a informação foi partilhada. Quanto à estrutura administrativa das instituições/organizações que conduzem os GMFs, existe um equilíbrio entre entidades públicas (46%) e privadas (54%). Relativamente ao tipo de serviço e de cuidados, a maioria são instituições que oferecem cuidados ambulatoriais (26 em 28), como Centros de Saúde Mental, Centros Sociais, Hospitais de Dia e Consultas Privadas. Apenas duas instituições que oferecem serviços residenciais (Hospitais) foram mencionadas.

5.2.2. Características

Em Espanha, a orientação teórica e metodológica dos GMFs está principalmente alinhada com o quadro de Psicanálise Multifamiliar desenvolvido por J. García Badaracco (89%). Em 64% dos casos (18 em 25), este modelo é a referência exclusiva, enquanto em 25% (7 em 25) é combinado com outras orientações, como a sistémica, a psicodinâmica, a interfamiliar, e a de grupo operativo, entre outras. O quadro teórico Interfamiliar foi mencionado como a única opção em 3 respostas. Note-se que, mesmo que a Psicanálise Multifamiliar seja o modelo dominante, pode implicitamente incorporar elementos de outras abordagens psicanalíticas e de outras matérias.

5.2.3. Condução

No que se refere à formação académica dos respondentes, 57% são psiquiatras, 43% são psicólogos e 7% trabalhadores sociais. Todos os grupos integram intervenções psicoterapêuticas, combinadas com outros tipos de intervenções, como grupos de apoio (50%), psicoeducativas (21%), aconselhamento (21%) e autoajuda (11%). Estas proporções podem ser atribuídas ao foco no campo da Saúde Mental por parte maioria das instituições/organizações.

A equipa responsável pela realização das sessões é composta por vários membros de equipas multidisciplinares de profissionais de saúde mental. A liderança pode ser assumida por um ou dois indivíduos e inclui coterapia. Alguns grupos incluem 'observadores' que documentam as atividades da sessão e posteriormente partilham as suas observações durante reuniões pós-grupo, o que constitui uma valiosa ferramenta de aprendizagem. No que concerne às habilitações dos profissionais envolvidos nos GMFs, há uma presença predominante de psicólogos (85%) e psiquiatras (79%). Seguem-se outras formações com 35% sendo enfermeiros, 28% assistentes sociais e 35% representando várias especialidades educacionais e sociais.

Relativamente à formação da equipa condutora, evidencia-se uma gama diversificada de experiência psicoterapêutica, com a prevalência de terapias baseadas na psicanálise (80%). Estas incluem a psicanálise multifamiliar, a grupanalise, as terapias psicodinâmicas, os grupos operativos, etc. Além disso, em 12 GMFs, observa-se um enquadramento teórico familiar sistémico, e em 4 GMFs abordagens cognitivo-comportamentais. Este padrão destaca a eficácia das terapias enraizadas na psicanálise na compreensão dos fenómenos familiares e de grupo.

Quanto à composição da equipa condutora, é digno de nota que 35% operam com um único líder de grupo ao lado de coterapeutas, 21% colaboram com diferentes líderes de grupo em coterapia, e 35% envolvem-se em coterapia sem um líder de grupo designado. Em termos de supervisão, 43% preferem a supervisão interna e 25% privilegiam a supervisão externa. Em 10% dos casos, ambas as formas de supervisão são empregues, enquanto 43% dos GMFs não passam por qualquer espécie de supervisão.

Todos os GMFs realizam intervisão (96%), exceto somente um. Este tipo de supervisão alinha-se com uma tradição na coterapia psicanalítica de grupo e familiar onde os profissionais envolvidos se reúnem após a sessão para trocar impressões sobre o desenvolvimento da mesma. Este método serve como uma alternativa à supervisão de tarefas.

5.2.4. [Participantes](#)

Em 64% dos GMFs, não existe um intervalo de idades específico, abrangendo participantes dos 16 anos à terceira idade. Pelo contrário, 36% dos GMFs delimitam um grupo etário específico para os participantes, com uma parte substancial consistindo em grupos de adultos (32%) e 8% compreendendo grupos de adolescentes e crianças. Note-se que algumas respostas indicam potenciais interpretações erradas quanto ao grupo etário específico dos participantes.

Em termos da composição geracional, a maioria envolve duas gerações (70%), enquanto 30% envolvem três gerações, demonstrando a diversidade dos participantes.

Relativamente ao tipo de ligação entre os indivíduos em tratamento e os seus familiares, destaca-se a prevalência de relações paterno-filiais (100%), seguidas por relações fraternas (93%). Em menor medida, outros membros da família nuclear estão envolvidos (57%), juntamente com participantes da família extensa (64%) e parentes próximos (37%). Esta observação enfatiza a profunda dedicação das famílias aos indivíduos em tratamento. Os laços emocionais, caracterizados por interdependências, frequentemente impedem a autonomia e o desenvolvimento das crianças. No entanto, o envolvimento das famílias no processo de tratamento é crucial para lidar com situações que aprisionam as crianças e geram sofrimento intenso.

Dentro dos grupos heterogéneos, observa-se uma ampla variedade de patologias, com destaque para distúrbios afetivos (85%) e distúrbios de personalidade (81%). Seguem-se de perto os distúrbios psicóticos (73%), distúrbios de ansiedade (73%), distúrbios psicossomáticos (61%), distúrbios alimentares (58%), distúrbios de stress pós-traumático (50%), distúrbios aditivos (39%), distúrbios obsessivo-compulsivos (69%), e patologias não psiquiátricas (27%). Além disso, outras patologias estão incluídas (27%). O amplo espectro de condições clínicas, abrangendo todo o espectro de doenças psiquiátricas, evidencia que os problemas subjacentes, relacionados com conexões interpessoais (interdependências), existem em qualquer patologia. Abordar tais questões é essencial para melhorar o bem-estar das famílias, indo além dos diagnósticos psicopatológicos.

No que concerne aos GMFs homogéneos, observa-se que estes são limitados, uma vez que mesmo os grupos categorizados pela idade do paciente (por exemplo, famílias com adolescentes ou crianças) exibem diversas patologias. É de notar que foram identificados apenas dois grupos especificamente centrados numa única patologia (1 GMF focado em psicose e outro em comportamento violento).

5.2.5. [Estrutura e Funcionamento](#)

Quanto ao tipo de grupo, observa-se uma distribuição quase igual entre grupos abertos (50%) e grupos *slow-open* (46%), com apenas um grupo fechado (4%). Esta distribuição justifica-se com o facto de os grupos de tamanho médio ou grande tenderem a persistir mais ao longo do tempo, permitindo que as famílias entrem e saiam conforme suas necessidades. Os grupos *slow-open* também tendem a prevalecer mais no tempo, uma vez que apresentam uma incorporação mais medida e regulada das famílias. Com base na investigação e nas clarificações subsequentes, fica elucidado que a duração de todos os grupos é indefinida (100%). Uma vez estabelecidos, estes institucionalizam-se e perduram no tempo, sustentados pelo compromisso contínuo das famílias.

Em relação à frequência dos encontros, a maioria dos GMFs reúne-se quinzenalmente (39%), seguida por semanalmente (32%) e mensalmente (29%). Geralmente, a frequência depende da disponibilidade dos profissionais e das políticas da instituição. Dos entrevistados, 30% indicaram inicialmente que trabalhavam com fases de desenvolvimento. No entanto, um esclarecimento durante contactos telefónicos subsequentes revelou que apenas um grupo opera em fases. Quanto ao tempo de duração das sessões de GMF, este varia entre 60 e 120 minutos. Geralmente, os GMFs levam 90 minutos (71%), seguidos por outros que demoram 75 minutos (14%), 11% duram 20 minutos e um grupo conduz sessões por 60 minutos. A duração da sessão é usualmente influenciada pela disponibilidade dos terapeutas.

Relativamente ao horário dos GMFs, 82% dos grupos são conduzidos em horário diurno e 18% em horário noturno. A existência de GMFs a decorrer durante a noite deve-se à variabilidade dos horários dos membros da equipa. Em 94% dos GMFs, estão representadas pelo menos duas gerações. Os casos de não participação estão associados à facultatividade da participação e a situações específicas que impedem a presença. Em relação ao tamanho do grupo, 64% estão na categoria média (com até 30 participantes), enquanto 36% são considerados grandes (com mais de 30 participantes). Esta distribuição é influenciada principalmente pelas características do local onde estes grupos são realizados e pelo fluxo de famílias participantes.

Em relação ao espaço usado durante a sessão, 70% dos GMFs utilizam salas multiusos, enquanto outros fazem uso de vários espaços disponíveis, como salas de psicoterapia (14%), salas de atividades (1%), e 1 grupo é conduzido *online*. A maioria afirma que as salas são acusticamente adequadas (96%) e que têm capacidade para acomodar todos os participantes (100%). Apenas uma sala é relatada como não adequada. As condições de privacidade e confidencialidade são consideradas ideais em todas as respostas, garantindo-se a proteção da privacidade dos participantes. O arranjo predominante dos lugares é em círculo único (85%), enquanto, em alguns casos, os participantes são sentados em círculos concêntricos com base no tamanho da sala e no número de participantes (19%). Outras disposições são consideradas irrelevantes.

Antes da pandemia, todos os GMFs eram conduzidos de forma presencial (100%). Na era pós-COVID, com o alívio das restrições associadas à pandemia, 82% dos grupos retomaram as sessões presenciais, marcando um declínio na modalidade *online* para 19% dos grupos que temporariamente substituíram várias sessões presenciais. Ademais, 11% dos grupos continuaram com uma modalidade mista. Em relação à existência e continuidade dos grupos ao longo dos anos, é digno de nota que estes operam sem uma data de término predeterminada. A duração varia de 38 anos (remontando ao primeiro grupo do tipo em Guecho, em 1984) a 1 ano (para o grupo mais recente). O número substancial de anos e a experiência acumulada validam a eficácia deste recurso terapêutico.

Ao longo da sua existência, a maioria dos grupos sofreu interrupções (64%), enquanto 35% conseguiram manter a continuidade adotando a modalidade *online*. As razões para as interrupções foram atribuídas principalmente à pandemia (89%), ou, ocasionalmente, a motivos institucionais (1%). A duração das interrupções alinhou-se amplamente com o período de restrições pandémicas, variando entre 7 meses e aproximadamente 2 anos. Aqueles que prosseguiram no modo *online* experienciaram uma breve pausa de 2 meses durante o verão.

5.2.6. Encaminhamento

A maioria dos pacientes e famílias (93%) são encaminhados internamente pela instituição. Alguns GMFs recebem exclusivamente participantes de fora da organização, enquanto outros têm uma mistura de encaminhamentos internos e externos. Este padrão indica uma receção positiva no contexto organizacional e um reconhecimento relativo para além da instituição.

Por fim, observa-se uma semelhança nas respostas qualitativas e uma variação nos aspetos formais das ações dos grupos (respostas quantitativas). As semelhanças nos métodos de trabalho podem ser atribuídas à influência fundacional de García Badaracco no desenvolvimento desta abordagem em Espanha. Partindo das experiências iniciais em Guecho (Vizcaya) e Elche, estes métodos foram difundidos por uma área significativa. As variações nos aspetos formais estão alinhadas com as características das instituições e as possibilidades práticas de condução dos grupos (como localização, disponibilidade de profissionais, etc.). Sem dúvida, a pandemia alterou significativamente a forma de operar dos grupos, passando da participação presencial para a *online*. A tendência corrente indica o regresso da participação presencial.

5.3. *Focus Groups*

5.3.1. Focus Group com condutores de GMFs

5.3.1.1. *Participantes*

Após o preenchimento dos questionários, foi organizado um *focus group* centrado nas respostas. Quatorze dos 23 profissionais convidados participaram nesta fase da investigação, com os demais indivíduos ausentes devido a compromissos profissionais.

5.3.1.2. *Metodologia*

O *focus group* ocorreu através de uma videoconferência, a 6 de fevereiro de 2023, das 16.00 às 18.30, através da plataforma *Zoom*. A sessão foi gravada com o consentimento explícito de todos os participantes. A reunião foi facilitada por um coordenador e um observador.

A amostra incluiu profissionais envolvidos em GMF, baseados nas ideias e experiências defendidas pela Psicanálise Multifamiliar (J. García Badaracco). Estes profissionais enriqueceram a sua prática com outras contribuições teóricas (Grupanálise, Teoria Geral de Sistemas, Teoria do Apego, Diálogo Aberto, etc.). A uniformidade no quadro teórico básico é atribuída à expansão dos grupos multifamiliares em Espanha, a partir da experiência inaugural em Bilbao (Vizcaya), em novembro de 1984. Esta expansão continuou através da divulgação de cursos oferecidos pela Fundação Basca para a Investigação em Saúde Mental (OMIE) e pelo Instituto de Psicanálise Multifamiliar em Buenos Aires. Ao longo das duas últimas décadas, mais de 600 profissionais espanhóis (Mires e Pires) receberam formação para esta abordagem.

De forma a avaliar este método com base na vasta experiência dos condutores/coordenadores envolvidos na área, recorreu-se à análise SWOT. Esta permitiu analisar os pontos fortes e fracos do método, bem como as oportunidades que traz e as suas potenciais ameaças.

A discussão centrou-se em três tópicos, alinhando-se com as respostas qualitativas do questionário:

- Participação de duas ou mais gerações, abrangendo indivíduos em tratamento psiquiátrico;

- Funcionamento da equipa condutora do Grupo Multifamiliar;
- Troca de informação entre condutores após a sessão (pós-grupo).

Uma nota preliminar: Os participantes referem a importância do clima emocional, um aspeto não abordado explicitamente no questionário, e do tipo de intervenção, dando primazia à 'conversa' e não a interpretações que pretendam desvendar o inconsciente.

5.3.1.3. Resultados

Obtiveram-se os seguintes resultados:

Focus 1: A participação de pelo menos duas gerações.

Pontos Fortes:

No que concerne à participação de duas ou mais gerações, a maioria dos condutores/coordenadores concorda que uma força notória dos GMFs reside na sua dinâmica distinta e enriquecida, em comparação a grupos que integram exclusivamente familiares sem pacientes. Nestes últimos grupos, que são geralmente psicoeducativos, o foco tende a ser a doença do 'ausente', ou seja, dos pacientes designados, contribuindo inadvertidamente para a estigmatização da doença mental. Em contraste, nos GMFs em que duas ou mais gerações estão envolvidas, as relações tóxicas (interdependências patogénicas) nas quais os membros da família estão 'presos' tornam-se claras. Isso permite uma exploração aprofundada e trabalho sobre essas dinâmicas familiares complexas.

Também se observa que a participação de várias gerações diversifica os modelos familiares, contribuindo para a quebra de estereótipos estabelecidos. É observado que grupos de tamanho médio e grande apresentam maior resiliência emocional, facilitando a abordagem de situações mais desafiadoras e traumáticas.

Pontos Fracos:

Os profissionais destacam a falta de continuidade na participação de toda a família e os comportamentos disruptivos exibidos por certos membros, que assustam outros participantes.

Oportunidades:

Os profissionais identificam o potencial para poupar recursos humanos e económicos. Além disso, enfatizam que uma maior disseminação dos Grupos Multifamiliares poderia estender os seus benefícios a um número maior de pessoas.

Ameaças:

As ameaças identificadas relacionam-se com a falta de consciência sobre o potencial terapêutico deste recurso entre os colegas e administradores de saúde mental. Esta falta de consciência é atribuída a uma influência predominante de outros modelos centrados no indivíduo, particularmente no âmbito da psiquiatria clássica.

Focus 2: Presença de uma equipa de gestão

Pontos Fortes:

Relativamente ao desempenho na condução de GMFs, os profissionais concordam que a força reside no trabalho em equipa e na coterapia. Esta abordagem colaborativa permite a partilha do 'fardo emocional' decorrente de casos desafiantes dentro do grupo, especialmente quando surgem situações traumáticas. O apoio mútuo entre os membros da equipa contribui para uma 'contenção' aprimorada das ansiedades e promove a criação de um clima emocional caracterizado por confiança e segurança.

Pontos Fracos:

As equipas podem sofrer perda de coerência, levando a rivalidades internas e lutas. Outro fator negativo é a dependência numa abordagem de liderança singular.

Oportunidades:

No que concerne às oportunidades apresentadas pela liderança partilhada, reconhece-se a diversidade de perspetivas trazidas pelos profissionais. Esta diversidade pode ser integrada num todo coeso, contribuindo para o processo terapêutico e, potencialmente, superando controvérsias associadas a diferentes orientações psicoterapêuticas.

Ameaças:

A ameaça a este modo de trabalho frequentemente surge de desafios como escassez de pessoal, entendimento inadequado deste recurso terapêutico e falta de investigação nesta área. Estes fatores contribuem para a resistência entre os profissionais e as instituições.

Focus 3: Pós-Grupo

Pontos Fortes:

A força da troca pós-grupo é destacada pelos profissionais que concordam com a importância da intervenção ou supervisão interna/externa. A sessão pós-grupo facilita uma reflexão imediata e 'quente' sobre diversos aspetos, incluindo dinâmicas de grupo, clima emocional, temas emergentes, envolvimento da equipa de liderança e natureza das intervenções. Esta troca de ideias também permite a integração de diversos pontos de vista dos membros da equipa e fornece uma plataforma para abordar as emoções sentidas pelos membros da equipa.

Pontos Fracos:

A existência de pontos de vista diferentes e de potenciais desentendimentos em relação aos tópicos discutidos. Isto pode ser causado pela falta de um modelo de integração unificado e a ausência de críticas construtivas.

Oportunidades:

Os profissionais reconhecem o potencial para uma reflexão contínua sobre a tarefa, enfatizando a necessidade de formação contínua. Além disso, o cenário pós-grupo oferece uma oportunidade para um trabalho especial na equipa de condução.

Ameaças:

As ameaças frequentemente correspondem à pressão de comparecimento e à falta de uma prática reflexiva habitual dentro das instituições.

5.3.2. Focus Group com utentes de GMFs

5.3.2.1. Participantes

A reunião presencial ocorreu com o GMF do Hospital de Dia do Centro de Saúde Mental Uribe Costa, na Sala de Cultura da Cidade de Guecho. Este GMF foi inicialmente criado por uma equipa de 5 elementos (3 psiquiatras, 1 psicólogo e 1 enfermeiro), em novembro de 1984, no Centro de Saúde Mental e, devido ao aumento substancial de participantes, foi mudado, há alguns anos para a Sala de Cultura. O grupo continua a reunir-se às segundas-feiras, das 12.30 às 14.00. É importante destacar que este grupo possui um significado histórico elevado, sendo o primeiro do seu tipo realizado em Espanha e na Europa, de acordo com alguns autores, e seguindo o modelo de García Badaracco (Psicanálise Multifamiliar).

5.3.2.2. Metodologia

Considerou-se apropriado conduzir este *focus group* dentro de um Grupo Multifamiliar (GMF) em atividade plena. A sessão ocorreu a 6 de fevereiro de 2023, no local habitual, no dia e horário acima mencionados. Solicitou-se o consentimento dos participantes para responder às perguntas. Aproximadamente 60 a 70 indivíduos frequentam regularmente este grupo, facilitado por um condutor, um co-condutor e vários psicólogos no ativo. Todas as sessões do grupo foram gravadas com o consentimento explícito de todos os participantes.

Foram colocadas três questões:

- Quais foram as suas expectativas depois de ter sido convidado para participar no GMF e que benefícios obteve ao comparecer?
- O que entende por doença mental? Como é que acha que os GMFs podem contribuir para a melhoria da saúde mental?
- As mudanças na família estão relacionadas com melhorias na situação familiar?

5.3.2.3. Resultados

Focus 1: Quais foram as suas expectativas depois de ter sido convidado para participar no GMF e que benefícios obteve ao comparecer?

Os 10 participantes que responderam a esta pergunta expressaram que tinham chegado ao grupo com um sentimento de desesperança, influenciado por tratamentos anteriores que transmitiam a noção de incurabilidade e que eram focados principalmente a medicação. Estes indivíduos traziam concepções erradas sobre a doença, carecendo da consciência do papel crucial da família - tanto nos seus aspetos negativos -, como contribuinte para o sentimento de incompreensão do membro doente e para o seu impasse aparente -, como nos seus aspetos positivos, - como participante ativo no processo de tratamento, ao reconhecer desafios e obter uma perspetiva diferente da sua situação.

Os participantes destacaram os benefícios que obtiveram, incluindo uma maior compreensão face aos comportamentos considerados 'doentios', maior tolerância à diversidade e uma consciência mais aguçada do seu envolvimento em situações relacionais. A perspetiva de cura também foi mencionada como um aspeto positivo. Por outro lado, a não-participação foi atribuída a questões relacionadas com o horário de trabalho e a desafios pessoais que impediram a confrontação de situações difíceis.

Focus 2: O que entende por doença mental? Como é que acha que os GMFs podem contribuir para a melhoria da saúde mental?

Quanto à segunda pergunta, os participantes discutiram o 'tabu' em torno da doença mental e o estigma social que acarreta. Um participante exprimiu: 'O diagnóstico é um peso'. O processo de 'universalizar' problemas e partilhar preocupações e ansiedades permitiu-lhes navegar por situações muito desafiadoras, proporcionando o alívio do sofrimento familiar. Alguns participantes observaram que o grupo contribuiu para o seu crescimento pessoal, tornando-os indivíduos mais compreensivos, fomentando a tolerância a diferentes perspetivas e aumentando o seu apoio a outros que enfrentam angústias. Os participantes também consideraram o acesso a este recurso público um 'privilégio'. No entanto, destacaram aspetos negativos, incluindo a perceção de 'perda' de tempo ao descobrir este tratamento após um sofrimento prolongado e a divulgação limitada do método, que poderia beneficiar um número maior de pessoas.

Focus 3: As mudanças na família estão relacionadas com melhorias na situação familiar?

Com esta pergunta, averiguou-se se os participantes tinham notado mudanças no relacionamento familiar que tenham contribuído para a melhoria tanto da situação familiar, como do paciente designado. A maioria dos participantes que compartilhou a sua perspectiva, destacou que, sem esta ajuda, seria impossível as famílias passarem por transformações. Inicialmente, o paciente é frequentemente designado como a razão da 'desgraça' da família e ninguém se sente responsável pela situação prevalecente. Com o tempo, os participantes passam a perceber que o que se desenrola dentro da família diz respeito a todos. Um participante mencionou que o grupo o incentivou, bem como à sua família, a ver as coisas de forma diferente, levando a uma vida melhor e mais harmoniosa. Vários participantes expressaram que adquiriram a habilidade de ouvir: 'Ouvir é aprender', disse a mãe de um paciente do Hospital de Dia, que acrescentou ter vindo com ideias preconcebidas que foram modificadas à medida que ela prestava atenção aos outros pais. Muitos expressaram arrependimento por não terem conhecido esta experiência de 'grande família' mais cedo, reconhecendo as suas contribuições, bem como a solidariedade e a esperança que a caracterizam.

5.3.3. Conclusões dos Focus Groups

Nos *focus groups* com condutores de GMF, a maioria dos coordenadores concordou que trabalhar com duas ou mais gerações origina uma dinâmica rica e diferente, em comparação com situações onde os familiares estão ausentes do tratamento. Também afirmaram que tal cenário permite a observação e exploração de relacionamentos tóxicos (interdependências patogénicas) aos quais os membros da família estão 'presos'. Além disso, destacaram a eficiência em termos de custos, tanto a nível dos recursos humanos como em termos económicos, ao abordar as necessidades de múltiplas pessoas, incluindo pacientes e os seus familiares. Os coordenadores enfatizaram o trabalho em equipa e a interrogação cruzada como as abordagens mais eficazes. Sublinharam ainda a importância de os profissionais cuidarem de si próprios, para partilhar experiências de 'alta voltagem' (contenção), criando assim um clima de segurança e confiança. As reuniões pós-grupo (entrevista) foram identificadas como o método mais eficaz para captar diversas opiniões e pontos de vista dos membros da equipa sobre a tarefa realizada, e para partilhar a mobilização emocional produzida pela tarefa.

Nos *focus groups* com utentes de GMF, observou-se um sentimento de desesperança através das perguntas, quando os familiares compareciam pela primeira vez. Estes traziam experiências anteriores no campo da saúde mental, onde a ideia de incurabilidade e dependência de medicamentos como o único meio de melhoria era transmitida. Foi mencionada uma falta de consciência em relação à importância da família, tanto na génese dos problemas quanto na sua resolução. Foi destacado o tabu associado à doença mental e ao seu estigma social. O diagnóstico foi descrito como 'uma laje difícil de suportar'. O grupo multifamiliar foi reconhecido por permitir que os participantes fossem mais tolerantes uns com os outros, promovendo o respeito pelas diferenças e cultivando a solidariedade para com o sofrimento alheio. Os utentes salientaram o privilégio de fazer parte dessa 'grande família', o que lhes permitiu melhorar as relações familiares, tornando a convivência mais satisfatória. Foi lamentado pela maioria dos participantes que o recurso terapêutico não tivesse sido descoberto mais cedo.

5.4. Pesquisa Bibliográfica

Para efeitos de pesquisa bibliográfica em língua castelhana, foram utilizadas duas plataformas: o *Google General* e o *Google Scholar*. Adicionalmente, o portal bibliográfico *Dialnet* foi consultado. As palavras-chave foram as seguintes:

- Grupo Multifamiliar (GMF);
- Psicanálise Multifamiliar (PMF);
- Grupo de Psicanálise Multifamiliar (GPMF);
- Terapia Multifamiliar (TMF);
- Terapia de Grupo Multifamiliar (TGMF);
- Tratamento de Grupo Multifamiliar (TGMF).

No total, foram recolhidas 68 citações de mais de uma centena de fontes. A seleção baseou-se em diferentes tópicos: teoria e experiência clínica. Excluíram-se dissertações e trabalhos de pós-graduação, e não foram encontrados trabalhos de investigação ou estudos comparativos com outros recursos terapêuticos. A maioria dos estudos é exploratória, dada a falta de investigação prévia que apoie o trabalho com esses grupos. O seu trabalho visa analisar este género de grupos, formando hipóteses a partir de observações e perceções dos participantes, incluindo famílias e profissionais. Também são descritas características da população participante, como tipos de famílias, patologias, idades, níveis socioeconómicos, etc. Alguns trabalhos tentaram analisar e explicar fenómenos observados a partir de uma perspetiva teórica específica, levando a conclusões e previsões que melhoram a compreensão e a prática. A maioria dos trabalhos foi influenciada pelas ideias de García Badaracco (Psicanálise Multifamiliar). Esta influência tem sido predominante tanto na América Latina como em Espanha, desde a década de 1960, em língua castelhana. Atualmente, um número significativo de promotores de Grupos Multifamiliares continua a construir e aprofundar este corpo de trabalho influente.

A bibliografia reúne trabalhos que abrangem diversos temas, incluindo os primeiros dias dos GMFs e seu desenvolvimento, a variedade de patologias tratadas, a competência dos condutores/coordenadores, os aspetos teóricos que suportam a atividade, entre outros (ver Apêndice 4).

5.5. Conclusões

Com base nos dados disponíveis, em Espanha, os grupos multifamiliares consistem exclusivamente num mínimo de duas gerações, incluindo a pessoa que está a receber tratamento. Os GMFs baseiam-se principalmente na psicanálise multifamiliar, complementada por outras abordagens psicoterapêuticas (sistémica, grupanálise, dinâmica, cognitivo-comportamental, interfamiliar, etc.). Os grupos psicoeducativos foram excluídos por não envolverem indivíduos em tratamento.

Conforme o destacado noutras secções do relatório, observa-se que quase todos os GMFs dependem da psicanálise multifamiliar. Essa situação remonta à primeira experiência realizada em território espanhol em Bilbao em 1984, que posteriormente foi difundida através de cursos oferecidos pela Fundação Basca para a Investigação em Saúde Mental (OMIE) em Bilbao a partir de 1985. Ademais, o Instituto de Psicanálise Multifamiliar em Buenos Aires desempenhou um papel significativo, tendo recebido mais de 600 residentes em psiquiatria e psicologia de Espanha desde 2000. Muitos profissionais, com diversas orientações, adotaram a abordagem da Psicanálise Multifamiliar e enriqueceram-na com sua experiência.

No que concerne à formação de profissionais, considera-se que, de modo uniforme, decorre da psicanálise multifamiliar. Não obstante, observam-se diferentes formas de operacionalização, enfatizando a necessidade de uma formação abrangente que priorize o desenvolvimento individual dos condutores, o trabalho em equipa e o contexto sociocultural no qual os GMFs são conduzidos.

6. RELATÓRIO DE PORTUGAL

6.1. Contexto Português

Em Portugal, as bases da política e organização nacional da saúde mental foram consagradas pela Lei n.º 36/98 de 24 de julho, e subsequentemente confirmadas no Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM). De acordo com a Portaria n.º 1605/2018, de 30 de janeiro, o PNSM é responsável por:

- Promover e dinamizar a monitorização da saúde mental da população portuguesa, com foco em indicadores de morbilidade e de utilização dos serviços.
- Promover a implementação de programas para melhorar o bem-estar e a saúde mental da população, bem como da prevenção, tratamento e reabilitação das doenças mentais.
- Facilitar a articulação dos cuidados de saúde mental especializados com os cuidados de saúde primários e outros sectores relevantes para a implementação efetiva do Plano Nacional de Saúde Mental.
- Desenvolver a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) para Saúde Mental, de acordo com a Coordenação Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde, na área da RNCCI.
- Incentivar a participação ativa dos utentes e cuidadores na reabilitação e integração social de indivíduos que sofrem problemas graves de saúde mental.

As implicações práticas da sua aplicação incluem:

- A promoção de cuidados continuados integrados de saúde mental e o estabelecimento de serviços iniciais e programas residenciais neste sector.
- A criação de novas unidades e uma rede de encaminhamento alargada, no âmbito da saúde mental infantil e juvenil.
- A implementação de programas inovadores que facilitam a integração da saúde mental nos esforços contra a violência doméstica, fornecendo apoio aos sem-abrigo e auxiliando jovens que enfrentam desafios de adaptação e inclusão social em colaboração com os sectores social, da justiça, educação e emprego.

Para melhorar o acesso aos cuidados de saúde mental, é importante intervir nos seus determinantes, nomeadamente:

- O estigma e a ignorância em torno das doenças mentais;
- A escassez de recursos humanos e estruturais.
- A organização inadequada dos serviços psiquiátricos, concentrados em grandes instituições centralizadas com pouca integração com os cuidados de saúde primários.
- A formação contínua de profissionais de saúde mental.

Portugal tem procurado melhorar os cuidados de saúde mental através de várias iniciativas, incluindo a descentralização dos serviços, o estabelecimento de centros de saúde mental em todos os distritos, a integração com os cuidados de saúde primários, a inclusão da saúde mental no sistema de saúde geral, a transferência dos cuidados especializados para hospitais gerais e

comunitários e o desenvolvimento de programas e estruturas de reabilitação psicossocial. Na revista *International Review of Psychiatry* foi publicado um artigo que fornece uma análise histórico-descritiva e crítica da situação da assistência psiquiátrica em Portugal, detalhando a sua emergência e evolução até os dias atuais (Palha & Marques-Teixeira, 2012). Em 2006, os programas de reabilitação foram formalmente estabelecidos e a RNCCI foi formada, contribuindo para a modernização da saúde mental em Portugal. A 9 de outubro de 2019, foi lançado o Plano Nacional de Saúde 2021-2030, com os seguintes objetivos:

- Criar uma predisposição positiva para encarar a saúde pública como um compromisso social;
- Criar redes colaborativas e relações de confiança.
- Mobilizar internamente e externamente.
- Promover práticas de comunicação participativas e colaborativas.
- Cocriar e envolver múltiplos *stakeholders*.
- Ativar e promover um sentimento de pertença.
- Partilhar conhecimento para a resiliência comunitária.

