



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO

MARIANA OLIVEIRA SOBRAL

**REDE DE SIGNIFICADOS SOBRE SOFRIMENTO PSÍQUICO NO CONTEXTO DA
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Recife

2019

MARIANA OLIVEIRA SOBRAL

**REDE DE SIGNIFICADOS SOBRE SOFRIMENTO PSÍQUICO NO CONTEXTO DA
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Saúde Mental

Orientadora: Prof^a Dr^a. Wedna Cristina Marinho Galindo

Recife

2019

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

S677r Sobral, Mariana Oliveira.
Rede de significados sobre sofrimento psíquico no contexto da atenção psicossocial / Mariana Oliveira Sobral. – 2019.
86 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Wedna Cristina Marinho Galindo.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.
Programa de Pós-graduação em Psicologia, Recife, 2019.
Inclui referências e apêndices.

1. Psicologia. 2. Saúde mental. 3. Loucura. 4. Família. 5. Representações sociais. I. Galindo, Wedna Cristina Marinho (Orientador). II. Título

150 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2019-167)

MARIANA OLIVEIRA SOBRAL

**REDE DE SIGNIFICADOS SOBRE SOFRIMENTO PSÍQUICO NO CONTEXTO DA
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Aprovada em: 25/04/2019

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Wedna Cristina Marinho Galindo
(Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Profª Drª Bárbara Eleonora Bezerra Cabral
(Examinadora Externa)
Universidade do Vale do São Francisco

Profª Drª Maria de Fátima Souza Santos
(Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho aos usuários e usuárias do CAPS no qual tive o prazer de estagiar e concluir meu percurso na graduação em Psicologia. Com eles/as eu aprendi, dentre outras coisas, a respeitar a singularidade de cada um, deixando de lado meus preconceitos e meu suposto saber sobre suas vidas e sofrimento. A partir desse encontro, despertou em mim a vontade de conhecer mais sobre a saúde mental e tentar, de alguma forma, contribuir para esta área que tanto me encantou.

AGRADECIMENTOS

Durante o discurso da aula inaugural da minha turma de mestrado, o coordenador do curso nos alertou para o fato de que nesses dois anos muita coisa iria acontecer e poderia interferir no nosso percurso. Lembro de ter pensado naquele momento que aquilo dificilmente aconteceria comigo, não havia nada (com exceções de possíveis fatalidades) que poderia me mobilizar a esse nível. O que eu não sabia é que o próprio “fazer pesquisa” é tão potente e mobilizador de afetos, questionamentos (sobre si, sobre os outros, sobre a conjuntura política) que não tem muito como evitar, é uma verdadeira afetação. A minha relação com a pesquisa oscilava entre querer desistir e me apaixonar cada vez mais por ela. Acredito que a escolha do tema pesquisado não é arbitrária, questões pessoais estão envolvidas nessa decisão, como Jorge Lyra diz, é preciso sentir tesão pelo tema. E isso é verdade, pois é um processo difícil, de muita insegurança, dedicação, orgulho, pressões acadêmicas, etc. É um mix de sentimentos, sensações, afetos, que a gente nem imagina que vai sentir. Acho que tem a ver com a importância que damos a esse trabalho tão bonito e potente. É triste perceber que as pesquisas, principalmente nas ciências humanas, estão sendo tão ameaçadas diante dos desmontes que vem acontecendo na educação e na saúde. Por isso acho importante ressaltar que apesar das dificuldades, esta atividade deve ser valorizada e ampliada, para que a sociedade como um todo possa ter acesso aos resultados das pesquisas e também tenha a possibilidade de contribuir para tal.

Durante esses dois anos eu tive a sorte de poder contar com muitas pessoas que acreditavam em mim, quando eu mesma já não tinha tanta certeza sobre nada. Não posso deixar de agradecer à minha família (mãe, pai, irmã), que durante essa trajetória estiveram sempre presentes e me deram forças sem nem se dar conta disso. Esse núcleo, junto com a minha família mais extensa foram muitas vezes meu “cano de escape”, quando eu já não aguentava mais pensar nas coisas da pesquisa, quando me sentia consumida pela vida acadêmica, ir para casa, em Garanhuns, era meu refúgio, me sentia em paz, mesmo diante da intensa movimentação que acontece lá nos finais de semana. Em Garanhuns também eu pude contar com as minhas amigas (Jessica, Thuanny, Karen) constituindo essa verdadeira rede de apoio. Muito obrigada meninas, vocês foram e são essenciais sempre!