6.2. Questionário – Características dos GMFs

De modo a enviar-se um email com a carta de apresentação do projeto e o link para o questionário, foi compilada uma lista de instituições portuguesas, associações e comunidades terapêuticas em saúde mental. Após parecer positivo por parte da Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa, a investigação teve início. O Presidente da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT)² forneceu orientação sobre a legislação vigente em Portugal, o que levou à investigação de novos casos e à solicitação de novas opiniões das Comissões de Ética para a Saúde (CES). Estas Comissões de Ética abrangem todo o território de Portugal e estão associadas às Administrações Regionais de Saúde de Portugal.

1. *Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP*
2. *Administração Regional de Saúde do Centro IP*
3. *Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP*
4. *Administração Regional de Saúde do Algarve, IP*
5. *Administração Regional de Saúde do Norte, IP* (ainda não respondeu)
6. *Administração Regional de Saúde do Alentejo* (ainda não respondeu)
7. *Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira* (o serviço respondeu que não havia GMFs no território)
8. *Direção Regional de Saúde da Região Autónoma dos Açores* (o serviço respondeu que não havia GMFs no território)

O processo foi demorado, uma vez que cada comissão exigiu vários documentos diferentes. Adicionalmente, foram necessárias reuniões para esclarecer dúvidas e detalhar todos os procedimentos do projeto. Finalmente, algumas respostas foram recebidas, mas nem todas as Comissões de Ética para a Saúde responderam. A falta de resposta de algumas Comissões de Ética impediu a inclusão das respetivas regiões neste estudo. Felizmente, os grupos multifamiliares encontrados fazem parte das regiões cujas Comissões de Ética responderam. Após as aprovações necessárias, foram feitos contactos (105), por telefone/e-mail, com instituições públicas e privadas por todo o país. Foram recebidas cinco respostas:

²Comissão de Ética da ARSLVT – Um órgão colegial e multidisciplinar que funciona como um órgão consultivo do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, particularmente em matéria de ética assistencial e de investigação.

- Três instituições em Lisboa
- Uma instituição em Fátima (região central de Portugal)
- Uma instituição em Estremoz (Alentejo, região sudeste de Portugal)

Presume-se que existam vários grupos psicoeducativos multifamiliares em Portugal, dentro de várias instituições públicas e privadas (IPSSs)³. No entanto, não está claro se tais grupos envolvem apenas uma ou duas gerações. Note-se que, atualmente, existem apenas dois grupos de psicanálise multifamiliar (GPMFs) ativos, ambos localizados em Lisboa, e operando dentro de dois Hospitais de Dia afiliados a serviços psiquiátricos distintos, em hospitais públicos. Os três restantes GMFs reúnem duas gerações, incorporando indivíduos em tratamento. No entanto, estes desviam-se do enquadramento dos grupos de psicanálise multifamiliar. Eles incluem: 1) uma ala psiquiátrica num hospital público; 2) uma comunidade terapêutica para dependências (IPSS) em Fátima (região central de Portugal); e 3) uma instituição privada (IPSS) em Estremoz (região sudeste do Alentejo). O *framework* destes grupos consiste, em psicoeducação cognitivo-comportamental no caso dos dois primeiros, e psicoterapia integrativa com base dialógica e relacional para o terceiro.

Os desafios encontrados na partilha do questionário, principalmente pela demora na obtenção de permissões por parte de vários comités de ética, impediram a obtenção de resultados mais oportunos e abrangentes.

6.2.1. [Contexto Institucional/Organizacional](#)

No que concerne à estrutura administrativa das instituições/organizações que hospedam os grupos multifamiliares, dois pertencem a instituições privadas/IPSS e três estão associados a instituições públicas (hospitais públicos). Em termos do tipo de serviços e cuidados prestados, todas as instituições oferecem cuidados ambulatoriais, abrangendo Centros de Saúde Mental, Centros Sociais, Hospitais de Dia e Consultas Privadas. Além disso, duas das instituições admitem pacientes de unidades residenciais (hospitais). Em relação à distribuição geográfica, observa-se uma prevalência significativa de grupos na região sul do país. Especificamente, há um grupo localizado em Fátima (região central), três em Lisboa e um em Estremoz (região do Alentejo).

6.2.2. [Características](#)

Respetivamente à orientação teórica e metodológica dos Grupos Multifamiliares (GMFs), a maioria relatou utilizar mais de um enquadramento. Especificamente, dois grupos mencionaram a utilização do enquadramento da Psicanálise Multifamiliar desenvolvido por J. García Badaracco. Além disso, três grupos indicaram a aplicação de *frameworks* alternativos, como o sistémico, o psicodinâmico, o interfamiliar, o grupo operativo, etc. Adicionalmente, dois grupos relataram a utilização de *frameworks* psicoeducativos e cognitivo-comportamentais. Em termos de habilitações, os respondentes exibiam formações diversas. Dois eram psiquiatras (40%), dois eram psicólogos (40%) e dois eram enfermeiros (20%).

Geralmente, as intervenções dos GMFs tendem a apresentar objetivos combinados. Três grupos mencionaram conduzir intervenções psicoterapêuticas, dois relataram focar-se em intervenções

³ IPSS (Instituição Privada de Solidariedade Social) - As Instituições Privadas de Solidariedade Social são instituições ou organizações estabelecidas exclusivamente com base privada e sem fins lucrativos, que têm como objetivo promover a igualdade e a justiça social. As IPSSs operam no âmbito da economia social e têm como principal objetivo a solidariedade social, com foco em áreas como a segurança social, a educação e a saúde. Estas instituições trabalham em proximidade com a população e em cooperação com o Estado, procurando responder aos problemas sociais emergentes da comunidade na qual operam.

psicoeducativas, dois grupos destacaram fornecer apoio, outros dois mencionaram aconselhamento e um grupo especificou que o objetivo principal era promover a autoajuda.

6.2.3. Condução

No que concerne às características dos grupos de condutores/coterapeutas, estes consistem em equipas multidisciplinares. Três dos grupos relataram ter tanto um condutor como coterapeutas, enquanto dois grupos mencionaram recorrer apenas a coterapeutas.

Ao examinar as habilitações dos profissionais envolvidos em GMFs, observa-se que três grupos apresentam psiquiatras, três relataram ter psicólogos e três mencionaram ter enfermeiros na equipa. Adicionalmente, assistentes sociais (2), terapeutas ocupacionais (1), educadores (1) e outros profissionais com especialidades educacionais e sociais (1) foram mencionados. No que diz respeito à formação da equipa de condução, existe uma ampla gama de experiências psicoterapêuticas, com uma prevalência para terapias derivadas da psicanálise, como grupanálise (1), terapias psicodinâmicas (4), grupos operativos, etc. Dois grupos relataram seguir a teoria sistémica familiar, e um grupo mencionou a terapia cognitivo-comportamental. Quanto à qualificação do condutor (quando designado), apenas dois grupos forneceram informações: um tinha um psiquiatra e um tinha um psicólogo.

Quanto à supervisão, é digno de nota que a maioria dos grupos relatou não ter supervisão (4), sendo que um grupo mencionou tanto supervisão direta/interna como supervisão indireta/externa. Quase todos os grupos participam em intervenção (4), com apenas um grupo a não participar.

6.2.4. Participantes

Relativamente à idade dos participantes, todos os grupos aceitam adultos, e três grupos também incluem idosos (com mais de 65 anos). Em relação às gerações que participam nos grupos e à sua caracterização, quatro GMFs apresentam duas gerações, e um grupo inclui mais de duas.

A análise à relação entre os indivíduos em tratamento e os seus familiares revelou que todos os grupos incluem pessoas com vínculos paternos (5) e outros membros da família nuclear que vivem com o paciente (5). Quatro grupos incluem filhos, quatro incluem outros membros da família extensa, e quatro também aceitam outras pessoas que não pertencem à família.

6.2.5. Estrutura e Funcionamento

Todos os grupos relataram a existência de heterogeneidade relativamente ao diagnóstico dos seus participantes, dado que todos incluem Transtornos Afetivos, Transtornos de Personalidade, Transtornos Psicóticos e Transtornos de Ansiedade. Outras patologias também estão presentes, nomeadamente, o Transtorno Psicossomático (2), o Transtorno Alimentar (1), o Transtorno de Stress Pós-Traumático (2), o Transtorno Aditivo (3) e o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (3).

No que concerne ao tipo de grupo, a maioria (3) é aberta, um é fechado e um é semiaberto. A duração dos grupos varia entre um mínimo de 60 minutos a um máximo de 120 minutos. Em relação ao uso de fases de desenvolvimento, todos os grupos afirmaram não seguir este método.

Considerando o tamanho dos grupos, um apresenta uma dimensão pequena (menos de 10 participantes), três um tamanho médio (até 30 participantes) e dois apresentam mais de 30

participantes. A frequência dos grupos varia entre quinzenal (2) e mensal (3). A maioria das sessões ocorreu durante o horário de trabalho (4), com apenas uma realizada fora do horário de trabalho. A maioria dos GMFs funciona numa sala de grupo, enquanto apenas um utiliza uma sala multiusos. Quatro participantes responderam que as condições da sala são adequadas. A privacidade e confidencialidade também foram consideradas adequadas por quatro dos respondentes, e um dos grupos não forneceu nenhuma resposta. Na maioria dos grupos, as cadeiras são dispostas em círculo (3), enquanto apenas um grupo se senta ao redor de uma mesa. Outras disposições foram consideradas irrelevantes.

Relativamente à existência e continuidade dos grupos ao longo dos anos, observa-se uma variação de 1.5 a 22 anos, com um tempo médio de 8.5 anos. Todos os grupos relataram ter tido alguma interrupção, sendo que quatro grupos foram interrompidos devido à pandemia, e um grupo devido a restrições de recursos humanos. Três grupos relataram uma mudança na modalidade, transitando do modo presencial para o modo *online*. Dois grupos mencionaram que não houve mudança após a interrupção, embora um grupo tenha mencionado a adição da opção de participação *online* ao modo presencial. O tempo de interrupção variou de 3 meses a 18 meses, principalmente durante a fase mais crítica da pandemia.

6.2.6. Encaminhamento

Em relação ao encaminhamento de participantes para GMFs, todos os grupos referiram aceitar participantes de dentro da organização, sendo que três também aceitam participantes de instituições externas, e dois recebem indivíduos que se autopõem.

6.3. *Focus Groups*

Conforme as recomendações do projeto e utilizando a metodologia partilhada com parceiros, foram realizados dois *focus groups*. O primeiro grupo-alvo era composto por condutores e coterapeutas experientes em GMFs. O segundo grupo-alvo incluía familiares de antigos pacientes do Hospital de Dia, juntamente com terapeutas familiarizados com GMFs, mas sem experiência em GPMF. Foi aplicada uma análise SWOT, e o mesmo conjunto de quatro questões foi abordado pelos participantes, em ambos os grupos.

6.3.1. Focus Group com condutores de GMFs

6.3.1.1. *Participantes*

Foram enviados convites por e-mail e telefone a doze (12) condutores e coterapeutas experientes em GPMF. No entanto, apenas seis (6) puderam comparecer, formando um grupo composto por quatro psiquiatras, um psicólogo e um professor universitário treinado em psicoterapia com um estágio de dois anos em GPMF num Hospital de Dia. O grupo contou com a presença de um moderador e dois observadores.

6.3.1.2. *Metodologia*

Modalidade: Sessão conduzida (e gravada) através da plataforma *Zoom*.
Duração da sessão: 90 minutos - das 9.00 às 10.30.

A sessão teve início com uma breve saudação, agradecendo-se a presença dos participantes, seguida por uma apresentação sucinta do projeto e dos seus objetivos gerais. Posteriormente, o grupo recebeu informações sobre a metodologia e os objetivos da sessão do *focus group*, juntamente com uma explicação dos papéis do moderador e dos observadores. Foi esclarecido que seriam feitas quatro perguntas sobre GPMF, fundamentadas na metodologia SWOT. O moderador procurou a concordância dos participantes e obteve seu consentimento para a sessão ser gravada. Com consentimento unânime, a sessão começou, e os participantes apresentaram-se ao grupo. As questões abaixo foram, então, colocadas.

6.3.1.3. Resultados

Questão 1: Pontos Fortes (Vantagens): Que características de um GMF o tornam um dispositivo psicoterapêutico vantajoso em comparação a outras intervenções psicoterapêuticas (internas - famílias/equipa/serviço; e externas - instituição/comunidade)?

- 1) Extensão dos problemas do paciente a toda a família - presença de mais de uma geração.
- 2) Rapidez no diagnóstico.
- 3) Observação direta da psicopatologia relacional - intergeracionalidade e transgeracionalidade.
- 4) Melhoria rápida do paciente em tratamento.
- 5) Aprendizagem entre pares.
- 6) Mudança no conceito de adoecer: o indivíduo não fica desorganizado sozinho, fica desorganizado no ambiente familiar.
- 7) Possibilidade de observar os padrões de relacionamento e comunicação dos vários membros da família.
- 8) Proteção do paciente: o terapeuta como um ego auxiliar do paciente; a possibilidade de se testar num ambiente protegido - os GPMFs são como uma antecâmara da realidade social.
- 9) Facilitação da comunicação aberta entre a família, o paciente e a equipa, evitando que a família fale pelas costas do paciente.
- 10) Educação e formação de profissionais de saúde.
- 11) Custo-benefício para o sistema de saúde - reduz os reinternamentos e as visitas às salas de emergência.
- 12) Eficácia a longo prazo - melhorias por um período mais prolongado.
- 13) Redução na cronicidade - o problema é tratado na sua origem em vez de camuflado.

Questão 2: Pontos Fracos (Desvantagens): Que características colocam o GPMF em desvantagem em comparação a outros dispositivos psicoterapêuticos (Internas - famílias/equipa/serviço; e externas - instituição/comunidade)?

- 1) Não é suficiente como dispositivo terapêutico - necessita de outros dispositivos para complementá-lo (psicoterapia individual em alguns casos).
- 2) A dificuldade que às vezes surge quando é necessário distribuir o tempo de fala de forma mais ou menos igual entre os participantes.
- 3) Logística: necessidade de mais de um terapeuta; necessidade de uma sala com espaço suficiente e privacidade.
- 4) Necessidade de formação adequada dos terapeutas - o GPMF é um grupo que implica conhecimentos/experiência técnica específicos.
- 5) Necessidade de disponibilidade, constância e continuidade dos terapeutas nas sessões - em instituições, pode ser difícil manter essa continuidade.

Questão 3: Oportunidades: Que aspetos devem ser realçados no GPMF, como uma abordagem psicoterapêutica para a saúde mental, de modo a facilitar a adesão de mais participantes? Ou, em

que medida trabalhar com GPMF pode contribuir para a transformação de: famílias/equipa/serviço; e instituição/comunidade?

- 1) Deve-se enfatizar a relevância dos efeitos positivos dos GMFs na saúde pública e em outras instituições sociais.
- 2) Inúmeras oportunidades para desenvolver identificações novas e mais estruturadas/saudáveis, permitindo o crescimento pessoal aos pacientes, famílias e terapeutas.
- 3) Oportunidades de formação para profissionais: novas experiências profissionais e uma nova perspectiva sobre a psiquiatria.
- 4) A possibilidade de usar meios à distância - alcançando mais pessoas (distância e tempo).
- 5) A possibilidade de ampliar a compreensão dos problemas do paciente: abrangendo várias etapas do ciclo de vida do paciente e da família (transgeracionalidade) através das narrativas dos vários membros da família.
- 6) A oportunidade de melhorar o custo-benefício a longo prazo: melhorias mais duradouras, menos crises e menos absentismo no trabalho.

Questão 4: Ameaças: De que formas pode o GPMF representar uma ameaça (interna/externa)?

- 1) Resistências culturais e psicológicas - para muitos, o desconhecido ou o incomum é ameaçador.
- 2) Dificuldades colocadas por instituições que consideram o número de profissionais envolvidos um desperdício de recursos.
- 3) Falta de profissionais especializados.
- 4) Exaustão dos profissionais de saúde ao lidar com as dificuldades impostas pelas instituições.
- 5) Dificuldade em garantir que o conteúdo partilhado no grupo permanece privado.

6.3.2. Focus Group com utentes de GMFs

6.3.2.1. *Participantes*

Foram enviados dezasseis (16) convites por telefone e e-mail a psicoterapeutas de saúde e profissionais de saúde com conhecimento em GPMF, mas sem experiência em GPMF, bem como a familiares de ex-pacientes dos GPMFs. Apenas sete (7) pessoas puderam comparecer ao grupo: dois psicólogos que também são psicoterapeutas, três estagiários de psiquiatria sem experiência em psicoterapia (todos sem experiência em GPMF) e duas mães de ex-pacientes. O grupo contou com a presença de um moderador e dois observadores.

6.3.2.2. *Metodologia*

Modalidade: A sessão foi conduzida (e gravada) através da plataforma *Zoom*.

Duração da sessão: 90 minutos - das 09.00 às 10.30.

Do mesmo modo que no *Focus Group 1*, o moderador deu as boas-vindas e agradeceu a presença dos participantes. Foi feita uma breve apresentação do projeto e dos seus objetivos gerais, juntamente com os objetivos da sessão e informações sobre a metodologia para a reunião. O papel do moderador e dos observadores foi explicado. De seguida, foi esclarecido que a metodologia de análise SWOT seria aplicada, envolvendo quatro perguntas sobre os Pontos Fortes, Pontos Fracos, Oportunidades e Ameaças dos GPMFs. Assim como no *Focus Group 1*, o moderador perguntou aos participantes se concordavam e se dariam o seu consentimento para a sessão ser gravada. Com o consentimento de todos, a sessão começou, com a apresentação dos participantes ao grupo. Em seguida, as questões infra foram colocadas.

6.3.2.3. Resultados

Questão 1: Pontos Fortes (Vantagens): Que características de um GPMF o tornam um dispositivo psicoterapêutico vantajoso em comparação a outras intervenções psicoterapêuticas (internas - famílias/equipa/serviço; e externas - instituição/comunidade)?

- 1) O papel do terapeuta como um fator estabilizador: superar as dificuldades de comunicação, os conflitos e as diferentes linguagens.
- 2) Possibilidade de superar medos, inibições e tabus após adaptação ao grupo.
- 3) Transgeracionalidade - A presença de mais de uma geração possibilita a identificação de padrões transgeracionais, permitindo abordar atores de conflito e resolver mal-entendidos.
- 4) Possibilidade de retificar/transformar a comunicação – clarificação da comunicação, resolução de mal-entendidos e compreensão de comportamentos.
- 5) Desenvolvimento do pensamento e do sentimento - aprender a refletir sobre si mesmo através dos outros.
- 6) Expansão da mente: Muitos indivíduos só podem começar a refletir sobre si mesmos quando ouvem os relatos de outros participantes, fomentando a criatividade e novas perspectivas.
- 7) A universalidade dos problemas psicológicos e relacionais e a possibilidade de identificar soluções: ouvir os outros quebra o isolamento familiar, facilitando a superação de problemas.
- 8) Desenvolvimento de empatia, inicialmente com os outros e depois com membros da própria família.
- 9) Possibilidade de compreender problemas a partir de uma nova perspectiva, procurar soluções inovadoras e contribuir ativamente para a recuperação dos membros da família.
- 10) Hierarquia da severidade do problema: a capacidade de identificar que situações devem ser priorizadas, determinando a sua importância.

Questão 2: Pontos Fracos (Desvantagens): Que características colocam o GPMF em desvantagem em comparação a outros dispositivos psicoterapêuticos (internas - famílias/equipa/serviço; e externas - instituição/comunidade)?

- 1) Diferenças geracionais: os problemas variados entre diferentes gerações podem dificultar a comunicação e empatia.
- 2) Necessidade de terapeutas bem treinados.
- 3) Dificuldade em abordar situações traumáticas num grupo grande.
- 4) Duração do grupo e gestão do tempo num grupo grande.
- 5) Inicialmente, aderir à terapia em grupo nem sempre é fácil.
- 6) Coesão de grupo - por exemplo, aliança terapêutica: A participação irregular dos membros num grupo terapêutico não favorece o desenvolvimento de uma aliança terapêutica/coesão de grupo. Se houver objetivos terapêuticos, é crucial haver um comprometimento ao nível das presenças, pois os vínculos e a intimidade formados entre os participantes devem ser baseados na continuidade.

Questão 3: Oportunidades: Que aspetos devem ser realçados no GPMF, como uma abordagem psicoterapêutica para a saúde mental, de modo a facilitar a adesão de mais participantes? Ou, em que medida trabalhar com GPMF pode contribuir para a transformação de: famílias/equipa/serviço; e instituição/comunidade?

- 1) Consciência do impacto nos outros: oportunidade para melhorar a comunicação e a empatia.
- 2) A terapia de GPMF cura relacionamentos e discrepâncias entre pais e filhos, e promove a paz e a compreensão. Os indivíduos em tratamento sentem a presença dos seus familiares no GPMF como uma demonstração de cuidado e amor.
- 3) Adesão à medicação e melhoria da doença.

- 4) Esperança: O progresso dos outros mostra como a recuperação é possível.
- 5) Autoconhecimento: É uma oportunidade para os membros da família se conhecerem através do que vivenciam no grupo.

Questão 4: Ameaças: De que formas pode o GPMF representar uma ameaça (interna/externa)?

- 1) Desconfiança e resistência ao tratamento num grupo grande.
- 2) Tempo insuficiente para todos falarem, devido ao tamanho do grupo.
- 3) Os conflitos que surgem no grupo podem não ser completamente resolvidos dentro do tempo disponível.
- 4) As ausências no grupo podem ser entendidas como uma fraqueza, levando a um sentimento de não integração por parte daqueles que estão ausentes. Tal pode incentivar outros indivíduos a faltar, e a ausência de membros da família pode ser interpretada como uma ameaça ao tratamento.
- 5) Medo de fugas de informação/ quebras de confidencialidade.

6.3.3. Conclusões dos Focus Groups

Analisando o conteúdo das respostas recebidas às quatro perguntas colocadas nos *Focus Groups* 1 e 2, algumas foram semelhantes, enquanto outras foram bastante diferentes. O objetivo foi comparar as respostas dos terapeutas com experiência em GMF com as respostas dos terapeutas sem experiência em GMF e familiares de ex-pacientes. Para facilitar a sumarização e tirar conclusões da análise SWOT, várias categorias foram criadas com base no tipo de respostas recebidas (Ver abaixo, na Tabela 1).

As seguintes categorias foram criadas para a questão 1:

- Transgeracionalidade/presença de mais de uma geração;
- Benefícios para as famílias e terapeutas;
- Possibilidades de transformação;
- Vantagens clínicas e institucionais.

As seguintes categorias foram criadas para a questão 2:

- Possíveis dificuldades geradas por diferenças geracionais;
- Problemas de espaço e formação;
- Dificuldades apresentadas por ser um (grande) grupo;
- Coesão de grupo / Aliança terapêutica.

As seguintes categorias foram criadas para a questão 3:

- Oportunidades para os pacientes e as famílias;
- Oportunidades para os cuidadores e as instituições.

As seguintes categorias foram criadas para a questão 4:

- Resistência por parte das famílias;
- Dificuldades das instituições;
- Problemas por ser um (grande) grupo

As respostas à primeira questão foram muito semelhantes nos dois *focus groups*: ambos destacaram a importância da presença de mais de uma geração na resolução de problemas atuais, bem como a relevância da transgeracionalidade. Ambos os grupos salientaram os múltiplos benefícios dos GMFs para as famílias, profissionais de saúde e instituições.

Relativamente à segunda questão, as respostas salientaram a necessidade de formação específica de terapeutas e a importância de outros dispositivos terapêuticos para complementar os GMFs; algumas dificuldades relacionadas com o tamanho do grupo e a lacuna entre gerações; e também foi destacada a importância da constância nas presenças, tanto dos terapeutas quanto das famílias.

No que concerne à questão 3, o *Focus Group 1* destacou as oportunidades para profissionais e instituições reduzirem os tempos de tratamento com vantagens de custo-benefício, enquanto o *Focus Group 2* realçou as oportunidades de crescimento e desenvolvimento familiar.

Por fim, na questão 4, como ameaças aos GPMFs, ambos os grupos destacaram a resistência e dificuldades colocadas pelos participantes e instituições, e a necessidade urgente de uma cultura de grupo, para combater a resistência psicológica ao que é desconhecido ou incomum.

Abaixo, apresenta-se uma tabela resumindo os resultados obtidos nos dois *focus groups*.

Tabela 1. Análise SWOT: questões e categorias.

Questão 1: Pontos Fortes (Vantagens): Que características de um GMF o tornam um dispositivo psicoterapêutico vantajoso em comparação a outras intervenções psicoterapêuticas (internas - famílias/equipa/serviço; e externas - instituição/comunidade)?		
CATEGORIAS	FOCUS GROUP 1	FOCUS GROUP 2
Transgeracionalidade/ presença de mais de uma geração	1) Extensão dos problemas do paciente a toda a família - presença de mais de uma geração. 3) Observação direta da psicopatologia relacional - intergeracionalidade e transgeracionalidade.	3) Transgeracionalidade - A presença de mais de uma geração possibilita a identificação de padrões transgeracionais, permitindo abordar atores de conflito e resolver mal-entendidos.
Benefícios para as famílias e terapeutas	5) Aprendizagem entre pares. 6) Mudança no conceito de adoecer: o indivíduo não fica desorganizado sozinho, fica desorganizado no ambiente familiar. 10) Educação e formação de profissionais de saúde.	5) Desenvolvimento do pensamento e do sentimento - aprender a refletir sobre si mesmo através dos outros. 6) Expansão da mente: Muitos indivíduos só podem começar a refletir sobre si mesmos quando ouvem os relatos de outros participantes, fomentando a criatividade e novas perspectivas. 8) Desenvolvimento de empatia, inicialmente com os outros e depois com os membros da própria família.
Possibilidades de transformação	7) Possibilidade de observar os padrões de relacionamento e comunicação dos vários membros da família. 8) Proteção do paciente: o terapeuta como um ego auxiliar do paciente; a	1) O papel do terapeuta como um fator estabilizador: superar as dificuldades de comunicação, os conflitos e as diferentes linguagens. 2) Possibilidade de superar medos, inibições e tabus após

	<p>possibilidade de se testar num ambiente protegido - os GPMFs são como uma antecâmara da realidade social.</p> <p>9) Facilitação da comunicação aberta entre a família, o paciente e a equipa, evitando que a família fale pelas costas do paciente.</p>	<p>adaptação ao grupo.</p> <p>4) Possibilidade de retificar/transformar a comunicação – clarificação da comunicação, resolução de mal-entendidos e compreensão de comportamentos.</p> <p>7) A universalidade dos problemas psicológicos e relacionais e a possibilidade de identificar soluções: ouvir outros quebra o isolamento familiar, facilitando a superação de problemas.</p> <p>9) Possibilidade de compreender problemas a partir de uma nova perspetiva, procurar soluções inovadoras e contribuir ativamente para a recuperação dos membros da família.</p> <p>10) Hierarquia da severidade do problema: a capacidade de identificar que situações devem ser priorizadas, determinando a sua importância.</p>
Vantagens clínicas e institucionais	<p>2) Rapidez no diagnóstico.</p> <p>4) Melhoria rápida do paciente em tratamento.</p> <p>11) Custo-benefício para o sistema de saúde - reduz os reinternamentos e as visitas às salas de emergência.</p> <p>12) Eficácia a longo prazo - melhorias por um período mais prolongado.</p> <p>13) Redução na cronicidade - o problema é tratado na sua origem em vez de camuflado.</p>	
<p>Questão 2: Pontos Fracos (Desvantagens): Que características colocam o GPMF em desvantagem em comparação a outros dispositivos psicoterapêuticos (internas - famílias/equipa/serviço; e externas - instituição/comunidade)?</p>		
Possíveis dificuldades geradas por diferenças geracionais		<p>1) Diferenças geracionais: os problemas variados entre diferentes gerações podem dificultar a comunicação e empatia.</p>
Problemas de espaço e formação	<p>3) Logística: necessidade de mais de um terapeuta; necessidade de uma sala com espaço suficiente e</p>	<p>2) Necessidade de terapeutas bem treinados.</p>

	<p>privacidade.</p> <p>4) Necessidade de formação adequada dos terapeutas - o GPMF é um grupo que implica conhecimentos/experiência técnica específicos.</p>	
Dificuldades apresentadas por ser um (grande) grupo	<p>1) Não é suficiente como dispositivo terapêutico - necessita de outros dispositivos para complementá-lo (psicoterapia individual em alguns casos).</p> <p>2) A dificuldade que às vezes surge quando é necessário distribuir o tempo de fala de forma mais ou menos igual entre os participantes.</p>	<p>3) Dificuldade em abordar situações traumáticas num grupo grande.</p>
Coesão de grupo / Aliança terapêutica	<p>5) Necessidade de disponibilidade, constância e continuidade dos terapeutas nas sessões - em instituições, pode ser difícil manter essa continuidade.</p>	<p>6) Coesão de grupo - por exemplo, aliança terapêutica: A participação irregular dos membros num grupo terapêutico não favorece o desenvolvimento de uma aliança terapêutica/coesão de grupo. Se houver objetivos terapêuticos, é crucial haver um comprometimento ao nível das presenças, pois os vínculos e a intimidade formados entre os participantes devem ser baseados na continuidade.</p>
<p>Questão 3: Oportunidades: Que aspetos devem ser realçados no GPMF, como uma abordagem psicoterapêutica para a saúde mental, de modo a facilitar a adesão de mais participantes? Ou, em que medida trabalhar com GPMF pode contribuir para a transformação de: famílias/equipa/serviço; e instituição/comunidade?</p>		
Oportunidades para os pacientes e as famílias	<p>2) Inúmeras oportunidades para desenvolver identificações novas e mais estruturadas/saudáveis, permitindo o crescimento pessoal aos pacientes, famílias e terapeutas.</p> <p>4) A possibilidade de usar meios à distância - alcançando mais pessoas (distância e tempo).</p>	<p>1) Consciência do impacto nos outros: oportunidade para melhorar a comunicação e a empatia.</p> <p>2) A terapia de GPMF cura relacionamentos e discrepâncias entre pais e filhos, e promove a paz e a compreensão. Os indivíduos em tratamento sentem a presença dos seus familiares no GPMF como uma demonstração de cuidado e amor.</p> <p>3) Adesão à medicação e</p>

		<p>melhoria da doença.</p> <p>4) Esperança: O progresso dos outros mostra como a recuperação é possível.</p> <p>5) Autoconhecimento: É uma oportunidade para os membros da família se conhecerem através do que vivenciam no grupo.</p>
Oportunidades para os cuidadores e as instituições.	<p>1) Deve-se enfatizar a relevância dos efeitos positivos dos GMFs na saúde pública e em outras instituições sociais.</p> <p>3) Oportunidades de formação para profissionais: novas experiências profissionais e uma nova perspectiva sobre a psiquiatria.</p> <p>5) A possibilidade de ampliar a compreensão dos problemas do paciente: abrangendo várias etapas do ciclo de vida do paciente e da família (transgeracionalidade) através das narrativas dos vários membros da família.</p> <p>6) A oportunidade de melhorar o custo-benefício a longo prazo: melhorias mais duradouras, menos crises e menos absentismo no trabalho.</p>	
Questão 4: Ameaças: De que formas pode o GPMF representar uma ameaça (interna/externa)?		
Resistência por parte das famílias	<p>1) Resistências culturais e psicológicas - para muitos, o desconhecido ou o incomum é ameaçador.</p>	<p>1) Desconfiança e resistência ao tratamento num grupo grande.</p> <p>4) As ausências no grupo podem ser entendidas como uma fraqueza, levando a um sentimento de não integração por parte daqueles que estão ausentes. Tal pode incentivar outros indivíduos a faltar, e a ausência de membros da família pode ser interpretada como uma ameaça ao tratamento.</p>
Dificuldades das instituições	<p>2) Dificuldades colocadas por instituições que consideram o número de profissionais</p>	

	envolvidos um desperdício de recursos. 3) Falta de profissionais especializados. 4) Exaustão dos profissionais de saúde ao lidar com as dificuldades impostas pelas instituições.	
Problemas por ser um (grande) grupo	5) Dificuldade em garantir que o conteúdo partilhado no grupo permanece privado.	2) Tempo insuficiente para todos falarem, devido ao tamanho do grupo. 3) Os conflitos que surgem no grupo podem não ser completamente resolvidos dentro do tempo disponível. 5) Medo de fugas de informação/ quebras de confidencialidade.

6.4. Pesquisa Bibliográfica

Em paralelo com o desenvolvimento do questionário, foi iniciada uma revisão bibliográfica abrangente sobre a intervenção multifamiliar em saúde mental. Esta revisão permitiu aos parceiros do projeto refinar e focar a sua pesquisa na internet de acordo com os objetivos de pesquisa e o *Intellectual Output I* do projeto. Foram utilizados múltiplos motores de busca, incluindo o *Google*, o *Google Scholar*, o *PubMed*, e o *Hall and Cairn*, com os resultados organizados recorrendo ao *software* de gestão *Zotero*. O estilo de citação APA 6ª edição foi aplicado.

As palavras-chave acordadas, estabelecidas durante as reuniões transnacionais, incluem:

- Psicanálise Multifamiliar
- Terapia Multifamiliar
- Grupo Multifamiliar
- Grupo de Psicanálise Multifamiliar
- Terapia de Grupo Multifamiliar
- Tratamento de Grupo Multifamiliar

Estes termos de pesquisa foram traduzidos para as línguas relevantes de cada país e complementados com os termos específicos de cada país. O consenso entre os parceiros levou a pesquisas em várias línguas nacionais, ultrapassando fronteiras nacionais para cada idioma e incluindo países adicionais.

A pesquisa bibliográfica conduzida pelos parceiros de Portugal revelou que palavras-chave como Grupo Multifamiliar, Psicanálise Multifamiliar e Terapia Multifamiliar resultaram num índice de conteúdo mais abrangente e qualitativo. A bibliografia em língua portuguesa inclui artigos, monografias, livros e capítulos de livros (consulte o Apêndice 5 para mais detalhe).

6.5. Conclusões

O objetivo principal do Projeto ‘Grupos Multifamiliares em Saúde Mental’, que envolve a caracterização dos modelos e o mapeamento dos GMFs existentes em saúde mental em Portugal, não foi totalmente alcançado devido às restrições delineadas no capítulo anterior (6.2), que levaram a atrasos na entrega dos resultados dos questionários e dos *focus groups*.

Apenas cinco respostas aos questionários foram recebidas, representando cinco instituições. Estes resultados englobam ambos os tipos de GMF delineados nos objetivos do projeto: 1) Grupos Multifamiliares Psicoeducativos, que abordam problemas de saúde mental e fornecem informações sobre como geri-los; e 2) Grupos Multifamiliares Psicoterapêuticos, que incluem Grupos de Psicanálise Multifamiliar. Este último tipo inclui o Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria do CHULN-HSM, estabelecido em 2001 e pioneiro em Portugal (Lisboa), e o Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria do CHLO, em funcionamento desde 2016.

Como explicado anteriormente, o Hospital de Dia, sendo parte de um Hospital Universitário afiliado à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL), sempre incluiu uma componente de formação. Tal facto facilitou a formação de numerosos profissionais de saúde através de programas de estágio institucionais. Além dos estagiários institucionais, o Hospital de Dia também acolheu outros profissionais de saúde - psiquiatras, psiquiatras infantis, psicólogos e enfermeiros - que, embora não fossem estagiários oficiais, manifestaram interesse em aprender o modelo psicanalítico e analítico de grupo do Hospital de Dia. O interesse cresceu significativamente após o início dos GMFs em 2001. Até alguns anos atrás, ao tomar conhecimento da existência dos GMFs, muitos colegas solicitavam autorização da administração do CHULN-HSM para realizar estágios voluntários de observação/formação não remunerados, com duração de vários meses. Alguns desses psicoterapeutas de saúde subsequentemente replicaram o modelo do GMF do Hospital de Dia nas instituições onde estavam empregados⁴. No entanto, nos últimos anos, as novas regras implementadas pela administração do CHULN-HSM têm impedido que profissionais de saúde que não fazem parte do sistema de estágio se formem no Hospital de Dia do CHULN-HSM.

Há vários fatores associados à disseminação limitada dos Grupos de Psicanálise Multifamiliar em Portugal. A resistência institucional e a necessidade pragmática de condições adequadas, como espaço físico e psicoterapeutas treinados, são desafios significativos. As resistências institucionais derivam de preconceitos culturais e psicológicos, desinformação e preconceitos em relação a certas abordagens psicoterapêuticas, especialmente as psicoterapias de grupo baseadas na dinâmica. Esta resistência pode ser atribuída a dúvidas, inseguranças, preferências por abordagens clássicas/farmacológicas, falsas crenças sobre o custo-benefício e preocupações sobre a utilização de recursos. Reivindicações económicas e relacionadas com recursos, como o desperdício de recursos humanos devido ao número de profissionais envolvidos em psicoterapias de grupo, foram identificadas como ameaças aos Grupos Multifamiliares pelos condutores de GMF na sessão de *focus groups*.

Para enfrentar estes desafios, é necessário o desenvolvimento de uma ‘cultura de grupo’ para contrariar a resistência psicológica ao desconhecido ou ao não convencional. Ademais, a natureza burocrática das instituições portuguesas apresenta obstáculos adicionais, dificultando a implementação de abordagens novas e diferentes, devido a vários procedimentos e restrições.

Embora alguns participantes dos *focus groups* tenham reconhecido o potencial dos Grupos Multifamiliares como um ambiente valioso para a formação de profissionais de saúde, também

⁴ 1) Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando da Fonseca, na Amadora, distrito de Lisboa; 2) Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria do CHLO; 3) Centro de Dia do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), atualmente o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD); o primeiro e o último grupo terminaram há alguns anos.

ênfatizaram a necessidade de formação específica de terapeutas de GMF. Em relação ao valor acrescentado dos GMF, os participantes destacaram a importância de ter mais do que uma geração presente como uma vantagem na resolução de conflitos atuais. Ambos os *focus groups* ênfatizaram os numerosos benefícios dos GMF para as famílias, os profissionais de saúde e as instituições.

7. RESULTADOS

7.1. Questionário: Análise

A AIDFM (Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina, Portugal) assumiu a responsabilidade de apresentar os resultados do *Intellectual Output I*, relativos aos quatro países envolvidos. Após compilar o seu relatório e receber relatórios dos parceiros de Itália, Bélgica e Espanha, produziu o Relatório Final para os quatro países, conforme apresentado abaixo.

As psicoterapias de grupo, especialmente de Grupos Multifamiliares (GMFs), são consideradas das inovações mais significativas nos serviços de saúde mental. Embora a 'psicoterapia de grupo' tenha uma longa história⁵, a prática da psicoterapia multifamiliar surgiu na década de 1970, principalmente após a abordagem psicanalítica introduzida pelo psiquiatra argentino García Badaracco. Este adotou, pela primeira vez, a nova abordagem na década de 1960, no Hospital Psiquiátrico de Buenos Aires, onde o trabalho colaborativo com pacientes internados e membros da família demonstrou a possibilidade de dar alta a indivíduos da estrutura asilar. O GMF começou a ganhar destaque no novo século, evoluindo com o desenvolvimento conjunto da terapia familiar e da abordagem sistémica. Hoje, abrange vários modelos teóricos e serve como uma prática psicoterapêutica bem estabelecida, apoiada por evidências que confirmam a sua eficácia em termos de resultados.⁶

Os GMFs facilitam a criação de um clima terapêutico, frequentemente caracterizado pela emoção intensa, envolvendo indivíduos com sofrimento mental, familiares/parentes ou associados próximos, e praticantes de diversas origens. Tipicamente, envolvem um grande número de pessoas (30 a 90) representando pelo menos duas gerações. Com a sua abordagem psicodinâmica, o grupo é descrito como uma experiência transformadora para todos os envolvidos, 'tanto pela riqueza da experiência humana quanto pela qualidade da aprendizagem mútua que é vivenciada'.⁷

Os GMFs demarcam uma nova fase no tratamento dos transtornos psiquiátricos, ao fomentar uma dinâmica interativa que torna os 'utentes', especialmente aqueles que sofrem de psicose e os respetivos familiares, conscientes dos *links* de interdependência patológica em que estão envolvidos. Isso permite que estes reflitam e comparem a sua situação com as de outros participantes.

O processo desenrola-se através de reuniões coletivas baseadas em algumas regras: todos os indivíduos são 'ouvidos, compreendidos e respeitados na medida em que sentem que podem contar com a ajuda uns dos outros e, portanto, com a opinião uns dos outros, mesmo que diferente da sua', todos de igual valor. No seio do grupo, 'é construída uma situação em que todos podem olhar a partir de fora para o papel que desempenham e a maneira como o fazem: crianças, pais e cuidadores, eles próprios crianças e/ou pais nas suas próprias vidas'. Além do valor intrínseco da dimensão interior, existe a dimensão relacional de um encontro entre pessoas: 'já não se é uma

⁵ Esta designação teve origem na década de 1930, sendo creditada a J. L. Moreno

⁶ A literatura e os testemunhos neste estudo destacam vários benefícios, incluindo a melhoria das relações familiares e as reduções nas admissões em TSO e na terapia medicamentosa. Como observado, "Na medida em que a competência dentro da família e entre famílias aumenta, a terapia medicamentosa pode ser reduzida 3 a 4 vezes, de maneira gradual e consistente, e a melhoria das relações familiares". Cf. Canevaro A., Bonifazi S. (2011), *Il gruppo multifamiliare*. Uma abordagem experiencial, Armando Editore, Roma, p. 49.

⁷ Cf. by G. Villa (2016), *Il Gruppo Multifamiliare tra funzione migrante e apprendimento*, 'In Gruppo: omogeneità e differenze, rivista online Argo6.

criança, pai ou psiquiatra. Sente-se em pé de igualdade com o outro', enquanto o diálogo entre utentes e membros da família não pode prescindir de 'olhar nos olhos uns dos outros' e promover o contacto emocional no 'espaço dramático' do encontro. Temas-chave da participação no GMF incluem 'partilha', 'confronto', 'troca', 'apoio' ou 'ajuda'⁸, estabelecendo um clima terapêutico baseado na confiança, empatia, respeito, autoaceitação e aceitação dos outros e espontaneidade do contacto humano. Esta atmosfera é influenciada pelas qualidades relacionais, especialmente empatia, dos cuidadores, começando pelo condutor/coordenador. Esta figura estimula e regula os diálogos dando a palavra a todos os que a solicitam, facilitando a rápida circulação de ideias e incentivando uma sucessão de intervenções baseadas em 'associações livres' para que todos possam aprender, por analogia ou imitação, a partir das experiências dos outros. Além disso, os participantes podem espelhar-se uns nos outros.

O condutor, auxiliado por outros coterapeutas, deve abster-se de qualquer julgamento das pessoas que sofrem e dos membros da família. Todos devem, também, renunciar às suas 'certezas cognitivas para se imergirem no mundo dos afetos e emoções; aceitando flutuar livremente junto com todos os outros,'⁹ e para poderem, então, discutir como equipa o que acontece nos grupos. Esta experiência contínua de aprendizagem no grupo reúne cuidadores e membros da família.

Os GMFs evidenciam a família como a esfera do 'paciente designado', removendo-a do isolamento e elevando-a na cooperação terapêutica como participante ativa em projetos de recuperação. Simultaneamente, incentivam a exploração da 'autoajuda' entre os membros da família. Notavelmente, a maioria dos membros da família dos GMF também está envolvida em grupos de autoajuda¹⁰, que por sua vez podem evoluir a partir de grupos multifamiliares que gradualmente se tornam autónomos. Como expresso, 'a arte dos GMFs é ajudar as famílias a ajudarem-se a si próprias', então 'quando isso acontece, o grupo pode funcionar por conta própria'¹¹.

7.1.1. A Investigação: Propósito, Objetivos Cognitivos e Metodologia

O objetivo principal desta investigação exploratória inicial foi aprofundar a compreensão das experiências e funcionamento dos GMFs em quatro países europeus, cada um com histórias e trajetórias distintas na transição da psiquiatria para a saúde mental. Embora estas experiências sejam relativamente recentes, ainda não sejam generalizadas ou uniformes e estejam em evolução, representam uma abordagem convincente para lidar com o sofrimento sob uma perspetiva sistémica, familiar e comunitária, que vai além dos serviços especializados e terapias individuais. A investigação desenrolou-se em duas fases sequenciais:

1) Um inquérito inicial que visou recolher informações sobre as características gerais, organizacionais e operacionais dos GMFs, através do preenchimento de um questionário pelos participantes. Os objetivos cognitivos específicos englobam os seguintes conjuntos de indicadores:

- Aspectos gerais: momento de criação, entidade promotora e serviço ativador, orientação teórico-metodológica.
- Elementos logísticos e organizacionais: adequação da sala de reuniões e organização dos espaços, métodos de reunião, frequência, duração e horário.
- Recursos humanos envolvidos: entidade, habilitações, formação específica e composição da equipa.

⁸ Ver (ed.) R. Frisanco (2016), *Reti di cura e disagio psichico. Utenti, famiglie e servizi di salute mentale a Roma*, Palombi Editori, Roma.

⁹ Cf. Narraci A. (2015), *Psicanalisi Multifamiliare come Esperanto*, Antigone Edizioni, Torino.

¹⁰ See (ed.) Frisanco R., op. cit.

¹¹ Op. cit., Canevaro A and Bonifazi S. (2011), p. 31.

- Aspectos operacionais do grupo: tamanho, abertura-fecho, fases e sessões, supervisão e intervenção, interrupções, alterações ao longo do tempo e impacto da pandemia de COVID.
- Características dos participantes: via de encaminhamento, faixa etária e transtornos prevalentes.

2) Um estudo qualitativo aprofundado sobre os GMFs realizado em cada país, com duas entrevistas a *focus groups*: O primeiro *focus group* representou os condutores de grupo, enquanto o segundo envolveu uma pequena amostra de utentes. Juntos, facilitaram uma avaliação subjetiva inicial do fenómeno observado, identificando pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças.

O 'valor acrescentado' deste estudo reside na comparação das experiências nos quatro países, destacando disparidades e aspetos originais, complementados por reflexões das partes diretamente envolvidas.

Do ponto de vista metodológico, a investigação exibiu, predominantemente, as características (e limitações) de um estudo exploratório: Na primeira fase utilizou-se um questionário estruturado com 36 perguntas fechadas e respostas alternativas, a responder *online* através da plataforma *Google Forms*. A fase qualitativa subsequente envolveu entrevistas com pequenos grupos de condutores e utilizadores (*focus groups*), guiadas por perguntas específicas para facilitar discussões coletivas aprofundadas sobre os pontos-chave dos GMF ('*focus*').

7.1.2. Análise dos Dados provenientes dos Quatro Países da UE

Nos quatro países, foram examinados 92 Grupos Multifamiliares, um número menor que o esperado. Esta circunstância é relevante, especialmente considerando que, exceto em Portugal, a adoção generalizada de GMF poderia ter permitido a exploração de uma amostra maior de casos. Estas experiências ainda não estão bem estabelecidas e estáveis, dada a sua integração relativamente recente no sistema de serviços de saúde mental. É digno de nota que, mesmo em locais com um sistema de informação em saúde mental, como Itália, os dados sobre esta abordagem terapêutica não são recolhidos, refletindo uma falta de reconhecimento dos GMFs como um aspeto inovador.

7.1.3. O Perfil dos Grupos Multifamiliares (GMFs)

Os Grupos Multifamiliares (GMFs) examinados nos quatro países têm diferentes durações de atividade. A sua média de 'senioridade' é de 8.5 anos no geral, mas o valor mais preciso, da mediana, é pouco mais de 6 anos. Os GMFs mais estabelecidos estão em Espanha, com uma média de 10.6 anos de atividade, seguidos por Itália e Portugal (8.6 anos). A aparição de GMFs nos serviços de saúde mental na Bélgica é relativamente recente, com uma média de 6.1 anos. Itália tem a experiência mais longa, com GMFs ativos há 45 anos, enquanto em Espanha, 9 grupos têm estado ativos durante pelo menos 15 anos, com o mais antigo estabelecido há 38 anos. Na Bélgica, o grupo mais antigo tem um histórico de 23 anos. Note-se que os GMFs que têm estado ativos durante mais tempo adotaram o modelo de psicanálise multifamiliar de G. Badaracco, principalmente presente em Espanha e em Itália. Estes grupos têm estado ativos durante 9 anos, especialmente em Espanha, onde a média de senioridade dos GMFs com propriedades psicanalíticas é quase de 11 anos.

Relativamente a quem preencheu o questionário, os psicólogos (53.3%) constituíram o grupo mais representado, especialmente em Itália e na Bélgica (mais em Flandres), enquanto em Espanha, os psiquiatras desempenharam um papel mais proeminente. A prevalência de psicólogos sobre outros papéis indica tanto a sua acentuada presença numérica nos grupos, como o seu envolvimento

desigual na condução terapêutica dos GMFs. Enfermeiros e assistentes sociais, figuras auxiliares nos serviços de saúde mental, tiveram um papel marginal no preenchimento do questionário (Tabela 2).

Tabela 2. Ocupação profissional dos respondentes do questionário.

DESCRIÇÃO	Total		I	S	B	P
	v.a	%				
Psicólogos	49	53.3	18	11	18	2
Psiquiatras	37	40.2	15	15	5	2
Enfermeiros	1	1.1	0	0	0	1
Assistentes Sociais	2	2.2	0	2	0	0
Outros	3	3.2	2	0	1	0
Total	92	100	35	28	24	5

Fonte: investigação FA.M.HE 2023. v.a. = valor absoluto; % = valor relativo.

Aa estruturas administrativas onde os GMFs são estabelecidos são predominantemente públicas (57.6%), com distribuições variadas em diferentes países. Em Itália e Portugal, há um envolvimento mais pronunciado das instituições de saúde, enquanto em Espanha, iniciativas de entidades privadas (ou sector terciário) predominam ligeiramente, semelhantemente à situação na Bélgica (Tabela 3).

Tabela 3. Tipo de estrutura administrativa. *Estruturas privadas tanto do sector associativo como do sector do lucro privado; **0 são do sector de lucro privado e 5 são entidades do sector terciário afiliadas ao público; *Organizações sem fins lucrativos.**

DESCRIÇÃO	Total		I	S	B	P
	v.a.	(%)				
Pública	53	57.6	26	13	11	3
Privada	38	41.3	9*	15**	13***	1
Parceria público-privada	1	1.1	0	0	0	1
Total	92	100	35	28	24	5

Fonte: investigação FA.M.HE 2023. v.a. = valor absoluto; % = valor relativo.

O tipo de serviço no qual os GMFs são mais promovidos e utilizados é o serviço territorial de saúde mental (34.8%). Este modelo prevalece em Itália e Espanha, onde a rede destes serviços é mais extensa. Na Bélgica, o hospital psiquiátrico tradicional ainda desempenha um papel significativo, no entanto, tem capacidade para acolher abordagens inovadoras como os GMFs. Notavelmente, esta particularidade da experiência belga permite avaliar a eficácia do grupo no processo de ultrapassar estas estruturas mais tradicionais. No entanto, tanto na Flandres como na Valónia, os Centros de Saúde Mental estão completamente desconectados da gestão dos GMFs, levando a uma situação caracterizada por responsabilidades fragmentadas para os serviços de saúde mental entre os governos federal e local. A experiência portuguesa é um pouco semelhante, com os poucos grupos analisados presentes exclusivamente em instalações psiquiátricas de internamento hospitalar geral e em instalações residenciais (Comunidade Terapêutica) (Tabela 4).

Tabela 4. Ambiente/local onde as sessões foram conduzidas.

DESCRIÇÃO	Total		I	S	B	P
	v.a.	(%)				
Centro de Saúde Comunitário	32	34.8	19	13	0	0
Hospital Psiquiátrico	23	25.0	0	1	22	0
Hospital Geral/Ala Hospitalar	7	7.6	2	1	1	3
Organização Comunitária	12	13.0	7	5	0	0
Comunidade Terapêutica	6	6.5	2	2	0	2
Hospital de Dia	5	5.4	0	5	0	0
Outros	7	7.6	5	1	1	0
Número total de respondentes	92	100	35	28	24	5

Fonte: investigação FA.M.HE 2023. v.a. = valor absoluto; % = valor relativo.

No entanto, os GMFs com um foco territorial, de um tipo não exclusivamente médico, constituem a maioria dos casos examinados (53.3%). Esta proporção sobe para 74.3% entre os examinados em Itália, indicando um crescimento no uso da conceção e da prática 'relacional' como abordagem terapêutica em saúde mental. A abordagem sistémica-familiar introduzida pelos GMFs, onde quer que operem, significa uma mudança em relação à abordagem psiquiátrica tradicional centrada em medicamentos e leitos. Afirma, assim, um novo paradigma operacional nos serviços de saúde mental.

Em resumo, observa-se que os GMFs são considerados um recurso indispensável para a atividade terapêutica em qualquer tipo de serviço, seja territorial, de internamento, residencial ou diurno, cada um com as suas configurações e objetivos únicos. Por outras palavras, em qualquer tipo de organização terapêutica, o GMF tem uma missão distinta, especialmente quando está aberto e investido na sua continuidade ao longo do tempo.

No que concerne ao tipo predominante de cuidados em instalações com um grupo multifamiliar, os cuidados ambulatorio-territoriais são os mais comuns (57.6%). No entanto, esta prevalência está concentrada em Itália e Espanha, onde quase 8 em cada 10 casos se enquadram nesta categoria. Em contraste, nas duas regiões da Bélgica e em Portugal, os GMFs servem principalmente pacientes internados nas enfermarias psiquiátricas do Hospital Geral ou no Hospital de Dia (constituindo 69% dos tipos de cuidados) (Tabela 5).

Tabela 5. Tipo de assistência/serviço prestado.

DESCRIÇÃO	Total		I	S	B	P
	v.a.	(%)				
Ambulatório	53	57.6	22	20	10	1
Hospital de Dia	25	27.2	2	8	13	2
Ala de Internamento	21	22.8	1	1	18	1
Cuidados Residenciais	8	8.7	4	1	2	1
Outros	14	15.2	9	3	2	0
Número total de respostas	121	131.5	38	33	45	5
Número total de respondentes	92	100	35	28	24	5

Fonte: investigação FA.M.HE 2023. v.a. = valor absoluto; % = valor relativo.

Entre os vários propósitos da intervenção dos GMFs, o principal alinha-se com o objetivo psicoterapêutico, constituindo quase 9 em cada 10 unidades. Em média, este objetivo psicoterapêutico é acompanhado por outro, mais frequentemente o de apoio aos participantes ou o psicoeducativo. O ‘apoio’ está intimamente ligado às intervenções psicoterapêuticas ou psicoeducativas, facilitando os seus objetivos, ao criar um ambiente de aceitação, compreensão das experiências e partilha do sofrimento. Os poucos grupos que não privilegiam o objetivo psicoterapêutico são aqueles orientados para a autoajuda, para o aconselhamento e/ou apoio simples, ou para a ação psicoeducativa que provavelmente opera lado a lado com a intervenção terapêutica. Em média, os GMFs belgas são os que implementam mais objetivos de intervenção (2.9), com algumas variações entre Flandres e Valónia (onde há mais ênfase na autoajuda e no aconselhamento), em contraste com os GMFs italianos (1.8) (Tabela 6).

Tabela 6. Objetivos da intervenção de GMF, com base nas respostas ao questionário.

DESCRIÇÃO	v.a.	Total (%) ¹	(%) ²	I	S	B	P
Psicoterapêuticos	79	39.9	85.9	27	28	20	4
Apoio	42	21.2	45.6	12	14	16	0
Psicoeducativos	36	18.2	39.1	13	6	15	2
Autoajuda	20	10.1	21.7	8	3	9	0
Aconselhamento	15	7.6	16.3	2	6	7	0
Outros	6	3.0	6.5	1	2	2	1
Número total de respondentes	92	100	-	63	59	69	7
Número total de respostas	198	-	215.1	35	28	24	5

Fonte: investigação FA.M.HE 2023. v.a. = valor absoluto; %¹ = valor relativo, considerando o número total de respondentes; %² = valor relativo considerando o número total de respostas.

A distribuição dos GMFs relativamente ao seu enquadramento teórico revela uma preferência predominante por uma das quatro principais teorias: psicanalítica, psicoeducativa, psicodinâmica e sistémica. No entanto, estas abordagens não são estritamente exclusivas, apresentando frequentemente pontos de contacto, hibridizações e procedimentos técnico-operacionais partilhados. Na amostra dos quatro países europeus, a abordagem teórica mais prevalente é a psicanálise multifamiliar (52%), introduzida por G. Badaracco. Esta abordagem é quase exclusiva nas experiências de grupo em Itália e Espanha, constituindo 92% do total. Seguem-se, em ordem de frequência, a teoria familiar sistémica e a abordagem psicoeducativa, ambas especialmente presentes na experiência belga. Por fim, apenas 15% dos grupos, limitados a Itália e Bélgica, adotam a abordagem psicodinâmica.

É importante observar as respostas ‘outros’, que indicam experiências locais (como grupos terapêuticos) ou uma combinação de diferentes teorias e técnicas. Um exemplo ilustrativo é o de Javier Sempere em Espanha, que iniciou o Grupo de Psicanálise Multifamiliar e desenvolveu o seu próprio modelo de Terapia Familiar, incorporando a teoria do apego (Bowlby) e a abordagem do diálogo aberto (Seikkula). Outros casos de experimentação podem ser encontrados na Bélgica (o modelo de Maudsley baseado em princípios cognitivos e o modelo psicoeducativo de McFarlane) e em Itália com o Grupo Multifamiliar de Psicanálise Integrativa (Mandelbaum). Este panorama diversificado reflete a diversidade inerente à moldagem de técnicas terapêuticas aplicadas às famílias (Tabela 7).

Tabela 7. Base teórica dos GMFs.

DESCRIÇÃO	Total		I	S	B	P
	v.a.	(%)				
Psicanálise Multifamiliar	48	52.2	21	23	2	2
Psicoeducação	18	19.6	7	0	9	2
Teoria Sistémica	24	26.1	4	4	16	0
Teoria Dinâmica	14	15.2	4	6	4	0
Outra base teórica	17	18.5	3	8	5	1
Número total de respostas	121	131.5	37	41	36	5
Mais que uma base teórica	27	29.4	2	13	12	0
Número total de respondentes	92	100	35	28	24	5

Fonte: investigação FA.M.HE 2023. v.a. = valor absoluto; % = valor relativo.

No total, existem 261 membros da equipa distribuídos pelos 92 GMFs, com uma média de 2.8 profissionais por unidade, sem diferenças significativas entre os quatro países. Examinando as suas habilitações, os dados evidenciam a presença predominante de graduados em psicologia, encontrados em 9 em cada 10 GMFs, com uma representação consistente nos quatro países. Os diplomados em psiquiatria também estão bem representados na maioria dos grupos, ficando ligeiramente atrás dos psicólogos, exceto em Espanha, onde estão presentes em 8 em cada 10 casos. Os enfermeiros surgem como o terceiro grupo profissional mais prevalente, especialmente na Bélgica, onde os grupos são mais ativos em contexto de psiquiatria hospitalar¹². Seguem-se os assistentes sociais, e os educadores com uma presença ainda menor. Estes dois últimos grupos são relativamente mais comuns nos GMFs italianos, muitas vezes complementando a experiência de psicólogos ou psiquiatras, ocasionalmente com a inclusão de terapeutas de reabilitação. Figuras semelhantes, incluindo 'Outros' 17 cuidadores, também são observadas na Bélgica (Tabela 8).

Tabela 8. Habilitações dos membros do GMF. *Terapeutas de reabilitação ** Outros terapeutas (11), Profissional por experiência (2), Outros (4).

DESCRIÇÃO	Total		I	S	B	P
	v.a.	(%)				
Psicólogos	82	89.1	33	24	22	3
Psiquiatras	52	56.5	17	22	10	3
Enfermeiros	41	44.6	13	10	15	3
Assistentes Sociais	29	31.5	12	8	7	2
Educadores	12	13.0	6	1	4	1
Terapeutas Educacionais	10	10.9	2	7	0	1
Outras	35	38.0	13*	4	17**	1
Número total de respostas	261	283.7	96	76	75	14
Valor médio	2.8	-	2.7	2.7	2.8	2.8
Número total de respondentes	92	100	35	28	24	5

Fonte: investigação FA.M.HE 2023. v.a. = valor absoluto; % = valor relativo.

¹² Uma distinção pode ser feita na Bélgica, entre Flandres, onde trabalham mais psicólogos e assistentes sociais, e Valónia, que tem uma proporção maior de psiquiatras e enfermeiros. Tais situações parecem caracterizar dois modelos de abordagem terapêutica em saúde mental.

Uma questão pertinente diz respeito à formação psicoterapêutica dos membros da equipa, complementar tanto à formação universitária, onde o ênfase é colocado no indivíduo, como à formação especializada, que, na maioria dos casos, inclui o tratamento da família nuclear. Trabalhar com um grupo grande pode induzir um cuidador a 'experenciarm habitualmente a sensação de perda de controlo terapêutico com o conseqüente surgimento de ansiedade e comportamentos de evitamento'¹³. Conseqüentemente, considera-se essencial que a formação dos envolvidos nos GMFs, especialmente aqueles que os lideram, englobe a psicoterapia individual, de grupo e sistêmica-familiar, juntamente com a familiarização com o psicodrama e os grupos de gestalt, independentemente da orientação teórica do grupo.

No que diz respeito às técnicas de formação e competências transmitidas aos grupos no estudo, foram identificadas seis áreas principais: psicoterapia cognitivo-comportamental, terapia familiar sistêmica, psicanálise, análise de grupo, outras terapias de grupo e terapia psicodinâmica. Há um ênfase notável na formação em 'terapia familiar sistêmica' (citada por 57.5% dos cuidadores) e, secundariamente, na 'terapia psicodinâmica' (46.7%). Quatro em cada dez facilitadores de GMFs reconhecem a importância da formação em psicanálise, alinhando-se com a abordagem teórica de um número significativo de grupos. Em média, são mencionados 2.5 tópicos de formação específica, com Espanha a reportar uma média mais elevada de 3.1, onde são também reconhecidos campos de formação adicionais. Por outro lado, a Bélgica regista uma média inferior de 1.8, com um foco específico em estudos aprofundados nos domínios sistémico e cognitivo-comportamental (Tabela 9).

Tabela 9. Tipo de *background* psicoterapêutico dos membros de equipa do GMF.

DESCRICHÃO	Total		I	S	B	P
	v.a.	(%)				
Terapia Sistêmica	53	57.5	20	12	19	2
Terapia Psicodinâmica	43	46.7	18	16	5	4
Psicanálise	36	39.1	16	16	2	2
Grupanálise	29	31.5	8	20	0	1
Psicoterapia Cognitivo-Comportamental	27	29.3	12	4	10	1
Outras Terapias de Grupo	22	23.9	7	12	3	0
Outras	22	23.9	7	8	5	2
Número total de respostas	232	252.2	88	88	44	12
Valor médio	2.5		2.5	3.1	1.8	2.4
Número total de respondentes	92	100	35	28	24	5

Fonte: investigação FA.M.HE 2023. v.a. = valor absoluto; % = valor relativo.

Outro aspeto distintivo do perfil operacional do grupo é a sua condução - a assunção da coordenação terapêutica com a responsabilidade de manter o normal funcionamento do GMF. Os autores que estudam os GMFs confirmam que um grupo deve ter pelo menos um par de terapeutas, um liderando o grupo e o outro (ou outros) atuando como coterapeuta(s), desempenhando um papel complementar e envolvendo-se na observação participante da dinâmica do grupo. Especialmente em grupos maiores, é aconselhável ter mais de um condutor e vários coterapeutas. Os papéis de condutor e terapeuta têm uma significância estratégica, particularmente durante as reuniões iniciais e fases de transição dentro do grupo, com o objetivo de incentivar a interação entre todos os membros, estabelecer uma atmosfera propícia e conter as manifestações

¹³ See Canevaro A. and Bonifazi S. (2011), *Il gruppo multifamiliare. Un approccio esperienziale*, Roma, Armando Editore.

emocionais e psicológicas das ansiedades familiares. Eles também intervêm consistentemente com uma abordagem coesa para interligar narrativas e ocorrências, atribuindo significado e perspectiva às experiências dos participantes. Na maioria dos 92 grupos estudados (54.3%), há uma condução estruturada envolvendo coordenação conjunta a um nível mais terapêutico, que pode ser realizada por vários profissionais (em 42 GMFs). Algumas variações são notáveis entre os quatro países: a prevalência de condutores é maior entre os GMFs italianos (63 em 100) e os poucos GMFs portugueses, diminuindo na Espanha (57 em 100) e reduzindo significativamente na Bélgica (37.5%), onde os GMFs são liderados pelo par psicólogo-enfermeiro (em Flandres) ou pelo par psiquiatra-enfermeiro (em Valónia) (Tabela 10).

Tabela 10. Composição da equipa do GMF.

DESCRIÇÃO	Total		I	S	B	P
	v.a.	(%)				
1 condutor e coterapeutas	42	45.6	21	10	8	3
Apenas coterapeutas (sem condutor)	42	45.6	13	12	15	2
2 ou 3 condutores ou mais coterapeutas	8	8.7	1	6	1	0
Total	92	100	35	28	24	5

Fonte: investigação FA.M.HE 2023. v.a. = valor absoluto; % = valor relativo.

Os profissionais e as equipas envolvidos em todas as atividades psicoterapêuticas precisam de monitorizar a conduta e o progresso do grupo através de uma metodologia de controlo específica. Inicialmente, é utilizada a supervisão, que, no caso do GMF, pode ocorrer em diferentes momentos e de várias maneiras: com monitorização contínua realizada pela mesma equipa após cada sessão; através de reuniões periódicas da equipa de serviço, incluindo discussões sobre o tratamento de casos individuais; e através de uma avaliação externa do progresso do grupo. A supervisão externa pode complementar a supervisão interna.

No total, pouco menos de metade dos grupos (49%) incorporam supervisão interna e/ou externa. Os italianos mostram a maior inclinação para esta prática (57.1%), seguidos pelos espanhóis e belgas (50%), enquanto um em cada cinco grupos em Portugal recorre a supervisão. Em alguns casos, como indicado nos relatórios nacionais, é realizada 'supervisão entre pares', envolvendo uma comparação entre terapeutas que lideram ou participam no grupo.

Pelo contrário, a intervenção é praticada quase universalmente, com variações negligenciáveis. Esta abordagem facilita o acompanhamento de utilizadores individuais do serviço que também são participantes do grupo; os casos são discutidos colaborativamente e as ideias e sugestões são trocadas. Em essência, funciona como um método de 'aprender fazendo', permitindo o estabelecimento de abordagens eficazes para trabalhar em casos individuais e a aprendizagem dos aspetos práticos para lidar com situações semelhantes (Tabela 11).

Tabela 11. Supervisão e intervisão no GMF.

SUPERVISÃO	Total		I	S	B	P
	v.a.	(%)				
Interna	23	25.0	12	9	2	0
Externa	12	13.0	3	4	5	0
Interna e externa	9	9.8	5	3	0	1
Sem supervisão	47	51.1	15	12	16	4
Omitido	1	1.1	0	0	1	0
Número total de respostas	92	100	35	28	24	5
INTERVISÃO						
Sim	88	95.7	33	27	24	4
Não	4	4.3	2	1	0	1
Número total de respondentes	92	100	35	28	24	5

Fonte: investigação FA.M.HE 2023. v.a. = valor absoluto; % = valor relativo.

7.1.4. Características dos Participantes de GMFs

O conjunto de perguntas que se segue diz respeito ao perfil dos participantes, abrangendo a sua origem, faixa etária, dados geracionais, relações e diagnóstico. Em 70% dos casos, os grupos incluem participantes de duas gerações, uma condição estabelecida no início da investigação, enquanto nos restantes 30%, há casos de três gerações (ver Tabela 12).

Tabela 12. Número de gerações envolvidas nos GMFs.

DESCRIÇÃO	Total		I	S	B	P
	v.a.	(%)				
2 gerações	64	69.6	25	19	16	4
mais que 2 gerações	28	30.4	10	9	8	1
Número total de respondentes	92	100	35	28	24	5

Fonte: investigação FA.M.HE 2023. v.a. = valor absoluto; % = valor relativo.

Cada família participante é, portanto, composta por dois ou mais membros, representando pelo menos duas gerações e geralmente envolvendo familiares adicionais, como irmãos, tios ou avós dos indivíduos sob cuidados.

Quanto à origem dos utentes que participam nos GMFs, observa-se que, 7 em cada 10 casos, consistem, exclusivamente, em indivíduos encaminhados pela mesma instituição ou serviço que estabeleceu o GMF. Por outro lado, em apenas 1 em cada 10 casos, os indivíduos são enviados por outros serviços, entidades ou organizações, ou provêm de fontes externas. Os restantes 20% dos grupos apresentam uma composição híbrida, incluindo utentes tanto do serviço que gere o GMF como aqueles provenientes de serviços externos. Pode-se inferir que estes grupos são relativamente bem reconhecidos e valorizados dentro do seu contexto, abordando principalmente as necessidades de cobertura terapêutica dos serviços que os iniciam, promovendo assim a continuidade dos cuidados para os seus utentes (ver Tabela 13).

Tabela 13. Tipo de encaminhamento para os pacientes de GMF.

DESCRIÇÃO	Total		I	S	B	P
	v.a.	(%)				
Encaminhamento interno	64	69.6	22	22	15	5
Encaminhamento externo	9	9.8	7	1	1	0
Tanto interno como externo	19	20.6	6	5	8	0
Número total de respondentes	92	100	35	28	24	5

Fonte: investigação FA.M.HE 2023. v.a. = valor absoluto; % = valor relativo.

Os grupos analisados exibem uma predominante homogeneidade relativamente ao grupo etário dos indivíduos sob cuidado. Sessenta e três por cento dos grupos são especificamente adaptados a uma categoria etária particular, com um foco principal no grupo etário 'adulto', na maioria dos casos (53.4%). Notavelmente, este grupo demográfico constitui um terço dos GMFs, com uma maior prevalência em Itália (40%) em comparação com a Bélgica (25%). Há, ainda, uma percentagem considerável de grupos dedicados ao grupo etário de crianças-adolescentes a jovens adultos (20.7% nos quatro países, especialmente 25% na Bélgica), enquanto a representação de idosos é mínima, e os poucos que pertencem a este grupo etário são acomodados dentro dos grupos de adultos (ver Tabela 14).

Tabela 14. Faixa etária de pacientes envolvidos nas sessões de GMF. *Existem 2 grupos dos 0 aos 18 anos de idade.

DESCRIÇÃO	Total		I	S	B	P
	v.a.	(%)				
Até aos 12 anos de idade	3	3.3	2	1	0	0
Dos 13 aos 18 anos de idade (adolescentes)	16	17.4	5	5	6*	0
Adultos	31	33.7	14	9	6	2
Seniores (mais do que 65 ano)	3	3.3	1	2	0	0
Outros (e.g. abaixo dos 25 ou entre os 15 e os 25)	5	5.4	1	1	3	0
Número total de respostas	58	63.0	23	18	15	2
Diferentes grupos etários	34	37.0	12	10	9	3
Número total de respondentes	92	100	35	28	24	5

Fonte: investigação FA.M.HE 2023. v.a. = valor absoluto; % = valor relativo.

É intrigante analisar os participantes dos grupos em relação ao seu papel familiar ou proximidade com a família do paciente. A presença dos pais do paciente é predominante em praticamente todos os grupos (93.5%). Além disso, o envolvimento de outros parentes, como irmãos ou avós que coabitam com os pacientes, e membros da família alargada é notável, representando 49 em cada 100 casos. Consideravelmente, mais de um terço dos participantes consiste em indivíduos que não estão relacionados com a família.

Notoriamente, em 65.2% dos grupos, tanto os parentes que residem com o indivíduo com transtorno mental, quanto os parentes que não coabitam ou os indivíduos externos à família, estão presentes em frequência semelhante. Em média, cada GMF apresenta 3.4 componentes diferentes

dentro das categorias mencionadas, aumentando para 4.4 nos cinco grupos analisados em Portugal (Tabela 15).

Tabela 15. Tipo de relações familiares no GMF.

DESCRIÇÃO	Total		I	S	B	P
	v.a.	(%)				
Pais	91	98.9	34	28	24	5
Crianças	86	93.5	32	26	24	4
Outros indivíduos que vivem com o paciente	64	69.6	23	16	20	5
Outros indivíduos da família alargada	45	48.9	11	18	12	4
Indivíduos que não pertencem à família	32	34.8	7	10	11	4
Número total de respostas	318	345.6	107	98	91	22
Indivíduos de dentro e de fora da família	60	65.2	33	10	12	5
Valor médio	3.4	-	3.1	3.5	3.8	4.4
Número total de respondentes	92	100	35	28	24	5

Fonte: investigação FA.M.HE 2023. v.a. = valor absoluto; % = valor relativo.

Ao examinar os diagnósticos dos participantes, há uma prevalência de grupos com diversos tipos de transtornos psiquiátricos, totalizando 73, em contraste com 19 GMFs exclusivamente dedicados a um único transtorno. Os grupos que abrangem um espectro mais amplo de diagnósticos predominam em todos os países, com um mínimo de 9 em cada 10 grupos exibindo essa característica, exceto na Bélgica, particularmente na Flandres. Nesta região belga, há uma predominância de GMFs cujos pacientes têm um diagnóstico homogêneo, focando-se, mais especificamente, em diagnósticos relacionados com dependência de drogas e transtornos alimentares, que frequentemente envolvem uma população mais jovem, especialmente adolescentes (10 grupos em Flandres). Por outro lado, a Valónia destaca-se por ter grupos mais heterogêneos em relação aos diagnósticos.

Geralmente, os diagnósticos predominantes que caracterizam os utentes de GMF são os mais graves¹⁴, incluindo psicose, transtornos afetivos graves e transtornos de personalidade, todos com frequências¹⁵ comparáveis. A estes seguem-se os transtornos de ansiedade, transtornos obsessivo-compulsivos e o transtorno de *stress* pós-traumático, ocupando uma posição intermediária no *ranking* (ver Tabela 16).

¹⁴ A Valónia apresenta o coeficiente mais alto entre as categorias de participantes do grupo, situando-se em 4.7. Além disso, demonstra uma presença mais elevada tanto de membros familiares internos quanto externos.

¹⁵ Segundo McFarlane W.R. (2002) em 'Grupos multifamiliares no tratamento de transtornos psiquiátricos graves', *The Guilford*, Nova York-Londres, os GMFs são considerados a intervenção psicoterapêutica a longo prazo mais eficaz para a esquizofrenia. McFarlane argumenta que a restauração dos laços familiares é uma tarefa desafiadora, mas essencial, especialmente com psicóticos crónicos.

Tabela 16. Composição dos GMFs quanto ao diagnóstico dos participantes: Heterogeneidade (Ht) e Homogeneidade (Hm) nos diagnósticos.

DESCRIÇÃO	Total		I		S		B		P	
	Ht	Hm	Ht	Hm	Ht	Hm	Ht	Hm	Ht	Hm
Não-psiquiátricos	21	2	11	2	7	0	3	0	0	0
Psicóticos	54	13	26	9	19	1	4	3	5	0
Doenças Afetivas	57	11	23	9	22	0	7	2	5	0
Transtornos de ansiedade	46	3	15	3	19	0	7	0	5	0
Transtornos de stress pós-traumático	33	4	11	4	13	0	7	0	2	0
Transtornos de personalidade	55	6	22	6	21	0	7	0	5	0
Transtornos obsessivo-compulsivos	38	3	11	3	18	0	6	0	3	0
Transtornos por uso de substâncias	28	9	12	5	10	0	3	4	3	0
Transtornos alimentares	28	9	8	3	15	0	4	6	1	0
Doenças Psicossomáticas	28	2	6	2	16	0	4	0	2	0
Outros	10	0	1	0	7	1	2	0	0	0
Número total de respostas	398	62	146	46	167	2	54	15	31	0
Mais do que tipo de doença psiquiátrica	73		33		26		9		5	
Apenas um tipo de doença psiquiátrica		19		2		2		15		0
Número total de respondentes	92		35		28		24		5	

Fonte: investigação FA.M.HE 2023.

7.1.5. Características do Grupo Multifamiliar

Uma característica primordial do GMF reside na sua dinâmica de abertura e fecho, relativa à possibilidade de entrada e/ou saída em qualquer momento durante a existência do grupo. O GMF pode ser aberto, permitindo que utentes e famílias entrem livremente ao longo de toda a sua duração. Neste cenário, é também considerado permanente, facilitando a evolução dos utilizadores e da equipa ao longo do tempo e ao longo de várias sessões, permanecendo como um componente estável de uma organização terapêutica. Alternativamente, um grupo pode adotar um estado de fecho, restringindo as entradas àquelas acordadas no início da experiência. Neste caso, tende a ser temporário, concluindo no final de uma fase particular. Exemplos incluem GMFs com o objetivo pré-estabelecido de se transformar num grupo de autoajuda ou aqueles que operam dentro de um período de tempo limitado (15-20 sessões) com um grupo homogêneo em termos de diagnóstico, como um grupo para *anorexia nervosa* ou *borderline*.

Alguns grupos exibem características diversas, como observado neste estudo, inspirando-se em diversos modelos e orientações relacionados com escolas terapêuticas específicas, contextos operacionais ou as diversas características dos participantes dentro deste enquadramento terapêutico. Estes grupos podem operar nos limites ou fora do sistema de serviços de saúde

mental (por exemplo, abordando a dependência de substâncias ou o jogo patológico sob serviços adequados) enquanto contribuem para afirmar o papel da saúde mental como parte integrante da saúde global e do bem-estar, conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Na maioria dos casos examinados, o GMF adota um modelo 'aberto', um padrão mais prevalente nas experiências italiana (80%) e portuguesa (4 em 5) em comparação com a espanhola (50%) e, especialmente, a experiência belga (29%), predominantemente a observada na Flandres. Espanha destaca-se pela prevalência de muitos GMFs 'slow-open' em relação aos restantes países (62%) (Tabela 17).

Tabela 17. Configuração dos GMFs quanto à dinâmica de abertura.

DESCRIÇÃO	Total		I	S	B	P
	v.a.	(%)				
Abertos	53	57.6	28	14	7	4
Fechados	18	19.6	5	1	12	0
Semiabertos	21	22.8	2	13	5	1
Número total de respondentes	92	100	35	28	24	5

Fonte: investigação FA.M.HE 2023. v.a. = valor absoluto; % = valor relativo.

Por outro lado, não mais do que um terço de todos os GMFs incorporam fases onde ocorrem alterações na participação, métodos operacionais ou outros aspetos. Entre estes casos, metade (15) delinea um número predeterminado de sessões para cada fase. Notavelmente, na maioria destes casos (67%), os utentes participaram ativamente em cada fase (Tabela 18, Tabela 18.1 e Tabela 18.2).

Tabela 18. Existência de fases no GMF.

DESCRIÇÃO	Total		I	S	B	P
	v.a.	(%)				
Sim	30	32.6	8	7	15	0
Não	50	54.3	19	17	9	5
Omitido	12	13.0	8	4	0	0
Total	92	100	35	28	24	5

Fonte: investigação FA.M.HE 2023. v.a. = valor absoluto; % = valor relativo.

Tabela 18. 1. (Se sim) Existe um número fixo de sessões?

DESCRIÇÃO	Total		I	S	B	P
	v.a.	(%)				
Sim	15	50.0	3	0	12	0
Não	15	50.0	5	7	3	0
Total	30	100	8	7	15	0

Fonte: investigação FA.M.HE 2023. v.a. = valor absoluto; % = valor relativo.

Tabela 18. 2. (Se sim) Os pacientes estão presentes em todas as fases?

DESCRIÇÃO	Total		I	S	B	P
	v.a.	(%)				
Sim	20	66.7	8	0	12	0
Não	10	33.3	0	7	3	0
Total	30	100	8	7	15	0

Fonte: investigação FA.M.HE 2023. v.a. = valor absoluto; % = valor relativo.

Em relação ao atual modo operacional do grupo após a emergência da COVID-19, há uma preferência notável por sessões presenciais (74%), com apenas um leve desvio do período pré-COVID-19 (76%), sem variações significativas observadas entre diferentes países. Sem dúvida, a experimentação com novos métodos de reunião facilitados pelas novas tecnologias trouxe algumas mudanças em comparação com a era pré-pandêmica. Atualmente, 19 GMFs utilizam ferramentas *online* ou alternam entre os modos *online* e presencial. Embora o modo *online* seja valioso em caso de emergência, pode não ser a escolha ideal para este tipo de reunião, onde as expressões não verbais e as reações emocionais dos indivíduos podem estar comprometidas (consulte a Tabela 19).

Tabela 19. Modalidade das sessões de GMF, na era pré- e pós- COVID-19.

DESCRIÇÃO	Total		I		S		B		P	
	Pré-Covid	Pós-Covid	Pré-Covid	Pós-Covid	Pré-Covid	Pós-Covid	Pré-Covid	Pós - Covid	Pré-Covid	Pós-Covid
Presencial	70	68	26	25	24	20	17	23	3*	0
Online	5	9	4	4	0	5	1	0	0	0
Ambos	1	10	1	6	0	3	0	1	0	0
Omitido	16	5	4	0	4	0	6	0	2	5
Número total de respondentes	92		35		28		24*		5	

Fonte: investigação FA.M.HE 2023

No que concerne ao tamanho do grupo em termos do número de participantes, os GMFs com menos de 10 pessoas são pouco frequentes, e aqueles com mais de 30 utentes são ainda mais raros (constituindo menos de 20%). O tamanho médio predominante varia entre 10 e 30 participantes, o que se verifica em todos os grupos, em cada país (65%). Este tamanho de grupo possibilita um equilíbrio, sendo suficientemente pequeno para promover uma atmosfera positiva de espontaneidade e confidencialidade entre os presentes e suficientemente grande para suportar a potencial ausência, mesmo que momentânea, de alguns participantes. Os maiores grupos são encontrados em Espanha, que também possui um histórico de GMF mais longo. A situação italiana ocupa uma posição intermédia, enquanto a Bélgica (com uma contribuição significativa dos Grupos Valões) está numa posição média-baixa. Os 5 GMFs portugueses situam-se dentro de uma faixa média-alta (Tabela 20).

Tabela 20. Número de participantes por GMF.

DESCRIÇÃO	Total		I	S	B	P
	v.a.	(%)				
Menos de 10	17	18.5	8	0	8	1
Entre 10 e 30	60	65.2	25	18	15	2
Mais de 30	15	16.3	2	10	1	2
Número total de respondentes	92	100	35	28	24	5

Fonte: investigação FA.M.HE 2023. v.a. = valor absoluto; % = valor relativo.

A frequência e a duração das reuniões representam outro aspeto que varia significativamente entre diferentes GMFs. Em 7 em cada 10 grupos, observa-se uma periodicidade predominantemente curta, com reuniões semanais ou, no máximo, quinzenais. Dois em cada dez GMFs seguem cronogramas de reunião menos frequentes, especialmente, mensalmente. Diferenças distintas entre países são evidentes relativamente ao seguinte aspeto: a Itália engloba grupos que se reúnem com mais frequência, seja semanalmente (54%) ou quinzenalmente (34%), seguida por Espanha. Em contraste, a Bélgica (especialmente Valónia) e Portugal exibem encontros menos frequentes (ver Tabela 21).

Tabela 21. Frequência das sessões e duração média (em minutos). *Excluiu-se 5 grupos que organizaram sessões com a duração de um dia.

DESCRIÇÃO	Total		I	S	B	P
	v.a.	(%)				
Semanalmente	30	32.6	19	9	2	0
Quinzenalmente	34	37.0	12	11	9	2
A cada três semanas	3	3.3	0	1	2	0
Mensalmente	19	20.6	3	7	6	3
Outros	5	5.4	0	0	5	0
Omitido	1	1.1	1	0	0	0
Número total de respondentes	92	100	35	28	24	5
Duração da sessão (média, em minutos)	100	-	98	91	106*	90

Fonte: investigação FA.M.HE 2023. v.a. = valor absoluto; % = valor relativo.

As diversas frequências de reunião podem ser atribuídas aos modelos teórico-operacionais de referência. Aqueles que adotam uma perspetiva sistémico-relacional geralmente encontram-se mensalmente, enquanto os que empregam uma abordagem psicoeducativa optam por reuniões quinzenais, e os grupos de psicanálise multifamiliar reúnem-se semanalmente.

Igualmente interessantes são as descobertas relacionadas com a duração das reuniões dos GMFs. A literatura existente sugere que as reuniões, geralmente, duram de uma hora e meia a duas horas, o que está alinhado com os tempos médios registados nesta investigação - cerca de 100 minutos com variações mínimas entre os quatro países. Os GMFs de Portugal apresentam a duração mais curta, enquanto os grupos da Bélgica têm as reuniões mais longas.

Em relação aos horários das reuniões, uma maioria significativa (68,5%) agenda encontros durante o horário laboral, com a Espanha a liderar neste aspeto (82%). Em contraste, também há GMFs que realizam reuniões em horário pós-laboral, podendo atrair uma gama mais ampla de

participantes. A Bélgica, especialmente na região da Valónia, alinha-se de perto com esta última abordagem (ver Tabela 22).

Tabela 22. Altura do dia em que as sessões de GMF ocorrem.

DESCRICHÃO	Total		I	S	B	P
	v.a.	(%)				
Horário laboral	63	68.5	25	23	11	4
Horário pós-laboral	28	30.4	10	5	12	1
Omitido	1	1.1	0	0	1	0
Total	92	100	35	28	24	5

Fonte: investigação FA.M.HE 2023. v.a. = valor absoluto; % = valor relativo.

A existência de um local de reunião espaçoso, confortável e adaptável às dinâmicas emergentes no 'espaço emocional' das sessões coletivas é essencial para o funcionamento correto dos GMFs. As questões dirigidas aos representantes dos GMFs focaram-se nas características do seu espaço de reunião: será suficientemente dimensionado e equipado para garantir o conforto e a participação de todos? Poderá garantir a confidencialidade? De modo geral, as respostas indicam uma situação favorável: a sala de reuniões é multiuso para 6 em cada 10 GMFs - um ambiente geralmente livre da temática dos problemas saúde, adequadamente dimensionado e confortável, com assentos amplos e que proporciona condições de privacidade e de confidencialidade. A Bélgica, especialmente na região da Flandres, destaca-se neste aspeto, apresentando frequentemente uma sala de psicoterapia dedicada às reuniões (consulte a Tabela 23).

Tabela 23. Características do espaço da sessão de GMF: local, adequação, capacidade e condições de privacidade.

DESCRICHÃO DA SALA	Total		I	S	B	P
	v.a.	(%)				
Sala de grupo/Sala de psicoterapia	19	20.7	1	4	12	2
Gabinete médico	2	2.2	0	0	0	2
Sala de atividades	12	13.0	9	2	0	1
Sala multiusos	54	58.7	23	21	10	0
Outros	5	5.4	2	1	2	0
Número total de respondentes	92	100	35	28	24	5
ADEQUAÇÃO						
Sim	88	95.6	33	26	24	5
Não	4	4.4	2	2	0	0
CAPACIDADE						
Sim	91	98.9	35	27	24	5
Não	1	1.1	0	1	0	0
CONDIÇÕES DE PRIVACIDADE ADEQUADAS						
Sim	89	96.7	33	27	24	5
Não	3	3.3	2	1	0	0

Fonte: investigação FA.M.HE 2023. v.a. = valor absoluto; % = valor relativo.

Uma disposição de assentos que facilite a comunicação entre todos os participantes é igualmente importante. Independentemente do tamanho do grupo, há uma colaboração próxima com uma ou

duas famílias de cada vez, aproveitando o ‘poder emocional’ coletivo dos participantes que, mesmo quando não estão a participar ativamente, transmitem emoções de forma não verbal. Além disso, podem internalizar as situações e experiências dos outros, iniciando um processo reflexivo. Em 78% dos casos as cadeiras são dispostas em círculo e às vezes em dois ou mais círculos concêntricos (15%). Com menos frequência, os indivíduos estão sentados ao redor de uma mesa, e as filas de cadeiras raramente são utilizadas (Tabela 24).

Tabela 24. Com estão distribuídos os assentos?

DESCRIÇÃO	Total		I	S	B	P
	v.a.	(%)				
Um círculo	72	78.3	28	23	17	4
Dois ou mais círculos concêntricos	14	15.2	7	5	2	0
Ao redor de uma mesa	11	12.0	4	1	5	1
Outro	3	3.3	2	1	0	0
Número total de respostas	100	108.7	41	30	24	5
Número total de respondentes	92	100	35	28	24	5

Fonte: investigação FA.M.HE 2023. v.a. = valor absoluto; % = valor relativo.

Os GMFs apresentam uma idade média ligeiramente superior a 8 anos, mas os dados da mediana relativos à antiguidade destes grupos sugerem um histórico que não ultrapassa os 6 anos. Portanto, a maioria das práticas com este dispositivo terapêutico ainda estão em processo de consolidação. Por outro lado, 65% dos grupos relatam ter experienciado uma interrupção em algum momento de sua história (ver Tabela 25).

Tabela 25. Existiu alguma interrupção desde o início?

DESCRIÇÃO	Total		I	S	B	P
	v.a.	(%)				
Sim	60	65.2	23	18	14	5
Não	32	34.8	12	10	10	0
Número total de respondentes	92	100	35	28	24	5

Fonte: investigação FA.M.HE 2023. v.a. = valor absoluto; % = valor relativo.

Embora a razão predominante para as interrupções forçadas se atribua ao período de emergência da COVID-19 (80%), um terço das respostas aponta para outras causas, sendo a escassez de recursos humanos a mais significativa entre elas. Estas interrupções também tiveram impacto no contexto ou características dos grupos em 63% dos casos. Dos 34 participantes que explicam as mudanças causadas pelas interrupções, 16 citam o efeito da COVID-19. Este efeito resultou em alterações nos métodos de interação, passando de encontros presenciais para remotos, o que também teve impacto na diminuição da participação. Em alguns casos, dois ou mais grupos foram unificados e, num caso, o grupo transitou para um formato *online* permanente. Outras razões menores para as interrupções incluem a redução do número de participantes (7 respostas), indicativa de pouca estabilidade. Mudanças de salas de reuniões para salas mais espaçosas e confortáveis, rotações de condutores, transições de grupos fechados para semiabertos ou a evolução de um grupo antigo que efetivamente encerrou sua atividade para dar lugar a um grupo rejuvenescido são outros fatores que contribuíram para as interrupções (consulte a Tabela 25.1 e a Tabela 25.2).

Tabela 25. 1. Se sim, quais foram as razões?

DESCRIÇÃO	Total		I	S	B	P
	v.a.	(%)				
Constrangimentos espaciais	0	0	0	0	0	0
Constrangimentos nos recursos humanos	12	20.0	7	0	4	1
Pandemia	48	80.0	17	16	11	4
Outras	7	11.7	4	2	1	0
Número total de respostas	67	111.7	28	18	16	5
Número total de respondentes	60	100	23	18	14	5

Fonte: investigação FA.M.HE 2023. v.a. = valor absoluto; % = valor relativo.

Tabela 25. 2. Tais interrupções alteraram o contexto ou características do grupo?

DESCRIÇÃO	Total		I	S	B	P
	v.a.	(%)				
Sim	38	63.3	12	15	8	3
Não	22	36.7	11	3	6	2
Número total de respondentes	60	100	23	18	14	5

Fonte: investigação FA.M.HE 2023. v.a. = valor absoluto; % = valor relativo.

7.1.6. Leitura Comparativa dos GMFs dos Quatro Países

A tabela abaixo esboça de forma abrangente o perfil do GMF para cada um dos quatro países, resumindo as respostas predominantes, para comparação (Tabela 26).

Tabela 26. Comparação entre os GMFs dos diferentes países.

DESCRIÇÃO	ITÁLIA	ESPANHA	BÉLGICA	PORTUGAL
Anos de atividade (média)	8.6	10.6	6.1	8.6
Estrutura administrativa	Pública	Privada	Privada	3 Públicas (2 Privadas)
Tipo de estrutura	Centro de Saúde Comunitário	Centro de Saúde Comunitário	Hospital Psiquiátrico	3 Hospitais Gerais – Serviços de Psiquiatria
Tipo de serviço de assistência	Ambulatório	Ambulatório	Ala de internamento; Hospital de dia	Ala de internamento; Hospital de dia
Objetivos do GMF	Psicoterapêutico	Psicoterapêutico	Apoio; Psicoeducativo	Psicoterapêutico
Formação	Psicólogo;	Psiquiatra	Enfermeiro	Psicólogo;

acadêmica	Assistente Social			Psiquiatra; Enfermeiro
Média de terapeutas/ figuras presentes nos GMFs	2.7	2.7	3.1	2.8
Background teórico dos GMFs	Psicanálise Multifamiliar	Psicanálise Multifamiliar	Teoria Sistêmica; Psicoeducação	Psicanálise Multifamiliar e outros
Tipo de background psicoterapêutico dos membros da equipa	Terapia Sistêmica; Terapia Psicodinâmica; Psicanálise	Grupanálise, Psicanálise; outras terapias de grupo	Terapia Sistêmica; Terapia cognitivo-comportamental	Terapia Psicodinâmica
Composição das equipas de GMF	1 condutor e coterapeutas	2-3 condutores ou mais coterapeutas	Apenas coterapeutas	Condutores e coterapeutas
Supervisão	Interna e/ou externa	Interna e/ou externa	Sem supervisão	Supervisão (1)
Grupo etário dos pacientes	Adultos	Adultos	Adultos e adolescentes	Adultos
Tipo de relação familiar	Pais, filhos e membros que vivem com o paciente.	Membros da família alargada	Membros que vivem com o paciente; Indivíduos que não pertencem à família	Membros que vivem com o paciente
Número de familiares, parentes e indivíduos externos à família	3.1	3.5	3.8	4.4
Tipo de grupo	Aberto	<i>Slow-open</i>	Fechado	Fechado, aberto, e <i>slow-open</i>
O grupo tem fases?	Não	Não	Sim	Não
Número de pacientes por grupo	10 a 30	Mais de 30	10 a 30	30 ou mais
Frequência das sessões	Semanalmente	Quinzenalmente	A cada 3 semanas ou mensalmente	Mensalmente (3)
Tempo de sessão (média, em minutos)	98	91	106	60-120
Período do dia	Horário laboral	Horário laboral	Horário pós-laboral	Horário laboral
Espaço ou sala	Sala multiusos	Sala multiusos	Sala de psicoterapia	Sala de psicoterapia ou sala multiusos
Como estão posicionadas as cadeiras?	Em círculo	Em círculo	Em círculo	Em círculo

Houve alguma interrupção desde o início?	Sim	Sim	Sim	Sim
Origem do encaminhamento do médico para os participantes	Encaminhamento interno	Encaminhamento interno	Encaminhamento interno (apenas em Valónia)	Encaminhamento externo e interno

Fonte: investigação FA.M.HE 2023

Itália

O GMF opera como uma extensão do Centro de Saúde Mental dentro da instituição pública, fornecendo assistência ambulatorial territorial com forte ênfase na intervenção psicoterapêutica. A inclusão de psicólogos é fundamental, e sua presença é mais pronunciada, especialmente com o apoio de trabalhadores dos serviços sociais. Em média, o GMF italiano envolve 2.7 profissionais, mais do que nos outros países, e é liderado por pelo menos um facilitador/conductor e coterapeutas, e sujeito a supervisão interna e/ou externa.

Embora a abordagem teórica do GMF seja principalmente psicanalítica, os terapeutas também incorporam elementos terapêuticos sistêmicos e psicodinâmicos na sua prática. A base de utentes consiste principalmente em adultos com transtornos mentais graves, refletindo a demografia do serviço de saúde mental local. O GMF italiano apresenta heterogeneidade quanto ao diagnóstico dos utentes, adotando uma estrutura aberta e geralmente permanente, sem fases específicas. As reuniões realizam-se semanalmente - uma frequência mais alta em comparação com outros países - e têm uma duração média de 98 minutos.

De forma predominante, os familiares que participam nestes grupos são os que coabitam com o paciente. Em termos do número de participantes, o GMF italiano enquadra-se numa faixa de tamanho distintamente 'média', acomodando de 10 a 30 unidades. As reuniões ocorrem durante o horário de trabalho numa sala espaçosa e confortável, com uma disposição de assentos que incentiva a comunicação circular. O grupo experienciou interrupções inevitáveis devido às restrições da pandemia e, ligeiramente mais do que em outros contextos, foi afetado por uma redução nos recursos humanos.

Espanha

Em média, Espanha destaca-se como o país onde o GMF se estabeleceu há mais tempo, com uma média de quase 11 anos de duração. Geridos por entidades legais privadas, muitas vezes com fins lucrativos, estes órgãos estão ativamente envolvidos em instalações ambulatoriais dentro da região, priorizando respostas psicoterapêuticas. A figura central no GMF é o psiquiatra, que colabora com outros dois profissionais. A abordagem teórica predominante está alinhada com a psicanálise multifamiliar, compartilhando pontos comuns com a experiência italiana. A formação dos profissionais inclui análise de grupo, psicanálise e diversas outras abordagens teóricas.

Os GMFs espanhóis são facilitados por vários condutores e/ou coterapeutas, com supervisão interna e/ou externa. Os utentes dentro dos grupos são internos ao serviço, incluindo adultos que lidam com patologias graves, participando ao lado de membros da família alargada. Os GMFs espanhóis adotam uma estrutura semiaberta, sem ciclos distintos, e são notavelmente os maiores em termos de número médio de participantes, sem nenhum grupo tendo menos de 10 participantes.

As reuniões ocorrem com uma frequência relativamente próxima, geralmente quinzenal, com durações ligeiramente abaixo da média geral de 91 minutos. As sessões são agendadas durante o horário laboral e acontecem numa sala de reuniões confortável, com uma disposição de assentos circular.

Bélgica

Neste país, os dados abrangem duas áreas geográficas distintas, Flandres e Valónia, cada uma governada por políticas de saúde mental diferentes, resultando em diferenças significativas na organização e gestão dos GMFs. Essas variações estão detalhadas nos comentários associados a cada indicador. No geral, a Bélgica representa o estabelecimento mais recente de unidades de grupo, refletindo potencialmente a prevalência histórica de estruturas de internação ou hospitais-dia em psiquiatria. O GMF, integrado nas estruturas psiquiátricas tradicionais, fornece assistência semelhante à de uma ala hospitalar, com um objetivo de intervenção primado pela psicoeducação, de forma mais pronunciada que em outras regiões. O enfermeiro desempenha um papel crucial no grupo, colaborando com outras duas figuras, sendo o psicólogo mais frequente do que o psiquiatra.

Os grupos da Bélgica operam com uma visão terapêutica sistémica, sendo um componente significativo da formação da equipa, paralelamente com a psicoterapia cognitivo-comportamental. Notavelmente, os grupos são liderados por pares de coterapeutas sem um condutor designado, e não passam por nenhuma forma de supervisão, exceto por supervisão ocasional entre pares.

Os grupos belgas são particularmente caracterizados pela homogeneidade dos seus usuários, frequentemente lidando com vícios, transtornos alimentares (segundo um modelo psicoeducativo) ou transtornos do humor. Ao contrário de outras regiões, os seus utentes não são exclusivamente adultos. Operando como grupos 'fechados', os GMFs belgas mantêm uma base de utentes estável, participando em ciclos e afiliados ao órgão que gere o grupo. Embora estes grupos tenham enfrentado interrupções, estas deveram-se fundamentalmente à emergência pandémica. A frequência das reuniões tende a ser estendida (a cada três semanas ou mensal), com durações médias superiores a 100 minutos. As reuniões são agendadas em horário pós-laboral para facilitar a participação de familiares e outros parentes próximos dos utentes. Realizadas em salas de psicoterapia dedicadas, as sessões adotam uma atmosfera mais profissional, promovendo o diálogo presencial entre todos os participantes.

Portugal

Em Portugal foram identificados apenas cinco GMFs, o que levanta desafios quanto à comparabilidade com os outros países e leva a uma visibilidade limitada das suas peculiaridades. Ativos por pouco menos de 9 anos, em média, os grupos estão situados em instalações públicas, principalmente dentro do departamento psiquiátrico de hospitais gerais, e têm exclusivamente objetivos psicoterapêuticos. Em alinhamento com o contexto belga, estes GMFs envolvem aproximadamente três profissionais e não incorporam supervisão. Operam como grupos *slow-open* sem ciclos distintos, compreendendo utentes dos serviços nos quais estão baseados, todos lidando com transtornos graves.

Os GMFs portugueses incluem indivíduos para além dos familiares que coabitam com o paciente, abrangendo todo o círculo familiar, com uma média de 4.4 participantes diferentes. As reuniões ocorrem mensal e quinzenalmente, com duração média de 90 minutos, e são agendadas durante o horário de trabalho. As sessões acontecem num ambiente propício, onde os participantes podem aderir à comunicação direta e fazer contacto visual.

7.1.7. Considerações Finais

Após a obtenção dos dados relativos às experiências dos 92 Grupos Multifamiliares, pode-se recorrer a uma avaliação inicial deste fenómeno, que sendo recente ainda não foi totalmente explorado através de estudos abrangentes e representativos, em várias áreas geográficas e modelos. Sem dúvida, uma compreensão mais aprofundada deste fenómeno é necessária para, posteriormente, formular diretrizes que delineiem limites e regras internas para os grupos, ajudando-os a superar a fase de experimentação. Além disso, as bases para tal investigação existem hoje, dadas as diversas experiências emergentes deste questionário inicial.

Os dados analisados retratam os Grupos Multifamiliares como um fenómeno dinâmico e em expansão nos últimos anos. Este crescimento é atribuído à multiplicidade de serviços que os adotam, aos diversos modelos de referência teórica, às tipologias organizacionais e às especializações em transtornos específicos. Estas entidades terapêuticas estão presentes em várias instalações de saúde mental, abrangendo serviços locais, diurnos, residenciais e de internamento, provenientes tanto de organizações públicas quanto privadas, com fins lucrativos ou sem fins lucrativos. O GMF serve como um dispositivo integrativo e inovador, transformando tratamentos tradicionais baseados no cuidado individual ou dual (filho e pai), ao considerar o indivíduo em sofrimento dentro do contexto da sua vida e relacionamentos. Esta abordagem visa abordar dinâmicas familiares, tensões emocionais, bloqueios de desenvolvimento e promover recursos de 'ajuda mútua' entre todos os participantes, guiados por um quadro terapêutico e enraizados em comunicação circular.

Os modelos teóricos que sustentam os GMFs são diversos e frequentemente híbridos, ajustáveis entre eles. A formação académica dos terapeutas também abrange uma variedade eclética de técnicas e modelos terapêuticos. Apesar dos métodos operacionais variados dos grupos, algumas características comuns existem: a psicoterapia como intervenção central, o papel abrangente dos psicólogos (presentes em 9 de cada 10 GMFs), a gestão coletiva por pelo menos duas figuras profissionais, um tamanho médio de grupo manejável (até 30 pessoas, excluindo terapeutas), e o uso de salas de reunião espaçosas para facilitar a comunicação. Além disso, também a inclusão de três figuras familiares (usuário, familiares que coabitam ou que não coabitam), a regularidade das reuniões (principalmente semanais ou quinzenais), e a abertura ou semiabertura dos grupos que os tornam permanentes. Os grupos fechados abordam usualmente usuários com problemas específicos, exibindo homogeneidade no diagnóstico e/ou faixa etária, muitas vezes focando-se nos jovens. Alguns grupos sofreram interrupções, principalmente devido à pandemia. A supervisão interna ou externa permanece menos difundida, ocorrendo principalmente de forma informal, entre os terapeutas.

A faixa etária dos pacientes está alinhada com os serviços que predominantemente procuram, compreendendo principalmente adultos com diagnósticos graves. O facto destes serviços satisfazerem a necessidade terapêutica dos utentes internos indica que o grupo é visto como um elemento terapêutico integrativo, em vez de uma alternativa ao tratamento.

A investigação revela variações entre grupos em diferentes países e dentro do mesmo país (como na Bélgica, entre Flandres e Valónia), enfatizando o impacto das experiências locais na composição, estratégias de intervenção e perfis de utentes, refletindo as necessidades contextuais. Tais diferenças representam nuances ou variações dentro de um modelo geralmente compartilhado de GMF em diversas experiências.

Sumariamente, esta primeira investigação sobre GMFs, combinada com um estudo qualitativo aprofundado de *focus groups*, não só oferece *insights* preliminares sobre o fenómeno, como também estabelece uma base para investigações subsequentes. Essas futuras investigações, baseadas numa amostra estatisticamente representativa e guiadas por um *design* metodologicamente rigoroso com objetivos e indicadores pré-definidos, utilizariam instrumentos

previamente testados e seriam conduzidas por uma organização respeitável. Tal esforço de investigação deverá examinar minuciosamente as escolhas e avaliações dos promotores e organizadores de GMFs e promover uma reflexão sobre os resultados e indicadores de impacto relativos à resposta às necessidades dos pacientes e influência dos GMFs nos serviços de saúde mental.

7.2. Focus Groups

Após a disseminação e compilação dos resultados do questionário, os quatro parceiros conduziram dois tipos de *focus groups* (FGs): um envolvendo terapeutas e o outro contendo utentes de GMF (pacientes e famílias).

7.2.1. Framework dos Focus Groups

O *focus group* é uma entrevista conduzida por um moderador, às vezes acompanhado por um observador, tipicamente com duração média de duas horas. O número de participantes pode variar; quanto maior o grupo (por exemplo, em torno de dez a doze participantes), maior é a diversidade de opiniões, resultando numa maior riqueza de ideias. Por outro lado, em grupos menores, há um maior potencial para análises detalhadas e franqueza, especialmente ao abordar questões delicadas. Um *focus group* apresenta tanto vantagens como desvantagens:

Vantagens:

- Rapidez e relação custo-benefício;
- Estimulação mútua entre os participantes;
- Interação entre os participantes.

Desvantagens:

- Potencial para a criação de inibições entre os participantes;
- Recolha de um maior número de *insights*, porém menos detalhados, em comparação com entrevistas individuais;
- A necessidade de garantir que todos possam falar.

O grupo deve ser homogéneo em termos de estratificação social e cultural, e os participantes não devem ser colegas de trabalho. A conversa é guiada por questões de estímulo específicas, permitindo uma exploração aprofundada de temas particulares e mantendo a discussão dentro dos temas em investigação. Um *focus group* é conduzido por um moderador e envolve a participação de dois observadores, cada um com funções específicas:

Papel do moderador:

- Liderar a conversa;
- Estimular a discussão entre todos os participantes;
- Facilitar a participação de todos;
- Prevenir que a discussão seja dominada por um líder;
- Manter uma posição de neutralidade;
- Abster-se de expressar opiniões e avaliações pessoais.

Papel do observador:

- Gerir a receção dos participantes;
- Gravar a reunião;
- Fazer anotações sobre as questões relevantes que possam surgir;
- Apoiar o moderador conforme necessário.

Cada parceiro planeou e preparou os *focus groups* nos seus respetivos países, determinando datas, horários, locais/modalidades, e estabelecendo objetivos e a metodologia. Os convites foram estendidos a um número maior de indivíduos que o necessário, para contemplar potenciais ausências.

7.2.2. Planeamento e Metodologias dos Focus Groups

Os quatro parceiros decidiram unanimemente adotar uma metodologia comum, especificamente, a análise SWOT. Esta abordagem permitiu a cada participante articular as suas perspetivas, analisando os pontos fortes e os pontos fracos dos GMFs, tanto internamente como externamente ao seu contexto. Dentro do quadro da SWOT e com base nos principais resultados do questionário, cada parceiro formulou declarações/tópicos para servir como guia ao longo da conversa.

As sessões dos diversos *focus groups* foram conduzidas em três modalidades: presencial, *online* (via plataforma Zoom) e uma em modo híbrido (apenas pelo parceiro da Bélgica). As sessões de Zoom foram gravadas com o conhecimento e consentimento de todos os participantes.

Os *focus groups* (FGs) conduzidos em Itália e em Portugal tinham, cada um, um moderador e dois observadores. Os FGs da Bélgica foram liderados por moderadores externos e incluíram dois observadores. Em Espanha, o *Focus Group* 1 teve um condutor e um observador, enquanto o *Focus Group* 2 teve um condutor e um co-condutor como moderadores, com vários psicólogos praticantes a servir como observadores. Itália e Portugal organizaram dois *focus groups*, um para terapeutas e outro para utentes. O FG2 português, direcionado aos utentes de GMF, não incluiu pacientes, mas envolveu terapeutas e familiares de ex-pacientes. Tanto na Flandres como na Valónia, foram organizadas duas sessões de *focus groups*, com um intervalo de cerca de um mês, totalizando quatro sessões de *focus group* conduzidas em dois idiomas nacionais (neerlandês e francês). Durante a reunião inicial, foi realizada uma análise SWOT baseada nos resultados do questionário. Na segunda reunião, ocorreu uma análise mais aprofundada dos resultados do primeiro *focus group*. Um transcrito anonimizado foi criado a partir das sessões gravadas.

Abaixo estão duas tabelas, apresentando, respetivamente, o Planeamento dos *focus groups* (Tabela 27) e as Metodologias e Tópicos dos *focus groups*, seguidos pelos quatro países (Tabela 28).

Tabela 27. Planeamento das sessões de *focus group*. *O FG2 de Espanha foi moderado por um condutor e um co-condutor, e o painel de observadores foi composto por vários psicólogos no ativo.

País	FG	Modo	Tempo (min)	Participantes /Convites	Convidados	Presen-tes	Moderadores /Observadores
Itália	FG1	Online (plataforma Zoom)	180	Condutores de GMF que completaram o questionário.	34	9	1 Moderador; 2 Observadores.
	FG2	Presencial (sede do LIPsiM)	180	Utentes de GPMF (pacientes, pais, familiares e cuidadores dos sectores público e privado).	18	12	1 Moderador externo; 2 Observadores.
Bélgica	FG1	Online (plataforma Zoom)	90	Especialistas (que fizeram publicações) e respondentes do questionário. O FG1 foi subdividido em 4 grupos: FG1.1 – Flandres; FG1.2 – Valónia; FG1.3 - Valónia (análise aprofundada); FG1.4 - Flandres (análise aprofundada).	FG1.1 - 11 FG1.2 - 13 FG1.3 - 9 FG1.4 - 12	FG1.1 - 11 FG1.2 - 13 FG1.3 - 9 FG1.4 - 10	1 Moderador; 2 Observadores.
Espanha	FG1	Online (plataforma Zoom)	180	Profissionais de GPMF, baseados nas ideias e experiências da Psicanálise Multifamiliar (J. García Badaracco) e outras contribuições teóricas (Grupanálise, Teoria Geral de Sistemas, Teoria do Apego, Diálogo Aberto, etc.).	23	14	1 Moderador; 1 Observador.
	FG2	Presencial (Hospital de Día da Costa Uribe, Centro para a Saúde Mental)	-	FGs com utentes de GFM – um condutor, um co-condutor, vários psicólogos no ativo e famílias.	-	60 - 70	2 Moderadores; Vários observadores*.

Portugal	FG1	Online (plataforma Zoom)	90	Condutores de GPMF com experiência em GPMF.	12	6	1 Moderador; 2 Observadores.
	FG2	Online (plataforma Zoom)	90	Familiars de pacientes de GPMF e terapeutas com conhecimentos em GPMF, mas sem experiência em GPMF.	16	7	1 Moderador; 2 Observadores.

Fonte: investigação FA.M.HE 2023

Tabela 28. Metodologia dos *focus groups* e tópicos abordados.

País	FG	Metodologia	Tópicos
Itália	FG1	Análise SWOT - Três tópicos manifestaram-se significativos e como elementos definidores da maioria das experiências em GPMF representadas pelos questionários.	1. Envolvimento de pelo menos duas gerações, incluindo indivíduos atualmente em tratamento para problemas de saúde mental; 2. Presença de uma equipa de gestão; 3. Criação de um espaço de troca entre os condutores imediatamente após a reunião do GMF (Pós-Grupo).
	FG2	Análise SWOT – O estudo foi conduzido utilizando dois dos tópicos, que foram considerados os mais acessíveis pelos usuários. O terceiro tópico proposto à amostra de condutores/facilitadores (ativação de um pós-grupo) pareceu difícil de avaliar pelos usuários, pois dizia respeito a um momento da reunião multifamiliar geralmente reservado para a equipa de gestão.	1. Envolvimento de pelo menos duas gerações, incluindo indivíduos atualmente em tratamento para problemas de saúde mental; 2. Presença de uma equipa de gestão.
Bélgica	FG1	Foram conduzidos dois <i>focus groups</i> , com um intervalo de aproximadamente um mês, nas regiões da Flandres e Valónia. No total, foram realizadas quatro reuniões com terapeutas do GPMF (2 em neerlandês e 2 em francês). Durante a primeira reunião, correspondente FG1.1 e FG 1.2, foi realizada uma análise SWOT, com base nos resultados do questionário. Durante a segunda reunião (FG 1.3 e FG 1.4), realizou-se uma análise aprofundada dos resultados da primeira reunião. Foi gerada uma transcrição anonimizada da sessão gravada.	1. Lidar com diferentes pedidos de ajuda dentro de um sistema; 2. Resistência ao envolvimento nos GPMFs; 3. Necessidade de supervisão/intervisão; 4. Necessidades atuais dos GPMFs.
Espanha	FG1	Análise SWOT baseada na ampla experiência dos condutores/	1. Envolvimento de pelo menos duas gerações, incluindo indivíduos

	<p>coordenadores.</p> <p>A discussão centrou-se em 3 tópicos-chave, que correspondem às respostas qualitativas do questionário.</p> <p>Nota preliminar: Os participantes referem a importância do clima emocional, um fator não abordado explicitamente no questionário, e do tipo de intervenções, preferindo a 'conversa', ao invés de interpretações voltadas para revelar o inconsciente.</p>	<p>atualmente em tratamento para problemas de saúde mental;</p> <p>2. Sobre a presença de uma equipa de gestão.</p> <p>3. A troca entre condutores depois da reunião (pós-grupo).</p>
	<p>FG2 No seu espaço habitual (GPMF) e no dia e hora previamente marcados, os participantes foram convidados a tomar decisões sobre três tópicos.</p>	<p>1. Quais foram as suas expectativas depois de ter sido convidado para participar no GMF e que benefícios obteve ao comparecer?</p> <p>2. O que entende por doença mental? Como é que acha que os GMFs podem contribuir para a melhoria da saúde mental?</p> <p>3. As mudanças na família estão relacionadas com melhorias na situação familiar?</p>
Portugal	<p>FG1 Foram feitas quatro perguntas aos participantes, seguindo a análise SWOT.</p>	<p>1. Pontos Fortes (Vantagens): Que características de um GMF o tornam um dispositivo psicoterapêutico vantajoso em comparação a outras intervenções psicoterapêuticas (internas - famílias/equipa/serviço; e externas - instituição/comunidade)?</p> <p>2. Pontos Fracos (Desvantagens): Que características colocam o GPMF em desvantagem em comparação a outros dispositivos psicoterapêuticos (internas - famílias/equipa/serviço; e externas - instituição/comunidade)?</p> <p>3. Oportunidades: Que aspetos devem ser realçados no GPMF, como uma abordagem psicoterapêutica para a saúde mental, de modo a facilitar a adesão de mais participantes? Ou, em que medida trabalhar com GPMF pode contribuir para a transformação de: famílias/equipa/serviço; e instituição/comunidade?</p> <p>4. Ameaças: De que formas pode o GPMF representar uma ameaça (interna/externa)?</p>
	<p>FG2 Foram feitas quatro perguntas aos participantes, seguindo a análise SWOT.</p>	<p>Os participantes do FG2 foram questionados sobre as mesmas questões que os participantes do FG1.</p>

Fonte: investigação FA.M.HE 2023

7.2.3. [Resultados e Conclusões dos Focus Groups](#)

Em todos os países, os *focus groups* (FGs) revelaram um consenso de que os Grupos Multifamiliares (GMFs) oferecem benefícios, mas também apresentam desafios que requerem resolução. Estes resultados aplicam-se a todos os participantes nos GMFs, incluindo cuidadores, famílias e indivíduos em tratamento. Uma descoberta comum foi a importância de ter mais do que uma geração envolvida nos GMFs, identificada como a principal vantagem destes grupos devido ao seu papel fundamental em facilitar o acesso aos nós transgeracionais.

Ademais, existe um consenso sobre os vários benefícios para os participantes, incluindo famílias (com pacientes incluídos), terapeutas e instituições. Espanha destaca a contribuição dos GMFs para aumentar a tolerância, o respeito pela diversidade e a solidariedade com aqueles que sofrem. Itália destaca o desenvolvimento da empatia, a capacidade de estabelecer e manter limites saudáveis e de expressar emoções. Bélgica e Portugal enfatizam o potencial transformador dos GMFs, especialmente no desenvolvimento de identificações novas e mais saudáveis, em particular, no desenvolvimento e transformação de padrões patológicos nas relações intrafamiliares e na comunicação. Os quatro países afirmam que os GMFs oferecem claras vantagens clínicas, tanto em termos de diagnóstico quanto de tempo de recuperação, tornando-os mais rentáveis para as instituições.

Relativamente aos desafios encontrados, Bélgica e Portugal mencionam potenciais dificuldades, como a falta de espaço adequado para as sessões em grupo e a formação insuficiente dos terapeutas. Itália acrescenta preocupações relativas à falta de informação adequada sobre os GMFs, ao insuficiente treino específico dos operadores (profissionais de saúde/terapeutas/cuidadores) e aos potenciais impedimentos ou resistências por parte das instituições. Os participantes da Bélgica e de Portugal também mencionaram que, por serem grupos grandes, os GMFs poderiam trazer dificuldades a alguns indivíduos, especialmente aqueles que têm dificuldades em se expressar ou lidam com questões que desencadeiam vergonha, culpa e estigma. Lidar com segredos familiares e tabus pode representar desafios, devido ao medo de se expor perante a própria família, como evidenciado pelas observações obtidas a partir de Itália. Podem surgir diversas formas de resistência, tanto por parte dos participantes como das instituições, refletindo um ceticismo em relação às psicoterapias de grupo. Em relação aos grupos abertos, fechados ou *slow-open*, Bélgica e Portugal destacam que um grupo aberto pode levar à formação de subgrupos grandes e diversos, tornando desafiador garantir a presença consistente dos participantes.

A constância na presença dos participantes influencia a coesão do grupo. Dado que a coesão do grupo é análoga à aliança terapêutica na psicoterapia individual, estabelecer uma coesão forte é desejável para criar um clima de confiança que facilite a adesão dos participantes, o apego e a comunicação eficaz.

Em resumo, os participantes dos *focus groups* de todos os países concordam que os Grupos Multifamiliares oferecem mais benefícios, vantagens e pontos fortes do que inconvenientes ou ameaças.

7.3. [Pesquisa Bibliográfica](#)

7.3.1. [Metodologia Nacional e Internacional](#)

Foi realizada uma revisão crítica da literatura relacionada com a intervenção multifamiliar em saúde mental, com o objetivo de orientar os parceiros na definição e delimitação da pesquisa na *web*, alinhando-se com os objetivos de investigação e o *Intellectual Output I* do projeto. Identificaram-se

e utilizaram-se palavras-chave comuns, aplicáveis a todos os parceiros, sendo estas: Grupos Multifamiliares, Grupo de Psicanálise Multifamiliar, Psicanálise Multifamiliar, Terapia Multifamiliar, Terapia de Grupo Multifamiliar e Tratamento de Grupo Multifamiliar. Estes termos foram traduzidos para o idioma respeitante a cada país e complementados com termos específicos de cada país. Os parceiros decidiram coletivamente conduzir as pesquisas nos seus idiomas nacionais, estendendo a pesquisa além-fronteiras para cada idioma. A pesquisa bibliográfica internacional abrangeu vários países, empregando palavras-chave em inglês. Um excerto desta pesquisa bibliográfica está disponível no Apêndice 6.

Foram utilizados motores de busca como *Google*, *Google Scholar*, *PubMed*, *Hall and Cairn* para a pesquisa. Em Espanha, o portal bibliográfico *Dialnet* também foi consultado (Tabela 29). Em Itália, foram identificadas associações dedicadas ao desenvolvimento, estudo, prática clínica e formação no sector Multifamiliar, de acordo com vários modelos representados na pesquisa.

Os itens bibliográficos recorrentes e comuns a todos os parceiros incluem artigos, livros e capítulos de livros. A bibliografia de Espanha exclui dissertações e trabalhos de pós-graduação. Por outro lado, as bibliografias de Bélgica, França, Canadá, Suíça e Portugal abrangem monografias e teses de doutoramento.

Tabela 29. Metodologia.

País	Palavras-chave comuns	Palavras-chave específicas	Motores de Busca
Bélgica	Grupos Multifamiliares (GMFs); Psicanálise Multifamiliar (PMF); Terapia Multifamiliar (TMF).	Consultation Multi-Familiale (CMF); Thérapie Social e Multi-Familiale (TSM).	<i>Google</i> ; <i>Google Scholar</i> ; <i>PubMed</i> ; <i>Hall and Cairn</i> .
Itália	Grupos Multifamiliares (GMFs); Psicanálise Multifamiliar (PMF); Terapia Multifamiliar (TMF).		<i>Google</i> ; <i>Google Scholar</i> ; <i>PubMed</i> ; <i>Hall and Cairn</i> .
Portugal	Grupos Multifamiliares (GMFs); Psicanálise Multifamiliar (PMF); Terapia Multifamiliar (TMF).	Grupo de Psicanálise Multifamiliar (GPMF); Terapia De Grupo Multifamiliar (TGMF); Tratamento De Grupo Multifamiliar (TGMF).	<i>Google</i> ; <i>Google Scholar</i> ; <i>PubMed</i> ; <i>Hall and Cairn</i> .
Espanha	Grupos Multifamiliares (GMFs); Psicanálise Multifamiliar (PMF); Terapia Multifamiliar (TMF).	Grupo de Psicanálise Multifamiliar (GPMF); Terapia De Grupo Multifamiliar (TGMF); Tratamento De Grupo Multifamiliar (TGMF).	<i>Google</i> ; <i>Google Scholar</i> ; <i>PubMed</i> ; <i>Hall and Cairn</i> ; <i>Dialnet</i> .
Internacional	Grupos Multifamiliares (GMFs); Psicanálise Multifamiliar (PMF); Terapia Multifamiliar (TMF).	Grupo de Psicanálise Multifamiliar (GPMF); Terapia De Grupo Multifamiliar (TGMF); Tratamento De Grupo Multifamiliar (TGMF).	<i>Google</i> ; <i>Google Scholar</i> ; <i>PubMed</i> ; <i>Hall and Cairn</i> .

Fonte: investigação FA.M.HE 2023

7.3.2. Análise Quantitativa e Qualitativa dos Resultados no Idioma dos Países em Estudo

Após o levantamento bibliográfico realizado por cada país, efetuou-se uma análise abrangente dos conteúdos de cada entrada, para categorizar as informações com base na sua orientação teórica e aplicação prática. A bibliografia combinada dos quatro parceiros resultou em 177 entradas para as palavras-chave selecionadas. Cerca de 70% dessas entradas consistem em artigos publicados em revistas, boletins, jornais, periódicos e *online*, enquanto as entradas restantes correspondem a livros, capítulos de livros e monografias. Os tópicos abordados na bibliografia são diversos e foram categorizados em Orientação Teórica (Tabela 30) e Aplicação Prática (Tabela 30.1)

Tabela 30. Tópicos abrangidos pela bibliografia - Orientação Teórica.

Psicanálise Multifamiliar.

Terapia Multifamiliar, aspetos teóricos e profissionais influenciados pelas ideias de García Badaracco.

Explicação abrangente dos fenómenos observados dentro do *framework* teórico do modelo de García Badaracco e da Psicanálise Multifamiliar.

Terapia de Grupo Multifamiliar: aspetos teóricos e profissionais.

O grupo como um agente terapêutico.

Intergeracionalidade.

Perspetivas de pacientes, família, parceiros, terapeutas e observadores que participaram em grupos multifamiliares.

Fonte: investigação FA.M.HE 2023

Tabela 30. 1. Tópicos abrangidos pela bibliografia - Aplicação Prática.

Experiências representativas na implementação do modelo de intervenção com grupos multifamiliares.

Abordagem psicoeducativa familiar.

Reabilitação Psicossocial.

Reabilitação Orientada Sistemicamente e Grupos Multifamiliares.

Aplicações clínicas de terapias e abordagens multifamiliares.

Base de evidências para a Terapia Multifamiliar.

Função terapêutica e formação.

Sessão de psicoterapia multifamiliar conduzida *online*.

Fonte: investigação FA.M.HE 2023

As intervenções abrangem contextos de Justiça, Educação, Comunidade e Saúde (Tabela 31). Estes englobam diversas populações, incluindo adultos, adolescentes e crianças (Tabela 32); indivíduos sem condições ou problemas psiquiátricos, e pacientes psiquiátricos em tratamento (pacientes internados em enfermarias e hospitais de dia, bem como pacientes ambulatoriais) (Tabela 32.1). Vários grupos foram alvo de intervenções terapêuticas (Tabela 33). A bibliografia correspondente apresenta-se no Apêndice 6.

Tabela 31. Contexto da Intervenção.

Contexto de Justiça

Contexto Educacional

Contexto Comunitário

Contexto de Saúde Hospitais gerais, serviços de saúde mental e hospitais psiquiátricos.
Fonte: investigação FA.M.HE 2023

Tabela 32. População característica das intervenções - I.

Adultos

Adolescentes

Crianças

Fonte: investigação FA.M.HE 2023

Tabela 32. 1. População característica das intervenções - II.

População em geral, condições não psiquiátricas e problemas.

População em tratamento de transtornos psiquiátricos: hospitalizados, pacientes de hospitais de dia e consultas.

Fonte: investigação FA.M.HE 2023

Tabela 33. Grupos visados pelas intervenções terapêuticas.

Crianças com dificuldades psicológicas

Adolescentes com transtornos alimentares

Recusa escolar ansiosa em adolescentes

Adolescentes transgênero

Adolescentes agressores sexuais

Depressão maior

Anorexia nervosa

Doença crónica

Dor crónica

Maternidade

Psicose crónica

Esquizofrenia

Transtorno bipolar

Dependência de álcool e família

Pacientes com abuso de substâncias e os seus filhos

Famílias e abuso sexual

Fonte: investigação FA.M.HE 2023

Em conclusão, a pesquisa bibliográfica em cada país parceiro revelou um interesse na evolução nos Grupos Multifamiliares. Tal evolução é atribuída à tradução da obra de Jorge García Badaracco, que levou ao estudo e desenvolvimento dos seus modelos teóricos e práticos com base na experiência coletiva de trabalho com famílias em cada país. Simultaneamente, a aplicabilidade do modelo expandiu-se para diversos grupos populacionais, vários contextos sociais e comunitários, e diferentes ambientes de saúde e doença. Tal inclusividade abrange intervenções relacionadas com doenças psiquiátricas, patologia orgânica e psicopatologia relacional, promovendo avanços adicionais na sua implementação.

7.3.3. Pesquisa Bibliográfica Internacional

7.3.3.1. Framework Histórico

A partir de uma visão internacional da bibliografia relativa aos Grupos Multifamiliares, podem ser distinguidas três grandes categorias:

- GMFs de natureza psicoeducativa e cognitivo-comportamental;
- GMFs de origem sistêmica e dinâmica;
- GMFs psicanalíticos.

No que concerne aos grupos psicoeducativos, estes apresentam uma disseminação global generalizada, com a maioria das obras científicas publicadas disponíveis em inglês.

Eia Asen, professor no *Anna Freud National Centre*, é considerado o criador dos grupos sistêmicos e dinâmicos. As suas contribuições incluem o desenvolvimento do 'Tratamento Baseado na Mentalização com Famílias', uma abordagem baseada em estudos empíricos de eficácia conduzidos em colaboração com Peter Fonagy.

Os contextos culturais onde os GMFs psicanalíticos, seguindo o modelo argentino, mais se desenvolveram, foram na Europa (Itália, Espanha, Portugal e, mais recentemente, Bélgica) e na América do Sul, particularmente na Argentina e no Uruguai.

Quanto ao campo de aplicação, podem ser identificados predominantemente grupos homogêneos, orientados para diagnósticos específicos, e de acordo com o curso da patologia, grupos etários e o contexto de tratamento. Esta categoria está principalmente associada aos GMFs psicoeducativos. Em relação aos grupos sistêmicos, dinâmicos e psicanalíticos, existem abordagens orientadas para o diagnóstico e abordagens menos seletivas, às quais têm acesso pacientes com transtornos predominantemente graves.

GMFs Sistêmicos e Dinâmicos e GMFs psicanalíticos para transtornos graves

Os GMFs sistêmicos e dinâmicos, bem como os GMFs psicanalíticos para transtornos graves, têm origem em duas correntes distintas. Os desenvolvimentos iniciais de ambas as correntes remontam à década de 1960. Surgiram a partir de experiências conduzidas em instituições psiquiátricas para indivíduos com condições psicóticas graves.

Buenos Aires

O trabalho de Jorge García Badaracco teve início no Hospital Borda em 1960, com as suas origens no departamento que este dirigiu ao voltar do seu período de formação em Paris, em 1958. Algumas biografias de García Badaracco situam a fundação do referido departamento em 1962, marcando o início do primeiro grupo definido pelo mesmo como análise multifamiliar. No entanto, Badaracco detalhou as mudanças provocadas pelos grupos no clima da ala a partir de 1964: 'a sala comum da minha ala tornou-se a mais barulhenta, ao contrário dos outros departamentos do hospital psiquiátrico, que eram caracterizados por autismo e isolamento' (García Badaracco, 1989). García Badaracco identificou uma fase de resistência significativa entre os pacientes. Então, observou que 'situações tipicamente infantis começaram a aparecer assim que um clima de confiança básico e segurança emocional foi criado, ou seja, quando a comunidade se tornou um recipiente psicológico adequado para os pacientes que abandonaram atitudes defensivas,

renunciando à onipotência patológica e aceitando participar, de alguma forma, na nova experiência' (García Badaracco, 1989). Durante esta fase, ocorreu a chamada inclusão da família no contexto do tratamento, integrando também o trabalho e as experiências que deram origem à terapia familiar e sistêmica desde a década de 1950. 'Descobrimos que as famílias dos pacientes, mesmo que tivessem habilidades adaptativas suficientes, o que as fazia parecer adequadas para a vida social, constituíam seres imaturos, que em situações grupais apresentavam dificuldades psicológicas importantes a nível emocional, particularmente nos relacionamentos interpessoais'. Todas as observações e desenvolvimentos teóricos subsequentes levaram à primeira monografia de García Badaracco em 1989, posteriormente traduzida para italiano em 1997, pela editora Franco Angeli. Os grupos de psicanálise multifamiliar descritos por García Badaracco são distinguíveis pelo seu foco específico no tratamento de transtornos graves, incluindo psicose e transtornos de personalidade, abrangendo diversos diagnósticos e sofrimentos humanos, juntamente com a diversidade de pacientes e familiares envolvidos. Os numerosos casos clínicos detalhados por García Badaracco constituem evidências da eficácia dos seus grupos e do processo terapêutico iniciado durante as sessões de psicanálise multifamiliar.

Nova Iorque

Peter Laqueur, no seus trabalhos publicados entre 1964 e 1980, fez referência ao seu primeiro grupo de terapia multifamiliar. A sua descrição da origem do grupo é a seguinte: 'Em 1951, quando eu era diretor de um departamento para o tratamento clínico de pacientes esquizofrênicos, com idades entre os 12 e os 52 anos, num grande hospital na área de Nova Iorque, todos os domingos os pais, e às vezes os irmãos e irmãs, tios, tias, etc., desses pacientes visitavam o hospital, e durante o horário de visita eles viam-me, um de cada vez, por alguns minutos, para que eu pudesse tranquilizá-los, dar-lhes esperança e tentar explicar as técnicas e medicamentos usados para mudar o estado psicótico dos pacientes'. 'Quando descobrimos esses sentimentos no grupo, decidimos fazer algo que era totalmente tabu na época: todos os pacientes e todos os seus visitantes juntaram-se a nós por duas a duas horas e meia, numa discussão aberta a todas as questões relacionadas com a esquizofrenia, os métodos de tratamento, os problemas durante a estadia dos pacientes no hospital e os do futuro quando os pacientes voltassem para casa novamente, o seu emprego, as suas possibilidades de casamento e de ter filhos, etc. Percebemos que às vezes os chamados familiares 'saudáveis' estavam quase tão doentes como os pacientes, sendo a principal diferença que os pacientes haviam sido os primeiros a ser enviados para o hospital. Para evitar o retorno frequente dos nossos pacientes ao hospital depois de terem ido para casa, tornou-se necessário tratar também as suas famílias. Formámos grupos de quatro ou cinco pacientes hospitalizados e as suas famílias e encontrámo-nos com eles semanalmente em sessões terapêuticas, durante toda a estadia do paciente no hospital. Durante 17 anos desse trabalho com os pacientes hospitalizados e as suas famílias, conseguimos reduzir o número de readmissões no hospital em 80%. Às vezes, os pacientes dispensados e as suas famílias continuaram a participar nestas sessões de terapia multifamiliar e gradualmente, à medida que nosso método se tornava mais conhecido, grupos de terapia multifamiliar foram formados em clínicas e consultórios com os pacientes ambulatoriais e as suas famílias' (Lewis, 2021). É a partir dos esforços de Laqueur que os GMFs evoluíram, integrando as suas observações com as dos familiaristas, por um lado, e a abordagem psicoeducativa de McFarlane, por outro. O modelo intensivo de terapia multifamiliar fundiu-se em várias experiências, incluindo a desenvolvida por Alain Cooklin em 1982 no Marlborough Family Service em Londres. Os desenvolvimentos subsequentes levaram a especializações do método no campo dos transtornos alimentares (Scholz e Asen, 2002; Dare e Eisler, 2000; Scholz e Asen, 2001; Slagerman e Yager, 1989; Wooley e Lewis, 1987), do álcool e substâncias (Schaefer, 2008), doenças sistêmicas crónicas (Steinglass, 1998), doença de Huntington (Murburg *et al.*, 1988) e crianças abusadas (Asen *et al.*, 1989).

7.3.3.2. Resultados

A partir desta abrangente investigação internacional, emerge um padrão claro: a abordagem multifamiliar gerou um interesse significativo entre estudiosos e profissionais. Tais indivíduos incorporaram as suas experiências pessoais e treino, neste método para lidar com transtornos mentais e angústia psicológica.

Com o tempo, e de forma gradual, a terapia de grupo tem ganhado cada vez mais destaque graças à sua eficácia terapêutica, evoluindo para um método de trabalho dinâmico e progressivo. O conceito de 'grupalidade', centrado na família como membro constitutivo, em vez de apenas no indivíduo, possui um significado inovador. É introduzida a ideia de que o sofrimento, a angústia mental e o transtorno não estão confinados a um indivíduo, mas existem dentro de um sistema de relacionamentos, frequentemente encapsulados pela família, que, por sua vez, está interconectada com o seu ambiente e história.

Apesar de 70 anos de existência, resultando em diversas metodologias de trabalho que são desafiadoras de sistematizar e integrar, esta abordagem ainda é considerada inovadora. A análise da literatura científica e de livros publicados levou à categorização dos resultados em três seções principais:

- a) Bibliografia Anotada sobre Psicanálise Multifamiliar.
- b) Bibliografia Anotada sobre Grupos Multifamiliares Sistêmicos e Dinâmicos:
Esta seção inclui uma ampla gama de trabalhos científicos e monografias devido à falta de diferenças entre obras baseadas num modelo puramente psicanalítico, aquelas enraizadas num modelo psicodinâmico e aquelas alinhadas com uma abordagem sistêmica.
- c) Estudos sobre Grupos Multifamiliares Psicoeducativos 2020-2022:
Decidiu dar-se foco aos últimos dois anos, pela natureza vasta e diversificada da bibliografia internacional. Ao pesquisar-se na *web* por estudos sobre Grupos Multifamiliares (GMFs), foram encontrados sete resultados.

7.4. Conclusões Finais – Conclusão do *Intellectual Output I*

Este estudo marca a conclusão da primeira fase do projeto conduzido pelos quatro países parceiros. O documento focou-se, principalmente, em melhorar a compreensão sobre os Grupos Multifamiliares (GMFs) existentes no campo da Saúde Mental. A investigação envolveu uma análise meticulosa de vários modelos, operando em regiões distintas e a nível internacional, para divulgar as informações recolhidas.

Para o projeto atual, foram considerados dois tipos de Grupos Multifamiliares (GMFs), ambos abrangendo pelo menos duas gerações, independentemente das metodologias empregadas: Grupos de Psicoeducativos Multifamiliares e Grupos de Psicanálise Multifamiliar, estes últimos fundamentado no trabalho de J.G. Badaracco. Tais grupos são projetados para abordar questões de saúde mental, concentrando-se no contexto familiar, em vez de exclusivamente no indivíduo, que manifesta, de forma mais clara, problemas de saúde mental.

Com base nos relatórios dos parceiros, pode-se concluir que os principais objetivos para o *Intellectual Output I* foram alcançados. Todos os países realizaram uma parte da investigação, envolvendo o desenvolvimento, distribuição e análise de um questionário, projetado para explorar as características dos GMFs. Além disso, foram organizados dois tipos de *focus groups*, um com condutores e outro com utentes de GMFs. Os quatro países realizaram pesquisas bibliográficas a

nível nacional, e Itália foi responsável por liderar a pesquisa bibliográfica internacional. Os detalhes desta pesquisa podem ser encontrados nos relatórios acima.

Na discussão subsequente, os resultados mais relevantes dos quatro países são destacados. Em relação à tipologia de grupos existente em cada país:

- Itália confirmou a presença de dois tipos de GMFs (Grupos Psicoeducativos Multifamiliares e Grupos de Psicanálise Multifamiliar), com uma percentagem predominante atribuída aos Grupos de Psicanálise Multifamiliar (aproximadamente 60 GPMFs ativos em várias regiões). A adoção generalizada desta metodologia em todo o país pode ser atribuída aos esforços contínuos de comparação, investigação e formação realizados pelo Laboratório Italiano de Psicanálise Multifamiliar (LIPsiM). Sendo uma estrutura associativa, o LIPsiM serve como uma rede de apoio, estímulo e análise aprofundada da aplicação dos GMFs no tratamento do sofrimento psicológico.
- De acordo com o relatório da Bélgica, existem 24 GMFs distribuídos por todas as províncias do país, principalmente associados a hospitais psiquiátricos. Os grupos operam, geralmente, num quadro sistémico, complementado por uma abordagem cognitiva ou psicoeducativa, com menos ênfase numa perspetiva psicanalítica.
- Espanha relatou a existência de 28 GMFs pelo país. No entanto, houve uma distribuição geográfica desigual, indicando uma concentração de GMFs em certas províncias, enquanto estavam ausentes noutras. É digno de nota que os GMFs foram identificados em apenas 8 das 50 províncias de Espanha e 2 cidades autónomas, apesar de surgirem evidências para existência de GMFs noutras províncias. Uma potencial explicação para dado desequilíbrio territorial poderá ser a falta de interesse por parte de algumas instituições, onde um foco predominante em tratamentos farmacológicos e cognitivo-comportamentais poderá excluir uma abordagem mais dinâmica. Os GMFs mencionados no questionário envolvem no mínimo 2 gerações, incluindo o indivíduo em tratamento. Para estes GMFs, o quadro era essencialmente baseado na psicanálise multifamiliar, enriquecido por outras abordagens psicoterapêuticas (sistémica, análise de grupo, dinâmica, cognitivo-comportamental, interfamiliar, etc.). Os grupos psicoeducativos foram excluídos do questionário, pois não incluíam indivíduos em tratamento.
- Portugal reportou um número reduzido de GMFs, com um total de 5 identificados. Entre estes, 3 eram grupos psicoeducativos associados a outros quadros, e apenas 2 eram Grupos de Psicanálise Multifamiliar. Este número é notavelmente pequeno considerando a dimensão territorial do país e em comparação com os outros países participantes. As razões para este baixo número, conforme delineado no relatório português, são principalmente atribuídas aos desafios na divulgação do questionário. Adicionalmente, a resistência institucional a abordagens terapêuticas que se desviam da perspetiva psiquiátrica/ortodoxa convencional, frequentemente intimamente ligada à farmacologia, pode contribuir para a falta de respostas aos questionários. Embora seja reconhecida a existência de GMFs psicoeducativos em várias instituições portuguesas, permanece incerto se esses grupos incluem mais de uma geração.

Em termos de resistência institucional, Itália relatou ter encontrado obstáculos externos, compondo uma série de desafios. Adicionalmente, a Bélgica destaca que as dificuldades externas na implementação de GMFs são principalmente ao nível organizacional. Portanto, é essencial levar em consideração esses desafios culturais e ideológicos institucionais. Investir em formação apropriada, que aborde a cultura e o funcionamento dos contextos de cuidados e apoio em saúde mental, pode ajudar a superar as 'mentes fechadas' (Badaracco, 2009). Tais esforços têm o

potencial de mudar perspectivas e facilitar a aceitação da abordagem inovadora dos Grupos de Psicanálise Multifamiliar.

Relativamente às características dos grupos, a Bélgica apresenta variações significativas entre as regiões de Flandres e Valónia. Tais diferenças apresentam-se ao nível das estruturas terapêuticas, metodologias, populações-alvo, configurações e formas de encaminhamento médico. Apesar dessas distinções regionais, todos os participantes do GMF, tanto a equipa técnica quanto os familiares, concordam que o GMF representa uma mudança de paradigma nos cuidados de saúde mental, onde a família assume um papel proeminente e a psicopatologia é gerida dentro de um contexto relacional/familiar.

A formação dos condutores foi reconhecida como um aspeto altamente importante, de forma unânime, por todos os parceiros. Embora existam pontos comuns entre os Grupos de Psicanálise Multifamiliar nos quatro países, foram observadas abordagens operacionais distintas. Tal divergência destaca a necessidade de uma formação abrangente, que priorize a formação individual dos condutores, promova o trabalho em equipa e considere o contexto sociocultural dentro do qual os GMFs operam.

Com o desenvolvimento desta investigação, gerou-se um consenso quanto à necessidade urgente de estabelecer programas de formação específicos e robustos para condutores de GMFs. Tal inevitabilidade está alinhada com outro dos principais objetivos deste projeto: fortalecer o papel e a figura dos facilitadores de GMF nos sectores trabalhista e de saúde mental. Intenciona-se projetar um currículo de formação europeu baseado em habilidades e competências essenciais, bem como nas experiências coletivas dos parceiros. Um curso de formação para condutores de GMF deve abranger não apenas as habilidades essenciais, mas também a adaptação dos cursos aos diversos antecedentes académicos e experiências clínicas dos profissionais de saúde que compõem a equipa. Ao desenvolver programas de formação, é crucial considerar não apenas o perfil desejável de um condutor, mas também as diferentes habilidades dos candidatos. Todos os parceiros concordaram sobre a importância de treinar condutores de GMF, destacando que o desenvolvimento das suas competências deve ser baseado numa formação teórica e técnica sólida, incorporando um componente clínico experimental. Uma exploração mais aprofundada deste tema será desenvolvida nas fases subsequentes do projeto.

A prática de *debriefing* entre os terapeutas dos GMFs após as sessões foi identificada como uma prática comum em todos os países. O *debriefing* serve como uma ferramenta de análise e reflexão, contribuindo para um aperfeiçoamento contínuo das técnicas e metodologias. Além disso, é reconhecido como um valioso complemento de aprendizagem para terapeutas em formação. Quanto ao valor acrescentado dos GMFs, há um claro destaque para a importância da presença de mais de uma geração, que é considerada uma vantagem e uma estratégia eficaz para resolver conflitos familiares. A inclusão de múltiplas gerações permite a confrontação dos elementos envolvidos na presença do grupo, que atua como uma entidade segura, empática e de apoio.

Num Grupo Multifamiliar, todos beneficiam, incluindo as famílias, os profissionais de saúde e as instituições. O GMF configura uma ponte, que conecta a instituição com a comunidade, estabelecendo um lugar comunitário onde os indivíduos se podem reunir, apoiar-se mutuamente e experienciar a solidariedade. Todos os participantes e familiares concordaram que os GMFs estão alinhados com uma mudança de paradigma no campo dos cuidados de saúde mental, em que a família assume uma posição proeminente, ao lado do paciente e dos cuidadores. Tal mudança contribui para minimizar o estigma e expandir o potencial saudável de cada pessoa. As informações recolhidas até ao momento indicam uma implementação generalizada dos GMFs nos quatro países. Tal facto proporciona uma oportunidade para avançar na metodologia e aumentar o alcance desta intervenção na saúde familiar, abrangendo uma população ainda maior. Para alcançá-lo, é necessário divulgar informações sobre a existência de Grupos Multifamiliares e formar profissionais especializados na área.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Bibliografia Italiana e Bibliografia Internacional Traduzida para Italiano

Bibliografia Italiana

- AA.VV. (2008). Clinica e ricerca psicoanalitica su individuo – coppia – famiglia. *Interazioni*, 29(1). <https://doi.org/10.3280/INT2008-001001>
- AA.VV. (2017). Tra il Dire e il Fare, esercizi di Psicoanalisi Multifamiliare. *Il Vaso di Pandora*, Vol XXV, Erga Edizioni. Disponibile em: <https://erga.it/catalogo/il-vaso-di-pandora-vol-xxv-n-2-2017/>
- Badaracco, J. G. (1997). La comunità terapeutica psicoanalitica di struttura multifamiliare. Franco Angeli. Disponibile em: <https://www.libreriauniversitaria.it/comunita-terapeutica-psicoanalitica-struttura-multifamiliare/libro/9788846400888>
- Badaracco, J. G. (2004). Psicoanalisi Multifamiliare. Bollati Boringhieri. Disponibile em: <https://www.bollatiboringhieri.it/libri/jorge-e-garcia-badaracco-psicoanalisi-multifamiliare-9788833957081/>
- Badaracco, J. G. (2007). La virtualità sana nella psicosi. *Interazioni*, Franco Angeli. <https://doi.org/10.3280/INT2007-002003>
- Badaracco, J. G., & Narracci, A. (2011). La psicoanalisi multifamiliare in Italia. Antigone. Disponibile em: <https://www.ibs.it/psicoanalisi-multifamiliare-in-italia-libro-jorge-e-garcia-badaracco-andrea-narracci/e/9788895283692>
- Barone, R. (2020). Teorie e pratiche mentale di comunità dialogiche Benessere e democratiche. Franco Angeli
- Bello, F., & Tombolini, L. (2018). Essere in gruppo. FrancoAngeli. Disponibile em: <https://www.francoangeli.it/Libro/Essere-in-gruppo.-Modelli-e-interventi?Id=24402>
- Boccaro, P. . Psicoanalisi nelle Istituzioni. Intervista ad Andrea Narracci. *Psiche*, 7(2), 579–592.
- Bruschetta, S., & Barone, R. (2014). Gruppi di psicoanalisi multifamiliare per l'età pre-adolescenziale (GPMF/10-13 anni). *Rivista Plexus*, 8.
- Canevaro, A., & Bonifazi, S. (2011). Il gruppo multifamiliare. Un approccio esperienziale. Armando Editore. Disponibile em: https://www.ibs.it/gruppo-multifamiliare-approccio-esperienziale-libro-alfredo-canevaro-stefano-bonifazi/e/9788860818713?lgw_code=1122-B9788860818713&qclid=EAlaIqObChMIwL_4z4bj_QIVUquiAx2NzqAZEQAQYASABEgKM1fD_BwE
- Coderoni, G. (2022). Il Gruppo Psicoanalitico Multifamiliare per l'Età Evolutiva come garante meta nella prevenzione del malessere sociale in adolescenza. *Psicoanalisi sociale*. Disponibile em: <https://www.psicoanalisiiesociale.it/il-gruppo-psicoanalitico-multifamiliare-per-le-ta-evolutiva-come-garante-meta-nella-prevenzione-del-malessere-sociale-in-adolescenza-giovanni-coderoni/>
- Falloon, I. (2001). Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria. Guida al lavoro con le famiglie. Erickson. Disponibile em: https://www.ibs.it/intervento-psicoeducativo-integrato-in-psichiatria-libro-falloon-ian/e/9788879460828?qclid=EAlaIqObChMI3cyznrXm_QIV4CoGAB0m2QPCEAAYAIAAEgLCfD_BwE
- Gargano, M. T., Serantoni, G., Ceppi, F., D'Alema, M., Ferraris, L., Innocente, P., Lanzi, F., Narracci, A., Russo, F., & Venier, M. (2016). Carico di cura in familiari di pazienti psichiatrici che partecipano a gruppi multifamiliari a orientamento psicodinamico: Risultati preliminari di uno studio empirico. *Rivista di Psichiatria*, 51(4), 135–142.
- Grossi, L., & Gómez, F. (2018). Il gruppo multifamiliare all'interno di un centro diurno per le dipendenze patologiche. *Area 3 cuadernos de temas grupales institucionales*, n.3.
- Lampronti, L., & Domenichetti, S. (2018). Relazioni di cura: Dal rapporto individuale ai gruppi terapeutici e multifamiliari. L'esperienza in un Servizio di Salute Mentale. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*, 16-2018.
- Mondelbaum, E. (2017). Teoria e pratica dei gruppi multifamiliari dal punto di vista della psicoanalisi integrativa. Nicomp Laboratorio ed. Disponibile em: <https://www.libreriauniversitaria.it/teoria-pratica-gruppi-multifamiliari-punto/libro/9788897142843>

Narracci, A., & Antonucci, A. (2022). I principali punti di riferimento teorici della Psicoanalisi Multifamiliare. *Interazioni*, Franco Angeli. <https://doi.org/10.3280/INT2022-001004>

Narracci, A., Cammarota, A., Fiori, G., & Rainer, M. L. (2021). Da oggetto di intervento a soggetto della propria trasformazione. Per un coinvolgimento attivo di tutti i protagonisti della salute mentale: Pazienti, familiari e operatori. Mondadori Bruno.

Narracci, A., & Ceppi, F. (2011). In ricordo di Jorge E. Garcia Badaracco. *Terapia Familiare*, Franco Angeli. <https://doi.org/10.3280/TF2011-095009>

Narracci, A. (2009). L'uso della psicoanalisi multifamiliare con i pazienti in diversi contesti di cura. *Interazioni*, 2008(1). <https://doi.org/10.3280/INT2008-001005>

Narracci, A. (2015). Psicoanalisi Multifamiliare come esperanto. Antigone. <https://www.libroco.it/dl/aa.vv/Antigone-Edizioni/9788898205240/Psicoanalisi-multifamiliare-come-esperanto/cw590123056747868.html>

Narracci, A. (2017). La Psicoanalisi Multifamiliare e il cambiamento: Istituzioni, operatori, persone. *Interazioni*, 46. Disponibile em: <https://www.psicoanalisioppiaefamiglia.it/interazioni/826-2/>

Neri, C. (2021). Il gruppo come cura. Raffaello Cortina. <https://www.raffaellocortina.it/scheda-libro/claudio-neri/il-gruppo-come-cura-9788832853148-3473.html>

Patussi, V., Ceccanti, M., Codenotti, T., Fanucchi, T., & Magri, G. (s.d.). Dai problemi alcol correlati alla promozione della salute.

Tabasso, C., Franco, L. D., Neri, G., Paciucci, G., & Vaccaro, M. V. (2017). Dialoghi tra istituzioni, Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare e stanza d'analisi. *Interazioni*, Franco Angeli, 2017(2). <https://doi.org/10.3280/INT2017-002005>

Tirelli, M., Mosconi, A., & Gonzo, M. (2016). Manuale di psicoterapia sistemica di gruppo. Franco Angeli. <https://www.libraccio.it/libro/9788891729262/manuela-tirelli-andrea-mosconi-mauro-gonzo/manuale-di-psicoterapia-sistemica-di-gruppo.html>

Veltro, F., & coll. (2014). Manuale per l'intervento psicoeducativo multifamiliare basato sul problem solving. Alpes ed. <https://www.riabilitazionepsicosociale.it/manuale-per-lintervento-psicoeducativo-multifamiliare-basato-sul-problem-solving-di-franco-veltro-e-coll-alpes-ed-2014/>

Bibliografia Internacional Traduzida para Italiano

Badaracco, J.G. (1997). La comunità terapeutica psicoanalitica di struttura multifamiliare. Franco Angeli. Disponibile em: <https://www.libreriauniversitaria.it/comunita-terapeutica-psicoanalitica-struttura-multifamiliare/libro/9788846400888>

Badaracco, J.G. (2004). Psicoanalisi Multifamiliare. Bollati Boringhieri. Disponibile em: <https://www.bollatiboringhieri.it/libri/jorge-e-garcia-badaracco-psicoanalisi-multifamiliare-9788833957081/>

Badaracco, J.G. (2007). La virtualità sana nella psicosi. *Interazioni*, Franco Angeli. <https://doi.org/10.3280/INT2007-002003>

Fallon, Ian. (2001). Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria. Guida al lavoro con le famiglie. Erickson. Disponibile em: <https://www.ibs.it/intervento-psicoeducativo-integrato-in-psichiatria-libro-falloon-ian/e/9788879460828?gclid=EAlaIQobChMI3cyznrXm QIV4CoGAB0m2QPCEAAYAIAAEgLclFD B wE>

Grossi, L., & Gómez, F. (2018). Il gruppo multifamiliare all'interno di un centro diurno per le dipendenze patologiche. *Area 3 cuadernos de temas grupales institucionales*, n.3.

Mondelbaum, E. (2017). Teoria e pratica dei gruppi multifamiliari dal punto di vista della psicoanalisi integrativa. Nicomp Laboratorio ed.

APÊNDICE 2 – Bibliografia Belga (Francês)

Bibliografia Belga (Francês)

- Almosnino, A. (2003, Mai). *La thérapie multifamiliale (TMF)*. 6ième congrès du GREPFA, Annecy, France. Disponible em: <https://www.grepfa.fr/download.php?lng=fr&pg=65&prt=1>
- Almosnino, A. (2004). Thérapie multifamiliale. In *Guérir les souffrances: 50 spécialistes répondent* (pp. 806-813). PUF Paris.
- Bacqué, M.-F., Bertschy, G., Nicot, C., Beraldin, R., Thévenot, A., & Metz, C. (2019). Un dispositif multi-groupe original en France. Articulation d'un grand groupe de partage d'expériences et de petits groupes thérapeutiques. Fonction thérapeutique et de formation. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 72(1), 163-175.
- Badaracco, J. G. (1999). *Psychanalyse multifamiliale. La communauté thérapeutique psychanalytique à structure familiale multiple*. PUF Paris.
- Badaracco, J. G. (2003). *Psychanalyse multifamiliale*. In Press.
- Badaracco, J. G. (2007). Psychanalyse multifamiliale: Comment soigner à partir de la 'virtualité saine'? In *Thérapies multifamiliales* (pp. 81-112). Erès.
- Benoit, J. C., Daigremont, A., Kossmann, L., Pruss, P., & Roume, D. (1980). Groupe de rencontre multifamilial dans un pavillon de malades chroniques. *Annales Médico-psychologiques*, 192(10), 1253-1259.
- Bonneton, S. (2020). Partenariats écoles-secteur infanto-juvénile: Quel impact sur la trajectoire d'enfants qui présentent des difficultés psychiques ? *Enfances & Psy*, 84(4), 56-60.
- Bromet-Camou, M. (1996). Approche systémique du désir d'enfant: Un groupe multifamilial hebdomadaire en maternité. *Thérapie familiale*, 17(1), 69-76.
- Brunaux, F., & Cook-Darzens, S. (2008). La thérapie multifamiliale Une alternative à la thérapie unifamiliale dans le traitement de l'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent ? *Thérapie familiale*, 29(1), 87-102.
- Carpentier, L., Bardou, D., & Urbain, J. (2021). « Savate bien? », mise en place d'un atelier thérapeutique parents-adolescents dans deux structures de soins du Grand Ouest. *Thérapie familiale*, 43(1), 65-78.
- Cassen, M., & Delille, J.-M. (2022). Thérapies familiales et addictions: Nouvelles perspectives. *Psychothropes*, 13(3-4), 229-249.
- Castano Blanco, A. (2021). Thérapie multifamiliale psychanalytique Variations sur un thème de García Badaracco. *Le divan familial*, 46(1), 145-158.
- Cazas, O. (1994). Groupe de parole avec les familles en pratique psychiatrique. *Annales de psychiatrie*, 9(3).
- Chambon, O., Deleu, G., & Marie-Cardine, M. (2004). Approche psychoéducative de la famille dans la psychose chronique. In *Guérir les souffrances familiales: 50 spécialistes répondent* (pp. 705-728). PUF Paris.
- Cook-Darzens, S. (2007a). *Thérapies multifamiliales*. Erès. Disponible em: <https://www.cairn.info/therapies-multifamiliales--9782749207094.htm?contenu=sommaire>
- Cook-Darzens, S. (2007b). *Thérapies multifamiliales, des groupes comme agents thérapeutiques*. Eres.
- Cook-Darzens, S. (2014). Groupes multifamiliaux et groupes de parents. In *Approches familiales des troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 233-256). Erès.
- Cook-Darzens, S. (2016). Les thérapies multifamiliales (TMF). In *Les thérapies de couple et de famille Modèles empiriquement validés et applications cliniques*. Mardaga. Disponible em: <https://www.cairn.info/les-therapies-de-couple-et-de-famille--9782804703158.htm>
- Cook-Darzens, S. (2022). *Approches multifamiliales*. Erès. Disponible em: <https://www.cairn.info/approches-multifamiliales--9782749274720.htm?contenu=sommaire>
- Cook-Darzens, S. (2003). Nouvelles tendances dans l'approche familiale de l'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent: Un modèle thérapeutique basé sur les ressources de la famille. *Génération - Revue de la Société française de la thérapie familiale*, 29, 51-57.
- Cook-Darzens, S., & Criquillon-Doulet, S. (2022). *Les Thérapies multifamiliales appliquées aux troubles des conduites alimentaires*. Elsevier.
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Brunaux, F., Rupert, F., Bouquet, M.-J., Bergametti, F., & Mouren, M.-C. (2005). Thérapie multifamiliale de l'adolescent anorexique. *Thérapie familiale*, 26(3), 223-245.

Criquillion-Doulet, S., & Laugier, F. (n.d.). Les groupes de familles de patients ayant un trouble des conduites alimentaires. *Génération - Revue de la Société française de la thérapie familiale*. Disponible em: <http://www.sftf.net/wp-content/uploads/2016/07/Criquillion-Doulet-S-les-groupes-de-familles-de-patients-ayant-un-trouble-des-conduites-alimentaires.pdf>

Delbaere-Blervacque, C., Courbasson, C. M. A., & Antoine, C. (2009). L'impact des troubles du comportement alimentaire sur les proches: Une revue de la littérature. *Psychothropes*, 15(3), 93-111.

Diatkine, G. (n.d.). ' Psychanalyse multifamiliale. La communauté thérapeutique psychanalytique à structure familiale multiple ' de Jorge García Badaracco. *Revue française de psychanalyse*, 65(1), 279-288.

Diatkine, G. (n.d.). L'équipe thérapeutique. *Perspectives Psy*, 51(3), 256-262.

Doba, K., & Nandrino, J.-L. (2015). Les thérapies familiales systémiques dans l'accompagnement de l'anorexie mentale: Évaluation du fonctionnement familial et de l'efficacité des thérapies familiales. In *L'Anorexie mentale* (pp. 285-321). Dunod.

El Farricha, M. (2001). La thérapie sociale multifamiliale. *Génération*, 24, 17-21.

Elkaïm, M. (1979). Thérapie multifamiliale avec des familles présentant des problèmes communs et appartenant au même milieu socio-économique et culturel. In *Thérapies familiales, institutions, quartiers*. Gamma.

Framo, J. L. (1979). Thérapie de couple en groupe. In *Techniques de base en thérapie familiale* (pp. 153-170). Delarge.

Frankhauser, A. (2015). *Thérapie multifamiliale et schizophrénie: Comment complexifier les représentations* [Médecine Lyon]. Disponible em: https://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/bbdda2b6-a251-4076-92cd-df575eddb931/blobholder:0/THm_2015_FRANKHAUSER_Adeline_Elisabeth.pdf

Gammer, C. (2007). Revue des livres—Titre recensé: 'Thérapies multifamiliales: Des groupes comme agents thérapeutiques', Solange Cook-Darzens (sous la dir. De), Éditions Érès, Ramonville St-Agne. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 43(2), 261-268.

Garcia Menendez, J., Bossuoy, M., & Moro, M. R. (n.d.). Le pont des langues. Le groupe multifamilial « Langues ». *Cliniques Méditerranéennes*, 103(1), 107-120.

Gelin, Z. (2016). *La Thérapie Multifamiliale Basée sur la Famille comme traitement de l'anorexie mentale de l'adolescent Etude d'un processus thérapeutique* [UMons]. Disponible em: https://www.researchgate.net/profile/Zoe-Gelin/publication/315837790_La_therapie_multifamiliale_basee_sur_la_famille_comme_traitement_de_l'anorexie_mentale_de_l'adolescent_Etude_d'un_processus_therapeutique/links/58eb558ba6fdcc96576754ac/La-therapie-multifamiliale-basee-sur-la-famille-comme-traitement-de-lanorexie-mentale-de-ladolescent-Etude-dun-processus-therapeutique.pdf

Gelin, Z., Bzurovski, J., Simon, Y., & Hendrick, S. (2014). Thérapie multifamiliale et rite de passage: Quand l'appartenance à une communauté sociale soigne le lien familial. *Thérapie familiale*, 35(4), 463-473.

Gelin, Z., Simon, Y., & Hendrick, S. (2015). Comment donnons-nous sens à notre vécu d'événements significatifs de vie ? *Thérapie familiale*, 36(1), 133-147.

Harf, A., Sibeoni, J., Genis, C., Crandclerc, S., Hellier, E., Minassian, S., Roué, A., Snegaroff, C., Skandrani, S., & Moro, M. R. (2022). Une nouvelle proposition de soins pour les refus scolaires anxieux à l'adolescence: La thérapie multifamiliale. *La psychiatrie de l'enfant*, 65(1), 37-51.

Hiers, S. (n.d.). L'enfant en crise et la fonction du groupe multifamilial. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 76(1), 89-101.

Hiers, S. (2018). Présence à distance et coprésence. Une séance de psychothérapie multifamiliale animée par Skype. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 70(1), 115-126.

Igodt, P. (1983). La thérapie d'un groupe de familles et sa mise en pratique d'après Peter Laqueur. *Thérapie familiale*, 4(1), 81-97.

La Belle, F. (2014). Vue d'ailleurs et autrement Le comment. *Psychothropes*, 13(3-4), 267-274.

Lafaye, G. Les approches familiales. In *Addictions et comorbidités*. Dunod. Disponible em: <https://www.cairn.info/addictions-et-comorbidites--9782100713011-page-385.htm?contenu=plan>

Laqueur, H. P. (1973). Thérapie multifamiliale: Questions et réponses. In *Techniques de base en thérapie familiale*. Delarge.

- M'Bailara, K., & Gard, S. (2013). Un groupe de psychoéducation pour les patients bipolaires et leur entourage. *Le journal des psychologues*, 313(10), 42-45.
- Marchand, D. (2008). « À propos de la parution de l'ouvrage Thérapies multifamiliales, Des groupes comme agents thérapeutiques, sous la direction de Solange Cook-Darzens, Érès, coll. 'Relations', 2007. : Entretien avec Solange Cook-Darzens ». *Santé mentale au Québec*, 33(1), 157-167.
- Martin, B., Rochet, C., Félus, D., & Félus, M. (2014). Réhabilitation et groupes multifamiliaux à orientation systémique. *L'information psychiatrique*, 90(6), 477-484.
- Mascaro Masri, N. (2011). Hommage à Jorge García Badaracco. *Le divan familial*, 26(1), 165-168.
- Miermont, J. (2002). L'approche psycho-éducative et multifamiliale de William R. McFarlane Introduction et commentaires. *Thérapie familiale*, 23(2), 105-120.
- Miermont, J. (2010). Thérapies familiales et psychiatrie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 168(1), 75-83.
- Migerode, L., Lemmens, G., Hooghe, A., Brunfaut, E., & Meynckens-Fourez, M. (2005). Groupes de discussion de jeunes adultes dépressifs hospitalisés avec leurs familles. *Thérapie familiale*, 4(26), 365-390.
- Mille, C., Boudailliez, B., & Naepels, B. (2016). Groupes d'anorexiques, groupes de parents: Penser le trouble ensemble et autrement? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(7), 417-426.
- Naeyaert, E., Sabbe, B., Heireman, M., & Lemmens, G. (1998). Multiple family therapy en familiediscussiegroep: Ontwikkeling en een voorbeeld van toepassing in dagbehandeling. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 24, 231-252. Disponible em: https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:522283?i=16&q=%22M+Heireman%22&search_field=author.
- Narraci, A. (2012). Le groupe de psychanalyse multifamiliale (GPMF). In *Quels toits pour soigner les personnes souffrant de troubles psychotiques?* (pp. 115-123). Érès. Disponible em: <https://www.cairn.info/quels-toits-pour-soigner-les-personnes-souffrant--9782749216218-page-115.htm?contenu=plan>
- Onderwater, K., & Molders, H. (2001). Multiloog une initiative néerlandaise pour une meilleure communication. *Génération*, 23.
- Podlipski, M.-A., Laviolle, J., Gonzales, B., Georgin, C., Leclerc, S., Lasfar, M., Dubos, C., Bazin, K., Gayet, C., Marguet, C., & Gerardin, P. (2015). Le repas familial thérapeutique Un outil de soin pour les adolescentes anorexiques hospitalisées et leurs familles. *Perspectives Psy*, 54(1), 20-29.
- Rabain, N. (2014). *Scarifications à l'adolescence et groupes thérapeutiques multifamiliaux*. Colloque international d'Athènes, Athènes, Grèce. Disponible em: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01445730>
- Rabain, N. (2015). *L'adolescent, ses parents et la psychanalyse multifamiliale* [Sorbonne Paris Cité]. Disponible em: <https://www.theses.fr/2015USPCC019>
- Rabain, N. (2018). *Psychanalyse multifamiliale et roman familial de l'adolescent*. VIIIe Congrès International de l'AIPCF, J, Lyon. Disponible em: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02533827/document>
- Rabain, N. (2019). *Groupes thérapeutiques multifamiliaux Expériences internationales Contribution au déploiement de la psychanalyse multifamiliale en France*. Disponible em: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03776868>
- Rabain, N. (2021). Contribution au déploiement de la psychanalyse multifamiliale en France. *Le divan familial*, 46(1), 159-171.
- Rabain, N. (2017). La psychanalyse multifamiliale pour adolescents à Buenos Aires. *Revue française de psychanalyse*, 81(4), 1146-1153.
- Rabain, N. (2020). Les adolescent·e·s transgenres et leurs parents Abord groupal de la transition. *Recherches en psychanalyse*, 30(2), 140-146.
- Rabain, N. (2018). Pourquoi la psychanalyse multifamiliale? *Enfances & Psy*, 79(3), 32-39.
- Rabain, N., Bourvis, N., & Cohen, D. (2016). Les groupes analytiques multifamiliaux pour adolescents. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(5), 317-323.
- Rabain, N., Briancesco, M. E., Ragatke, S., & Toporosi, S. (n.d.). De la mise en scène à la mise en récit: Confrontation intergénérationnelle et psychanalyse multifamiliale. *Dialogue*, 236(2), 31-47.
- Roques, M., Rousselet, C., & Sinanian, A. (2020). Théâtre de l'opprimé et groupe multifamille: Un dispositif de prise en charge original. *Le journal des psychologues*, 382(10), 31-37.

- Salem, G. (1985). L'approche multifamiliale à l'hôpital psychiatrique. *Archives Suisses de Neurologie, Neurochirurgie et de Psychiatrie*, 136(6), 67-71.
- Salem, G. (2001). Exposition, confrontation, légitimation, apprentissage : quatre mots-clefs pour la thérapie multifamiliale. *Génération - Revue de la Société française de la thérapie familiale*. Disponible em: http://www.sfff.net/wp-content/uploads/2016/07/Salem-G.TMF_.pdf
- Sauvaget, O., & Smaniotto, B. (2013). Anorexie et relations incestuelles. *Bulletin de psychologie*, 524(2), 159-165.
- Schiavone, A. (2015). *La thérapie multifamiliale: En quoi l'approche multifamiliale apporte-t-elle un élément supplémentaire à la thérapie familiale?* [UCLouvain]. Disponible em: <https://dial.uclouvain.be/memoire/ucl/fr/object/thesis:3087>
- Scliffet, D. (2020). *Intérêt de la thérapie multifamiliale dans la prise en charge de l'anorexie mentale*. [Université de Lille - faculté de médecine]. Disponible em: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2020/2020LILUM211.pdf
- Sheffield, M. (2007). Groupes multifamiliales avec des patients abuseurs de substances et leurs enfants: Programme de développement et résultats. *Génération*, 23, 17-20.
- Tamian, I. (2017). Famille et alcool. In *Le conjugal et le familial face à la problématique alcoolique Approche centrée sur l'entourage et l'alcoolodépendance*. Chronique sociale. Disponible em: <https://www.cairn.info/le-conjugal-et-le-familial-face-a-la-problematique--9782367171067.htm>
- Woodbury, M. A., & Woodbury, M. (1969). Psychiatrie communautaire à Paris: Création d'un service pilote d'urgence, d'hospitalisation à domicile, et de thérapie familiale dans le treizième arrondissement. *L'information psychiatrique*, 45(10).
- Zanouy, L., M'Bailara, K., & Minois, I. (2013). Penser un groupe multifamilial en psychiatrie adulte. *Le journal des psychologues*, 313(10), 37-41.

APÊNDICE 3 – Bibliografia Belga (Neerlandês)

- Cornelis, E., & Lemmens, G. (2016). De effectiviteit van groepsgezinstherapie bij psychiatrische aandoeningen: Een review [The effectiveness of group family therapy in psychiatric disorders: A review] [Ugent]. Disponível em: https://libstore.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/272/773/RUG01-002272773_2016_0001_AC.pdf
- Hilliger, E. (2015). Meergezinsbehandeling voor veteranengezinnen. *Systeemtherapie*, 25(2). Disponível em: https://www.tijdschriftsysteemtherapie.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/ST-25-2-57/Meergezinsbehandeling-voor-veteranengezinnen
- Lemmens, G., Eisler, I., Heireman, M., Migerode, L., & Demyttenaere, K. (2008). Groepsgezinstherapie. In *Handboek systeemtherapie*. Utrecht, Nederland: De Tijdstroom. Disponível em: https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:528924?i=17&q=%22M+Heireman%22&search_field=author
- Lemmens, G., Eisler, I., Heireman, M., Migerode, L., & Demyttenaere, K. (2014). Groepsgezinstherapie. In *Handboek systeemtherapie*. Utrecht, Nederland: De Tijdstroom. Disponível em: https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:5848811?i=5&q=%22M+Heireman%22&search_field=author
- Lemmens, G., Heireman, M., Naeyaert, E., & Sabbe, B. (1999). Familiediscussiegroep: Een netwerk van verbindingen. *Tijdschrift voor familietherapie*, 6(2), 21-34. Disponível em: https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:522306?i=15&q=%22M+Heireman%22&search_field=author
- Lemmens, G., Heireman, M., & Sabbe, B. (2001). Familiediscussiegroepen: Methodiek en processen. *Systeemtherapie*, 13(2), 72-85. Disponível em: https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:523056?i=11&q=%22M+Heireman%22&search_field=author
- Lemmens, G., Migerode, L., Heireman, M., Eisler, I., & Demyttenaere, K. (2006). Therapeutische factoren in groepsgezinstherapie bij depressieve patiënten en hun partners. In *Als liefde niet volstaat*. Leuven: Lannoo Campus. Disponível em: https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:523654?i=9&q=%22M+Heireman%22&search_field=author
- Migerode, L., Hooghe, A., Brunfaut, E., & Lemmens, G. (2006). Groepsgezinstherapie met opgenomen depressieve jongvolwassenen en hun gezin. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 32, 150-160.
- Naeyaert, E., Sabbe, B., Heireman, M., & Lemmens, G. (1998). Multiple family therapy en familiediscussiegroep: Ontwikkeling en een voorbeeld van toepassing in dagbehandeling. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 24, 231-252. Disponível em: https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:522283?i=16&q=%22M+Heireman%22&search_field=author
- Overbeek, M., Gudde, L., Rijnberk, C., Hempel, R., Beijer, D., & Maras, A. (2021). Multiprobleemgezinnen in intensieve specialistische meergezinstherapie: Een theoretische beschrijving en verslag van een casestudy. *Gezinstherapie wereldwijd*, 32, 409-424.
- Van Tricht, K., Lemmens, G., & Demyttenaere, K. (2008). Groepsgezinstherapie bij verslaafden binnen een urgentiepsychiatrische dienst'. *Systeemtherapie*, 20(1), 5-19.
- Vanhooren, F., Simons, A., Janssens, A., Glazemakers, I., & Deboutte, D. (2013). Multi Familie Dagbehandeling (MFD) bij kinderen en jongeren met anorexia nervosa: Een pilootstudie. *Tijdschrift voor orthopedagogiek, kinderpsychiatrie en klinische kinderpsychologie*, 38(1), 14-30.

APÉNDICE 4 – Bibliografía Española

Bibliografía Española

- Arroyo Guillamón, R. (n.d.). Los poderes del trabajo multifamiliar. *Psicoanálisis Multifamiliar*. Revista on line de divulgación científica. Disponible em: <miradamultifamiliar.com.ar>.
- Ayerra, J. M. (2019). El Grupo Multifamiliar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(136).
- Ayerra, J. M., & López Atienza, J. L. (2003). El Grupo Multifamiliar: Un espacio sociomental.
- Bar, G. (n.d.). Multifamiliar por sistema de video-conferencia. *Psicoanálisis Multifamiliar*. Revista on line de divulgación científica. Disponible em: <miradamultifamiliar.com.ar>.
- Berardinis, M. (2019). Los Grupos Multifamiliares. *Área 3*, 23, 1-12.
- Blanqué, J. M. (2005). El grupo multifamiliar aplicado al tratamiento de familias con experiencias psicóticas. *Temas de psicoanálisis*, 10, 25.
- Dobner, G. (2014). Repensando el psicoanálisis. *Multifamiliares (Vol. 1-1)*. Compañía editora de La Matanza.
- Domínguez Vázquez, I. (2020). La mente ampliada: Descripción y análisis de un grupo multifamiliar. *Avances en salud mental relacional*, 19.
- Estrada, A. (2020). Psicoterapia multifamiliar en la psicosis incipiente: Un enfoque interdisciplinar y comunitario. *Inf. psiquiatr.*
- García Badaracco, J. (2007). De sorpresa en sorpresa. *Revista de Psicoterapia Analítica Grupal de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal*, 2, 59-73.
- García Badaracco, J. E. (1990). Comunidad terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar (1a). *Tecnicpublicaciones S. A. Colección Continente/Contenido84-86104-30-0*.
- García Badaracco, J. E. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo (1a)*. Paidós. *Psicología Profunda*.
- García Badaracco, J. (2005). *Psicoanálisis Multifamiliar para curar la enfermedad mental desde la Virtualidad Sana*. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, LXII, 919-936.
- García Badaracco, J. (2012a). ¿Cómo se comienza un grupo multifamiliar? *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 21-24.
- García Badaracco, J. (2012b). *Psicoanálisis Multifamiliar. Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 25-34.
- García de Bustamante, E. (2012). La función por hacer. *Comemdia da fare. Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 137-146.
- Girau Valero, G., Martín Barahona, P., & Muñoz González, R. (2019). El equipo de conducción y su incidencia en el clima emocional del grupo multifamiliar. *Asociación para el estudio de temas grupales, psicosociales e institucionales*, 23, 9.
- Godinho, P., Centeno M. J., Fialho, T., Neto, I. M. (2012). El grupo multifamiliar y el síndrome de puertas abiertas: Del diagnóstico a la terapéutica. La contribución portuguesa. *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 123-136.
- Jáñez Álvarez, M. (2021). Análisis de un grupo multifamiliar, desde la perspectiva sociodramática. *Clínica e Investigación Relacional. Revista electrónica de Psicoterapia*, 15(2), 419-435.
- López Atienza, José L. y Blajakis, María I. (s. f.). Los GMF: una mirada para la reconstrucción humana del sufrimiento mental.
- López Atienza, José L. y Blajakis, María I.B. (2003). Tratamiento Multigrupal en la Adolescencia. Exposición y reflexiones de una experiencia clínica realizada a partir de la integración de un grupo pequeño y un grupo multifamiliar. *Boletín de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal*, 29.
- López Atienza, José L. y Blajakis, María I.B. (2012). El clima emocional en los grupos multifamiliares: Su construcción y contribución al cambio. *Iniciativas grupales*, 2(1).
- Manchado Flores, Miguel Ángel. (2021). Los grupos multifamiliares en la rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental desde la mirada del Trabajo Social con grupos multi-family. *Trabajo Social Hoy*, 94, 49-73.

Mandelbaum, Eduardo. (2015). Teoría y práctica del grupo multifamiliar. Desde el psicoanálisis integrativo (Vol. 1-1). Ediciones del Candil.

Marín Arévalo, Arturo. (2016). Explorando el Psicoanálisis Multifamiliar. Reflexiones en torno a la forma de entender el sufrimiento de los pacientes. Clínica e Investigación Relacional. Revista electrónica de Psicoterapia, 10(1).

Markez, Iñaki. (2009). Potencial del Psicoanálisis Multifamiliar. Entrevista a Jorge E. García Badaracco. Revista Norte de Salud Mental, 34, 85-93.

Martínez García de Castro, M., Fernández Gil, J., Perles Rosselló, F. (2020). Vínculos y Palabras en un GMF. Psicoterapia y Meditación. Revista online. <psicoterapiaymeditacion.com>.

Martínez González Alejandro, Bonnel García, Lars, Sempere Pérez, Javier y Fuenzalida Muñoz, Claudio. (2021). Contribuciones para mejorar la eficacia de la conducción de grupos multifamiliares. Una revisión sistemática. LASALLE, centro universitario, 21, 33-60.

Maruottolo Sardella, C. (2009). El Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar como dispositivo hipercomplejo. Avances en Salud Mental Relacional, 8(2).

Mascaró Landolfi, Andrés, Juan Mendivil y otros. (2006). El GMF en el contexto de una Escuela de Padres de una Ikastola. Revista de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal, 1, 105 a 115.

Mascaró Masri, Norberto. (s. f.). Homenaje a Jorge García Badaracco. Asociación Franco-Argentina de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Sainte Anne. París. Octubre de 2020. Psicoanálisis Multifamiliar. Revista online de divulgación científica. <miradamultifamiliar.com.ar>.

Mascaró Masri, Norberto. (2008). Crisis y Contensión: El GMF. En Crisis y contención. Del estrés al equilibrio psíquico. Autores José Guimón, Ricardo Dávila, Antonio Andreoli (Eds.) (Ediciones Eneida. Puntos de Vista/12, p. 252). Eneida.

Mascaró Masri, Norberto. (2011). La transferencia: Nuevas perspectivas en la clínica del grupo de psicoanálisis multifamiliar. Avances en Salud Mental Relacional, 10(3).

Mascaró Masri, Norberto. (2012). El Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar. Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares, 2(1), 35 a 43.

Mascaró Masri, Norberto. (2015). El Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar. Contextualizando la experiencia. En Un cuarto de siglo de Psiquiatría Dinámica. Coordinador José Guimón (p. 222). Eneida.

Mascaró Masri, Norberto. (2018). El Grupo Multifamiliar: Un campo dinámico interactivo. En La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental. Autoras: De Castro Oller, M. J.; Gomez Esteban, R.; De La Hoz Martínez, A. (pp. 155-162). Asociación Española de Neuropsiquiatría - Estudios-61.

Matthews, S., Spector, C., Suarez Johnson, L. (s. f.). GMF intercultural (MIC): Migración e interculturalidad, encuentros de experiencias subjetivas. Psicoanálisis Multifamiliar. Revista online de divulgación científica. <miradamultifamiliar.com.ar>.

Mitre, María Elisa. (s. f.). Intervenir en los GPMF: cómo, cuándo, porqué y para qué.

Mitre, María Elisa. (2016). Las voces del silencio. Por qué se curan los pacientes que se curan (Vol. 1-1). Sudamericana.

Moneo Martín, Florencio. (2008). El Grupo Multifamiliar: Un análisis antropológico. Revista de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal, 3, 41 a 48.

Murelaga, María Jesús y Barrenetxea, Olatz. (2006). El GMF, instrumento facilitador de la dinámica adolescente. Revista de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal, 1, 127 a 133.

Narracci, Andrea. (s. f.). El poder de la vivencia.

Palleiro, Eva. (2012). "Psicoanálisis Multifamiliar, asambleas y rehabilitación." Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares, 2(1), 95-108.

Rabin Lebovici, Nicolás; D'Agostino Ermacora, Sebastián; Benaym, Liza; Mascaró Masri, Norberto. (2018). "Grupos multifamiliares: Un nuevo abordaje terapéutico en la adolescencia." Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y Adolescente, 65.

Rabin Nicolás. (s. f.). "Contribución al despliegue del psicoanálisis multifamiliar en Francia." Le Divan Familiar, 46(1), 159-1712021.

Ramos, L.; De Miguel, S. (2017). "Grupo multifamiliar en un hospital de día de trastornos de la conducta alimentaria." Avances en Salud Mental Relacional, 16(1).

Salomón Martínez, Jesús; Simond Hernán. (2013). "Grupos de terapia multifamiliar. ¿Qué son, cómo funcionan, qué ventajas ofrecen?" Asociación Española de Neuropsiquiatría- Estudios-52.

Sempere, Javier. (2012). "Nexos del modelo de psicoanálisis multifamiliar con otros enfoques terapéuticos. Consideraciones acerca de una nueva epistemología." *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 11-20.

Sempere, Javier; Fuenzalida, Claudio. (2017). "Terapias multifamiliares. El modelo interfamiliar: La terapia hecha por todos." *Psimática Editorial, S.L.*

Sempere Pérez, J. (2018). "Terapia interfamiliar: Potenciando la terapia multifamiliar a través del grupo multifamiliar." En *La Psicoterapia de Grupo en los Servicios de Salud Mental* (María Jesús de Castro Oller, Rosa Gómez Esteban y Angela de la Hoz Martínez, editoras), 1, 279. Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Sempere Pérez, Javier. (2016). "Terapia interfamiliar: Análisis y descripción de la aplicación de un nuevo modelo de terapia multifamiliar." Tesis (proyecto de investigación), Facultad de Medicina, Universidad de Murcia.

Sempere Pérez, Javier; F., Claudio. (2022). "Terapia Interfamiliar. El poder de los grupos multifamiliares en contextos sociales, sanitarios y educativos." Editorial Desclée De Brouwer.

Sempere Pérez, Javier, J. (2005). "El grupo multifamiliar en un hospital de día para adolescentes." *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 5, 93-101.

Simond, Hernán. (2012). "El «Esquema de Articulaciones» de Jorge García Badaracco y su relación con el esquema reversible de la mente." *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 45-63.

Soler Sánchez. M.M. (2018). "Los grupos multifamiliares en España." En *La Psicoterapia de Grupos en los Servicios de Salud Mental* (pp. 173-186). Asociación Española de Neuropsiquiatría-Estudios-61.

Toporosi,S.; Regatke,S.; Rabin,N.; Briancesco, M.E. (2015). "Grupo terapéutico multifamiliar con adolescentes: Un dispositivo para que se despliegue la confrontación generacional." *Revista Topía*.

Vilariño Besteiro, P.; Unzueta Conde, B.; Uría Rivera, T.; Pérez Franco, C.; Guerra Gomez, E. (2019). "Aunando esfuerzos: GMF en el abordaje de los trastornos de alimentación." *Clínica Contemporánea. Revista de Diagnóstico Psicológico, Psicoterapia y Salud Mental*, 10(2), 1-18.

Visona, Federica. (2017). "El grupo de psicoanálisis multifamiliar. Una experiencia formativa en un contexto terapéutico de hospitalización." *Journal de Psychosocial Systems* (Revista online de Sistemas Sociales).

APÊNDICE 5 – Bibliografia Portuguesa

Bibliografia Portuguesa

- Almeida, T. M. C. D., Penso, M. A., & Costa, L. F. (2009). Abuso sexual infantil masculino: o gênero configura o sofrimento e o destino?. *Estilos clin*, 46-67.
- Bastos, K. R. P., Mesquita, N., Montenegro, S., Siqueira, G. M., Stroher, L. M. C., Setubal, C. B., ... & Costa, L. F. (2019). Grupo Multifamiliar: Uma proposta de intervenção psicossocial com adolescentes autores de violência sexual. In *Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais 2019* (Vol. 16, No. 1).
- Berwanger, C., Rosa, M. I., & Narvaz, M. (1999). Abuso sexual infantil: compartilhando dores na esperança de reescrever uma nova história: uma experiência com grupos multifamiliares. *Texto & contexto enferm*, 330-333.
- Brito, M. L. D. S. (2011). Grupos psicoeducativos multifamiliares: uma forma de aprender a viver com a esquizofrenia.
- Cabral, R. R. F., & Chaves, A. C. (2005). Conhecimento sobre a doença e expectativas do tratamento em familiares de pacientes no primeiro episódio psicótico: um estudo transversal. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27, 32-38.
- Caetano, L. A. O., da Silva, F. S., & Silveira, C. A. B. (2017). Alzheimer, sintomas e grupos: uma revisão integrativa. *Vínculo-Revista do NESME*, 14(2), 84-93.
- Cavalcante, A. B. (2018). Adolescentes com bulimia nervosa e suas famílias: pesquisa e intervenção por meio do grupo multifamiliar.
- Centeno, M. J., Godinho, P., Fialho, T., Teixeira, A. L., & Neto, I. M. (2010). A' síndrome das portas abertas'-um diagnóstico a partir do grupo multifamiliar. *Vínculo-Revista do NESME*, 7(2), 15-22.
- Cobelo, A. W., & Nicoletti, M. (2019). Grupo psicoeducativo multifamiliar no tratamento dos Transtornos Alimentares. *Transtornos alimentares na infância e na adolescência: Uma visão multidisciplinar*.
- Cobelo, A. W., Saikali, M. O., & Schomer, E. Z. (2004). A abordagem familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosa. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 31, 184-187.
- Contel, J. O. B., & Villas-Boas, M. A. (1999). Psicoterapia de grupo de apoio multifamiliar (PGA) em hospital-dia (HD) psiquiátrico. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 21, 225-230.
- Costa, L. F. (1999). Possibilidade de criação de um contexto educativo: grupos multifamiliares. *Linhas Críticas*, 4(7-8), 159-174.
- Costa, L. F. (2004). Grupos multifamiliares: construindo uma metodologia para a psicologia clínica na comunidade. *Família e problemas na contemporaneidade: reflexões e intervenções do Grupo Socius*, 123-156.
- Costa, L. F. (2011). Participação de famílias no Grupo Multifamiliar de adolescentes ofensores sexuais: vergonha e confiança. *Psicologia clínica*, 23, 185-201.
- Costa, L. F., & Brandão, S. N. (2005). Abordagem clínica no contexto comunitário: uma perspectiva integradora. *Psicologia & Sociedade*, 17, 33-41.
- Costa, L. F., & Meijas, N. P. (1998). Reuniões multifamiliares: uma proposta de intervenção em psicologia clínica na comunidade.
- Costa, L. F., & Penso, M. A. (2013). A percepção de profissionais sobre o atendimento a adolescentes ofensores sexuais. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 16(2), 227-240.
- Costa, L. F., Almeida, M. C. D., Ribeiro, M. A., & Penso, M. A. (2009). Grupo multifamiliar: espaço para a escuta das famílias em situação de abuso sexual. *Psicologia em Estudo*, 14, 21-30.
- Costa, L. F., Penso, M. A., & Almeida, T. M. C. D. (2005). O grupo multifamiliar como um método de intervenção em situações de abuso sexual infantil. *Psicologia Usp*, 16, 121-146.
- Costa, L. F., Penso, M. A., & Conceição, M. I. G. (2015). Manual de grupos multifamiliares. *Brasília, DF: Central de Produções Gráficas e Editora*.

Costa, L. F., Penso, M. A., & de Almeida, T. M. C. (2006). Nos bastidores da pesquisa: Dificuldades no procedimento metodológico em situações-limite. *Psico*, 37(2).

Costa, L. F., Penso, M. A., Rufini, B. R., de Alcântara Mendes, J. A., & Borba, N. F. (2007). Família e abuso sexual: silêncio e sofrimento entre a denúncia e a intervenção terapêutica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(2), 245-255.

Da costa, R. F., & de Souza, j. A. (2012). Grupos multifamiliares em dependência química. *Unifunec científica multidisciplinar*, 2(3).

da Silva Brito, M. L. (2011). *Grupos Psicoeducativos Multifamiliares: Uma Forma De Aprender a Viver Com a Esquizofrenia* (Doctoral dissertation, Universidade de Lisboa (Portugal)).

de Figueiredo, M. S. (2017). Tecendo histórias, fortalecendo vínculos: a experiência com genogramas em um grupo multifamiliar. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 26(59), 87-99.

de Lima, h. G. D. (2006) Grupos multifamiliares como uma possibilidade de intervenção na justiça. Construindo caminhos para a intervenção psicossocial no contexto da justiça. *Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios*, 106.

De Souza, j. A., & da Costa, r. F. (2012). Grupos multifamiliares em dependência química. *Anais do fórum de iniciação científica do unifunec*, 3(3).

FERRARINI, A. (1998). A construção social da terapia: Uma experiência com redes sociais e grupos multifamiliares. *Porto Alegre: Metrópole*.

Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., Barahona-Correa, B., & Fadden, G. (2006). Intervenções familiares na esquizofrenia. Dos aspectos teóricos à situação em Portugal. *Acta médica portuguesa*, 19(1), 1-8.

Holzmann, M. E. F. (2006). Jogos espontâneo-criativos nos processos de desenvolvimento da comunicação, autonomia e integração: uma proposta de intervenção sistêmica para grupo multifamiliar em situação de risco.

Jaeger, M. A. D. S., Seminotti, N., & Falceto, O. G. (2011). O grupo multifamiliar como recurso no tratamento dos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33, 20-27.

Maria, A. M. F. P. A., & Pincolini, F. (2017). Grupos multifamiliares para responsáveis de adolescentes em conflito com a lei: Relato de experiência e proposta de intervenção. *Revista SocioEducação*, 1(01), 49-65.

Moreira, M. S. S. (2004). A dependência familiar. *Revista da SPAGESP*, 5(5), 83-88.

Narvaz, M. G. (2010). Grupos multifamiliares: história e conceitos. *Contextos clínicos*, 3(1), 1-9.

Narvaz, M., Berwanger, C., Moraes, R., & Rosa, M. I. (2000). Abuso sexual infantil: Compartilhando dores na esperança de reescrever uma nova história: uma experiência com grupos multifamiliares. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 18(9), 31-38.

Nery, M. D. P., Costa, L. F., & Conceição, M. I. G. (2006). O sociodrama como método de pesquisa qualitativa. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 16, 305-313.

Nicoletti, M., Gonzaga, A. P., Modesto, S. E. F., & Cobelo, A. W. (2010). Grupo psicoeducativo multifamiliar no tratamento dos transtornos alimentares na adolescência. *Psicologia em estudo*, 15, 217-223.

Nogueira, H. F. (2017). Intervenção psicossocial com famílias de crianças obesas por meio do grupo multifamiliar: vivências e percepções dos participantes.

Patrão, I., & Rita, J. S. (2013). Intervenção Multifamiliar com Adolescentes com Alterações de Comportamento: Proposta de um Programa de Intervenção. *Psychology, Community & Health*, 2(3).

Penso, M. A., Costa, L. F., Conceição, M. I. G., & Carreiro, T. C. O. C. (2013). As mães dos adolescentes que cometeram ato infracional social e de natureza sexual. *Interacções*, 9(25).

Penso, M. A., Costa, L. F., de Almeida, T. M. C., & Ribeiro, M. A. (2009). Abuso sexual intrafamiliar na perspectiva das relações conjugais e familiares. *Aletheia*, (30), 142-157.

Penso, M. A., Legnani, V., Costa, L. F., & Antunes, C. (2005). O grupo multifamiliar com famílias de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual no contexto da crise. *LF Costa & TMC de Almeida, Violência no cotidiano: do risco à proteção*, 87-105.

Ponciano, E. L. T., Cavalcanti, M. T., & Féres-Carneiro, T. (2010). Observando os grupos multifamiliares em uma instituição psiquiátrica. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 37, 43-47.

Pozzobon, M., & Marin, A. H. (2021). Recursos expressivos e desempenho escolar: intervenção em grupo multifamiliar. *Revista de psicologia (Santiago)*, 30(2), 10-24.

- Ribeiro, M. A., Costa, L. F., Penso, M. A., de Almeida, T. M. C., & Nogueira, H. F. (2010). O grupo multifamiliar em parceria com a ação psicossocial forense. *Interação em Psicologia*, 14(1).
- Ribeiro, M. A., Nogueira, H. F., Cavalcante, A. B., & da Silva, M. M. (2013, March). Obesidade e família: o Grupo Multifamiliar na pesquisa e intervenção com famílias de crianças e adolescentes obesos. In Trabalho publicado nos anais do V Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental [http://www. Psicopatologia fundamental. org/pagina-mesasredondas-712](http://www.PsicopatologiaFundamental.org/pagina-mesasredondas-712). Acesso em (Vol. 20)
- Ribeiro, M. A., Nogueira, H. F., Melo, V. D. A. A., & Valadares, F. S. A. (2013). Pesquisa e intervenção com famílias de crianças e adolescentes com obesidade utilizando a metodologia do Grupo Multifamiliar. *Relações interpessoais e saúde*, 55.
- Santos, L. A. (2014). Terapia cognitivo-comportamental familiar por meio de grupos multifamiliares no tratamento para o transtorno relacionado a substâncias.
- Santos, M. A., Leonidas, C., & de Souza Costa, L. R. (2016). Grupo multifamiliar no contexto dos transtornos alimentares: A experiência compartilhada. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 3(68), 43-58.
- Saraiva, L. F. D. O. (2018). O atendimento a queixas escolares no CRAS. *Psicologia Escolar e Educacional*, 22, 215-217.
- Seadi, S. M. S. (2007). *A terapia multifamiliar e a dependência química* (Master's thesis, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul).
- Seadi, S. M. S., & Oliveira, M. D. S. (2009). A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. *Psicologia Clínica*, 21, 363-378.
- Soares, L. V., & Penso, M. A. (2014). Proposta de intervenção com grupo multifamiliar com famílias nomeadas pela escola como violentas. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 22(2), 15-24.
- Souza, L. V., & Santos, M. A. D. (2009). A construção social de um grupo multifamiliar no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22, 483-492.
- Tapia, L. E. R., Ribeiro, B. D. O. L., & Contel, J. O. B. (2000). Grupo de apoio multifamiliar e avaliação do funcionamento social de pacientes em hospital-dia psiquiátrico universitário. *J. bras. psiquiatr*, 395-398.
- Tavares, A. S., Mesquita, N., & Montenegro, S. (2019). Intervenção psicossocial com adolescentes que cometeram ofensa sexual e suas famílias: o grupo multifamiliar. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 28(64), 82-104.
- Tommasi, M. C. F. (1996). Uma experiência institucional com grupos multifamiliares no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Rev. psiquiatr. clín.(São Paulo)*, 33-40.
- Valentin, F. (2018). 'Não é porque eu sou pobre que eu não posso sonhar': contribuições da musicoterapia em um grupo multifamiliar vulnerado pela pobreza.
- Valentin, F., do Nascimento, S. R., Ferreira, E. A. D. B. F., & Teixeira, C. M. F. S. (2015). Grupo Multifamiliar e Musicoterapia: métodos de prevenção ao uso de drogas na escola. *ABRAMD: Compartilhando Saberes*, 72.
- Vilela, L., dos Santos, M. A., de Andrade Moura, F. E. G., Brustelo, T. N. C., & Saviolli, C. M. G. (2010). Fatores terapêuticos em um grupo de apoio multifamiliar no tratamento da anorexia e bulimia. *Revista da SPAGESP*, 11(2), 41-50.
- Zaranza, N. I. D. C. (2008). Autismo e família: estudo dos aspectos familiares e sociais.

APÉNDICE 6 – Bibliografía Internacional

- Asen, E. (2002). Multiple family therapy: An overview. *Journal of Family Therapy*, 24(1), 3–16.
- Asen, E., & Schuff, H. (2006). Psychosis and multiple family group therapy. *Journal of Family Therapy*, 28(1), 58–72.
- Asen, E., Dawson, N., & McHugh, B. (A c. Di). (2019). *Multiple Family Therapy: The Marlborough Model and Its Wider Applications*. Routledge.
- Asen, K., George, E., Piper, R., & Stevens, A. (1989). A systems approach to child abuse: Management and treatment issues. *Child Abuse & Neglect*, 13(1), 45-57.
- Barbagelata, N. (2018). The Multifamily Group in Severe Psychiatric Pathologies. In R. Pereira & J. L. Linares (A c. Di), *Clinical Interventions in Systemic Couple and Family Therapy* (pp. 177–190). Springer International Publishing.
- Baudinet, J., Eisler, I., Dawson, L., Simic, M., & Schmidt, U. (2021). Multi-family therapy for eating disorders: A systematic scoping review of the quantitative and qualitative findings. *The International Journal of Eating Disorders*, 54(12), 2095–2120.
- Borgogno, F. V. (2010). Working with 'Difficult' Patients: An Interview with Jorge García Badaracco. *The American Journal of Psychoanalysis*, 70(4), 341–360.
- Borgogno, F. V., Franzoi, I. G., Barbasio, C. P., Guglielmucci, F., & Granieri, A. (2015). Massive Trauma in A Community Exposed to Asbestos: Thinking and Dissociation among the Inhabitants of Casale Monferrato. *British Journal of Psychotherapy*, 31(4), 419–432.
- Brady, P., Kangas, M., & McGill, K. (2017). 'Family Matters': A Systematic Review of the Evidence For Family Psychoeducation For Major Depressive Disorder. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(2), 245–263.
- Buckmaster, R., Guerin, S., O'Leary, T., & McNulty, M. (2021). Exploration of family dynamics in adults who self-harm: A multi-perspective approach. *Journal of Family Therapy*, 43(4), 665–686.
- Castillo, I. G. D., García, S. L., & Balaguer, A. P. (2022). Multifamily therapy in first episodes of psychosis: A pilot study. *European Psychiatry*, 65(S1), S783–S784.
- Dare, C., & Eisler, I. (2000). A multi-family group day treatment programme for adolescent eating disorder. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 8(1), 4-18.
- Domínguez Vázquez, I., Nuño Gómez, L., Freixa Fontanals, N., Hidalgo Arjona, C., Cervera, G., Corominas Díaz, A., & Balcells-Oliveró, M. (2023). Multifamily therapy in the community mental health network: A pragmatic randomized and controlled study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 49(1), 205–221.
- Gale, J., Realpe, A., & Pedriali, E. (2013). *Therapeutic Communities for Psychosis: Philosophy, History and Clinical Practice*. Routledge.
- García Badaracco, J. (1989). Comunidad terapéutica de estructura multifamiliar.
- García Badaracco, J. E. (2004). Ferenczi: His position in the realm of psychiatry. *International Forum of Psychoanalysis*, 13(1–2), 93–104.
- García del Castillo, I., López García, S., Pérez-Balaguer, A., Varillas Delgado, D., Fuenzalida Muñoz, C., & Sempere Pérez, J. (2022). Multifamily therapy in first psychotic episodes: A pilot study. *Psychosis*, 0(0), 1–9.
- García, M. P., Barbero, J. A. J., García, S. T., & Sempere, J. (2016). *Terapia Grupal Multifamiliar En El Abordaje de la Problemática Conductual y Emocional del Adolescente*.
- Gelin, Z., Cook-Darzens, S., & Hendrick, S. (2018). The evidence base for Multiple Family Therapy in psychiatric disorders: A review (part 1): Evidence base for psychiatric MFT. *Journal of Family Therapy*, 40(3), 302–325.
- Guglielmucci, F., Franzoi, I. G., Barbasio, C. P., Borgogno, F. V., & Granieri, A. (2014). Helping traumatized people survive: A psychoanalytic intervention in a contaminated site. *Frontiers in Psychology*, 5.
- Guimón, J. (2016). Overcoming the decline of psychoanalysis in psychiatric institutions. *International Forum of Psychoanalysis*, 25(3), 169–178.

- Hellemans, S., De Mol, J., Buysse, A., Eisler, I., Demyttenaere, K., & Lemmens, G. M. D. (2011). Therapeutic processes in multi-family groups for major depression: Results of an interpretative phenomenological study. *Journal of Affective Disorders*, 134(1–3), 226–234.
- Jewell, T. D., & Lemmens, G. M. (2018). Multiple family therapy: Forever promising? Commentary on Gelin et al.(2018) and Cook-Darzens et al.(2018), the evidence base for multiple family therapy in psychiatric and non-psychiatric conditions: A review (parts 1 and 2). *Journal of Family Therapy*, 40(3), 344–348.
- Kaufman, E., & Kaufmann, P. (1981). Multiple Family Therapy with Drug Abusers. In A. J. Schecter (A c. Di), *Drug Dependence and Alcoholism: Volume 1 Biomedical Issues* (pp. 107–118). Springer US.
- Kuppersmith, J., Blair, R., & Slotnick, R. (2009). Training Undergraduates as Co-Leaders of Multifamily Counseling Groups. *Teaching of Psychology*.
- Laqueur, H. P. (1970). Multiple family therapy and general systems theory. *International Psychiatry Clinics*, 7(4), 99–124.
- Laqueur, H. P. (1973). Multiple family therapy: Questions and answers. *Seminars in Psychiatry*, 5(2), 195–205.
- Laqueur, H. P., & Laburt, H. A. (1964). Family Organization In A Modern State Hospital Ward. *Mental Hygiene*, 48, 544–551.
- Laqueur, H. P., & Lebovic, D. (1968). Correlation between multiple family therapy, acute crises in a therapeutic community and drug levels. *Diseases of the Nervous System*, 29(5), Suppl:188-192.
- Laqueur, H. P., Laburt, H. A., & Morong, E. (1964). Multiple Family Therapy. *Current Psychiatric Therapies*, 4, 150–154.
- Laqueur, H. P., Wells, C. F., & Agresti, M. (1969). Multiple-family therapy in a state hospital. *Hospital & Community Psychiatry*, 20(1), 13–20.
- Leichter, E., & Schulman, G. L. (2015). Interplay of Group and Family Treatment Techniques in Multifamily Group Therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*.
- Lewis N. Foster. (2021). Peter Laquer, the Father of Multiple Family Therapy- the First Model. - Speech at Catholic University of Leuven in 1977. Disponível em: <http://www.multiplefamilygrouptherapy.com/H%20Peter%20Laqueur%20Model%20Of%20MFGT.htm>
- Manso Neto, I., Fialho, T., Godinho, P., & Centeno, M. J. (2010). Treating and Training: A 30 Year Experience of a Team with a Group-Analytic Framework: Part I. *Group Analysis*, 43(1), 50–64.
- Maone, A., D'Avanzo, B., Russo, F., Esposito, R. M., Goldos, B. L., Antonucci, A., Ducci, G., & Narracci, A. (2021). Implementation of Psychodynamic Multifamily Groups for Severe Mental Illness: A Recovery-Oriented Approach. *Frontiers in Psychiatry*, 12.
- McClendon, R. (1976). Multiple family group therapy with adolescents in a state hospital. *Clinical Social Work Journal*, 4(1), 14–24.
- McFarlane, W. R. (2004). *Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders*. Guilford Press.
- Mehl, A., Tomanová, J., Kuběna, A., & Papežová, H. (2013). Adapting multi-family therapy to families who care for a loved one with an eating disorder in the Czech Republic combined with a follow-up pilot study of efficacy. *Journal of Family Therapy*, 35(S1), 82–101.
- Millard, J., & McLagan, J. R. (1972). Multifamily Group Work: A Hopeful Approach to the Institutionalized Delinquent and his Family. *Comparative Group Studies*, 3(1), 117–127.
- Murburg, M. M., Price, L. H., & Jalali, B. (1988). Huntington's disease: Therapy strategies. *Family Systems Medicine*, 6(3), 290.
- Narracci, A. (2018). A «bridge» between psychoanalysis and psychiatry. In *Psychoanalysis and Psychiatry*. Routledge.
- Pérez-García, M., Sempere-Pérez, J., Rodado-Martínez, J. V., Pina López, D., Llor-Esteban, B., & Jiménez-Barbero, J. A. (2020a). Effectiveness of multifamily therapy for adolescent disruptive behavior in a public institution: A randomized clinical trial. *Children and Youth Services Review*, 117(C).
- Pérez-García, M., Sempere-Pérez, J., Rodado-Martínez, J. V., Pina López, D., Llor-Esteban, B., & Jiménez-Barbero, J. A. (2020b). Effectiveness of multifamily therapy for adolescent disruptive

behavior in a public institution: A randomized clinical trial. *Children and Youth Services Review*, 117, 105289.

Raasoch, J., & Laqueur, H. P. (1979). Learning multiple family therapy through simulated workshops. *Family Process*, 18(1), 95–98.

Rabain, N. (2017). Multifamily Psychoanalysis for Adolescents in Buenos Aires. *Revue française de psychanalyse*, 81(4), 1146–1153.

Rabain, N. (2021, dicembre 1). Transference and Countertransference Dynamics in a Multifamily Group for Transgender Adolescents (world) [Research-article]. <https://doi.org/10.1521/Prev.2021.108.4.457> ; Guilford.

Rhodes, R. M., & Zelman, A. B. (1986). An Ongoing Multifamily Group in a Women's Shelter. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(1), 120–130.

Ruiz-Íñiguez, R., Carralero-Montero, A., Martínez-González, A., Méndez-Parra, E., Valdés-Díaz, Y., & Sempere, J. (2021). Interfamily Therapy, a multifamily therapy model settled in infant-juvenile mental health services of Havana (Cuba): A qualitative study from participants' perspectives. *Journal of Marital and Family Therapy*, 47(4), 843–863.

Schaefer, G. (2008). Multiple family group therapy in a drug and alcohol rehabilitation centre. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 29(1), 17-24.

Scholz, M., & Asen, E. (2001). Multiple family therapy with eating disordered adolescents: Concepts and preliminary results. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 9(1), 33-42.

Scholz, M., Asen, E., Gantchev, K., Schell, B., & Süß, U. (2002). A family day clinic in child psychiatry. The Dresden model--concepts and first experiences. *Psychiatrische Praxis*, 29(3), 125-129.

Sempere, J., & Fuenzalida, C. (2021). Interfamily therapy: Application of dialogical practices in the multifamily group. In *Open Dialogue for Psychosis*. Routledge.

Slagerman, M., & Yager, J. (1989). Multiple family group treatment for eating disorders: a short term program. *Psychiatric Medicine*, 7(4), 269-283.

Steinglass, P. (1998). Multiple family discussion groups for patients with chronic medical illness. *Families, Systems, & Health*, 16(1-2), 55.

Stuart, B. K., & Schlosser, D. A. (2009). Multifamily Group Treatment for Schizophrenia. *International Journal of Group Psychotherapy*, 59(3), 435–440.

Tantillo, M., McGraw, J. L. S., & Grange, D. L. (2020). *Multifamily Therapy Group for Young Adults with Anorexia Nervosa: Reconnecting for Recovery*. Routledge.

Tarallo, F., Matarrese, A., D'Alessandro, M., Griffo, S., Marino, G., Marazzi, M., Riggio, F., Sangiovanni, L., Scardigli, M. I., & Nicolò, G. (2020). [Cognitive-Behavioural group interventions and Multifamily Psychoanalysis group in a Psychiatric Ward]. *Rivista di psichiatria*, 55(4), 222–226.

Wooley, S. C., & Lewis, K. G. (1987). Multi-family therapy within an intensive treatment program for bulimia.

QUESTIONÁRIO - GRUPOS MULTIFAMILIARES EM SAÚDE MENTAL

I - PRIMEIRA PARTE – DADOS GERAIS

1. DETALHES DE ENTREVISTA

1.1. Código de Entrevista _____

1.2. Parceiro/País _____

1.3. Data de Entrevista _____

1.4. Identificação do entrevistador _____

1.4.1 Nome (acrónimo) _____

1.4.2. Formação académica

1.4.2.1. Psiquiatra

1.4.2.2. Psicólogo

1.4.2.3. Enfermeiro

1.4.2.4. Assistente Social

1.4.2.5. Outro

1.5. Identificação do fornecedor dos dados

1.5.1. Nome (acrónimo) _____

1.5.2. Formação Académica

1.5.2.1. Psiquiatra

1.5.2.2. Psicólogo

1.5.2.3. Enfermeiro

1.5.2.4. Assistente Social

1.5.2.5. Outro

1.6. Dados recolhidos via

1.6.1. Presencial

1.6.2. Telefónica

1.6.3. Videoconferência

1.6.4. E-mail

1.6.5. Outro

2. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO/ORGANIZAÇÃO

2.1. Local da Instituição/Organização

2.1.1. País: _____

2.1.2. Cidade: _____

2.2. Nome da Instituição/Organização _____

2.3. Contactos da Instituição/Organização

2.3.1. Telemóvel _____

2.3.2. E-mail _____

2.4. Estrutura Administrativa da Instituição/Organização

2.4.1. Pública

2.4.2. Privada

2.5. Tipo de Instituição/Organização

2.5.1. Hospital Geral (Serviço Psiquiátrico):

2.5.1.1. Ambulatório

2.5.1.2. Ala

2.5.2.3. Hospital de Dia

2.5.2. Hospital Geral (Outro Serviço)

2.5.3. Hospital Psiquiátrico:

2.5.3.1. Ambulatório

2.5.3.2. Ala

2.5.3.3. Hospital de Dia

2.5.4. Centro de Saúde Mental

2.5.5. Instituição/Organização Educacional

2.5.6. Social / Instituição Comunitária /Organização

2.5.7. Outro

Qual ? _____

II - SEGUNDA PARTE – GRUPOS MULTIFAMILIARES

3. IDENTIFICAÇÃO E *FRAMEWORK* DO GRUPO MULTIFAMILIAR

3.1. Nome/Designação do Grupo Multifamiliar (se pertinente)

3.2. Framework Teórico do Grupo Multifamiliar

3.2.1. Psicoeducativo

Qual? _____

3.2.2. Psicodinâmico

Qual? _____

3.2.4. Psicanálise Multifamiliar (J.G.Badaracco)

3.2.5. Outros

Qual? _____

3.3. Intervenção do Grupo Multifamiliar:

3.3.1. Psicoterapêutica

3.3.2. Psicoeducativo

3.3.3. Autoajuda

3.3.4. Apoio

3.3.5. Aconselhamento

3.3.6. Outro

4. COMPOSIÇÃO DO GRUPO MULTIFAMILIAR

4.1. O grupo designa-se a alguma faixa etária em particular?

4.1.1. Não

4.1.2. Sim

4.2. Se respondeu 'Sim', qual?

4.2.1. Crianças (menos de 12 anos)

4.2.2. Adolescentes (entre os 12 e os 18 anos)

4.2.3. Adultos

4.2.4. Seniores (mais de 65 anos)

4.2.5. Outros

Se respondeu 'Outros', clarifique, por favor: _____

4.3. Número de gerações presentes no grupo

- 4.3.1. Duas
- 4.3.2. Mais de duas

4.4. Relação entre os indivíduos em tratamento e os seus parentes (Por favor, selecione todas as que se aplicam)

- 4.4.1. Pais
- 4.4.2. Crianças (filhos)
- 4.4.3. Outros graus de parentesco
- 4.4.4. Figuras próximas (fora da família)
- 4.4.5. Outros

4.5. Quais são os graus académicos dos terapeutas?

- 4.5.1. Psicólogos Quantos? _____
 - 4.5.2. Médicos (Psiquiatras / outros) Quantos? _____
 - 4.5.3. Terapeutas Ocupacionais Quantos? _____
 - 4.5.4. Enfermeiros Quantos? _____
 - 4.5.5. Assistentes Sociais Quantos? _____
 - 4.5.6. Educadores Quantos? _____
 - 4.5.7. Outros Quantos? _____
- Quais? _____

4.5.8. Participantes profissionais não formados em Saúde Mental: familiares / outros indivíduos com experiência em doenças mentais Quantos? _____
Quem? _____

4.6. Qual é o treino Psicoterapêutico do Terapeuta?

- 4.6.1. Psicanálise Quantos? _____
- 4.6.2. Grupanálise Quantos? _____
- 4.6.3. Outras Psicoterapias Dinâmicas Quantos? _____
Quais? _____
- 4.6.4. Terapia Sistémica Quantos? _____
- 4.6.5. Psicoterapia Cognitivo-Comportamental Quantos? _____
- 4.6.6. Outros Quantos? _____
Quais? _____

4.7. Condutor /Coterapeutas:

- 4.7.1. Um condutor de grupo + coterapeutas
- 4.7.2. Apenas coterapeutas (sem condutor de grupo)
- 4.7.3. (Habitualmente) Quantos coterapeutas estão presentes? _____

5. CARACTERÍSTICAS DO GRUPO MULTIFAMILIAR

5.1. Grupo Heterogéneo (membros com diferentes diagnósticos/patologias):

- 5.1.1. Patologias Psiquiátricas
- 5.1.2. Patologias Não-Psiquiátricas

5.2. Grupo Homogéneo (membros com o(a) mesmo(a) diagnóstico/patologia):

Indique, por favor, o(a) diagnóstico/patologia principal:

- 5.2.1. Transtornos Psicóticos
- 5.2.2. Transtornos Afetivos
- 5.2.3. Transtornos de Ansiedade
- 5.2.4. Trauma + transtornos de stress
- 5.2.5. Transtornos de Personalidade
- 5.2.6. Transtornos Obsessivo-Compulsivos
- 5.2.7. Transtornos por uso de substâncias
- 5.2.8. Transtornos Alimentares
- 5.2.9. Transtornos Somáticos
- 5.2.10. Outros
- 5.2.11. Patologias Não-Psiquiátricas

5.3. Tipo de grupo

- 5.3.1. Grupo aberto
(Os membros podem juntar-se ou deixar o grupo a qualquer altura; a composição do grupo varia, habitualmente, com o tempo, e pode variar entre sessões.)
- 5.3.2. Grupo fechado
(Não são admitidos novos membros depois do grupo ter iniciado.)
- 5.3.3. Grupo *slow-open*
(Ausência de um começo e um término fixos; novos membros podem dar lugar aos que deixaram o grupo; o número de membros do grupo pode permanecer inalterado por algum tempo.)

5.4. Tamanho do Grupo

- 5.4.1. Pequeno (menos que 10 participantes)
- 5.4.2. Médio (até 30 participantes)
- 5.4.3. Grande (mais que 30 participantes)

5.5. Modalidade do Grupo

- 5.5.1. Presencial
- 5.5.2. *Online*
- 5.5.3. Presencial + *Online* (algumas sessões são presenciais e outras *online*)

5.6. Frequência do Grupo

- 5.6.1. Semanalmente
- 5.6.2. Quinzenalmente
- 5.6.3. Mensalmente
- 5.6.4. Outro
Qual? _____

5.7. Tempo/Duração do Grupo

- 5.7.1. Tempo de sessão (em minutos) _____
- 5.7.2. Duração do Grupo (se for um grupo fechado, indique quantos anos/meses/sessões estão planeadas) _____

5.8. Altura do dia

- 5.8.1. Horário laboral
- 5.8.2. Horário pós-laboral

5.9. Local/Sala do Grupo

- 5.9.1. Sala de atividades
- 5.9.2. Sala Médica/de Psicoterapia
- 5.9.3. Sala Polivalente
- 5.9.4. Outro

5.10. As condições necessárias de privacidade e confidencialidade estão garantidas?

5.10.1. Sim

5.10.2. Não

Observações _____

5.11. Adequação da sala ao Grupo (satisfatória a nível de dimensões/acústica/conforto).

5.11.1. Sim

5.11.2. Não

Observações _____

5.12. Capacidade da Sala (Há lugares sentados para toda a gente?)

5.12.1 Sim

Se respondeu 'sim', quantos lugares sentados? _____

5.12.2 No

5.13. Disposição dos assentos

5.13.1. Um círculo único

5.13.2. Círculos concêntricos

5.13.3. Outros (Explique, por favor.) _____

5.14. Fases de Grupo

5.14.1. O grupo multifamiliar está organizado em fases (nas quais há mudanças e.g. a presença ou ausência de certos participantes)?

5.14.1.1. Sim

5.14.1.2. Não

5.14.2. Se respondeu 'Sim', há algum número de sessões fixo/planeado para cada fase?

5.14.2.1. Sim

5.14.2.2. Não

Se sim, quantas? _____

Observações _____

5.14.3. Os pacientes vão estar presentes em todas as fases?

5.14.3.1. Sim

5.14.3.2. Não

5.14.4. Se respondeu 'Não', em que fases é que se espera que os pacientes estejam presentes?

6. EXISTÊNCIA/CONTINUIDADE/DESCONTINUIDADE DO GRUPO MULTIFAMILIAR

6.1. Existência do Grupo (desde quando? / há quanto tempo?) _____

6.2. Ao longo da história do grupo, houve alguma interrupção? _____

6.3. Se houve, quais foram as razões para essas interrupções?

6.3.1. Constrangimentos no espaço físico?

6.3.2. Constrangimentos nos recursos humanos?

6.3.3. Constrangimentos pandémicos?

6.3.4. Outros?

Quais? _____

6.4. Por quanto tempo? _____

6.5. Estas interrupções mudaram a disposição/características/etc. (e.g. mudança de um grupo presencial para um grupo *online*)? Explique, por favor _____

6.6. Modalidade do Grupo Pré-Covid:

6.6.1. Presencial

6.6.2. *Online*

6.6.3. Presencial + *Online*

6.7. Modalidade atual (pós-Covid):

6.7.1. Presencial

6.7.2. *Online*

6.7.3. Presencial + *Online*

Observações _____

7. ENCAMINHAMENTO PARA GRUPO

7.1. **Interno** (a partir de dentro da instituição/organização)

7.2. **Externo** (a partir de outras entidades, públicas ou privadas)

8. SUPERVISÃO/INTERVISÃO

8.1. Supervisão

8.1.1. Direta/Interna: (*meeting* com um supervisor externo que tenha presenciado o grupo)

8.1.2. Indireta / Externa: (supervisão 'clássica' - *meeting* com um supervisor externo que tenha estado ausente do grupo)

8.2 **Intervisão:** (sessão de pós-grupo entre condutores e coterapeutas que tenham estado presentes no grupo)

Nota Finais _____

APÊNDICE 8 – Tabelas de Classificação da Pesquisa Bibliográfica

TABELAS DE CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Tópicos Abordados – Orientação Teórica.
Orientação Teórica Principal.

Tópicos Abordados – Aplicação Prática dos Grupos Multifamiliares.

Contexto da Intervenção

Tipos de contextos: educacional, de justiça, de saúde, etc.

População-I.
Grupo Etário.

População-II.
População com condições psiquiátricas ou não-psiquiátricas.

Grupos de Patologias.

APÊNDICE 9 – Tabelas de Classificação dos *Focus Groups*

TABELAS DE CLASSIFICAÇÃO DOS *FOCUS GROUPS*

Planeamento dos Focus Groups.

Países	FGs	Modalidade	Duração	Participantes /Convidados	Convidados	Presentes	Moderadores /Observadores

Metodologias e Tópicos dos Focus Groups.

Países	FGs (1, 2, 3, 4)	Metodologia – Análise SWOT	Tópicos/ <i>Focus</i> (Questões)