Agradeço muito à minha “Ori” Wedna Galindo, por ter me acolhido neste desafio que acredito ter sido para nós duas. Obrigada por todos os ensinamentos, pela disponibilidade, por

ter sido tão sensível com a gente durante esse período, levando em consideração nossa saúde (física e mental) que por vezes ficam esquecidas entre as atribuições acadêmicas, por pensar sempre em cada detalhe e nos receber tão bem. Mais do que uma orientadora, tive o prazer de poder contar com ela em tudo e senti que minhas conquistas foram vibradas por ela na mesma intensidade que eram por mim. Levarei comigo tudo o que construímos juntas, obrigada!

À Fátima Santos, por ter me convidado para participar do grupo de pesquisa do Labint sobre Loucura e Representações Sociais. Junto com ela e as demais colegas pude traçar novas rotas para o meu estudo. As discussões e leituras realizadas em conjunto foram de grande importância e contribuição para o trabalho que finalizo hoje, então muito obrigada à Fátima e ao grupo.

Ao Grupo de Pesquisa FRESTAS, obrigada também pelas partilhas, pelos encontros, pelos momentos de acolhimento diante do cenário político que nos encontramos e que gerou tanto sofrimento. Obrigada a todas as pessoas que participaram das reuniões, foram de grande importância para mim, espero ver o grupo crescendo cada vez mais.

À Kleber e Virginia (Gina), pela nossa parceria incansável nesses 24 meses! Obrigada pelas colaborações e discussões teóricas que tanto contribuíram para a conclusão deste trabalho! Nossos encontros, viagens, conversas, desabafos, risadas, aventuras, tudo isso foi fundamental nesse processo, eu só tenho a agradecer a essa irmã que ganhei ainda na graduação e a esse meu amigo que voltou da infância para seguir comigo nessas novas descobertas! Amo vocês!

À Marina, Bêu, Paulinho e Thaty, pela paciência nos momentos em que estive estressada e monotemática, pela compreensão diante da minha ausência e por serem sempre luz na minha vida! Vocês também foram muito importantes em todo esse processo! Muito obrigada!

Por fim, agradeço à FACEPE, por ter investido e contribuído para a realização desta pesquisa e deste sonho em concluir um mestrado. Espero conseguir contribuir de alguma forma para mudanças na sociedade.

RESUMO

A loucura é considerada um objeto social polissêmico, que ao longo dos anos vem passando por processos de construção de conhecimento ao seu respeito e tentativas de ressignificação. Nesse processo, a reforma psiquiátrica brasileira tem um importante papel, pois desde a década de 1980 tem lutado para devolver aos sujeitos em sofrimento psíquico o direito ao cuidado humanizado, no território e respeitando seus direitos como cidadãos e seres humanos. Dentre as mudanças propostas por esse movimento, está o cuidado a partir da perspectiva psicossocial, no qual a família passa a ser também corresponsável junto aos serviços de atenção à saúde mental, uma vez que os usuários não se encontram mais afastados e presos nos Hospitais Psiquiátricos. Nesse sentido, entendemos a importância da família nesse novo modelo de atenção psicossocial. O presente estudo teve como objetivo analisar a rede de significados em torno do parente usuário de CAPS e seu sofrimento psíquico, no contexto da atenção psicossocial. Para isso, foram realizadas entrevistas narrativas com seis familiares identificadas enquanto responsáveis pelo acompanhamento do seu parente junto ao serviço. Como estratégia metodológica, foi elaborada análise temática de conteúdo para posterior análise e discussão com as teorias apresentadas. Concluímos que este é um processo em curso e que apresenta a dependência como significante central nesta rede construída sobre o objeto representado, apontando a permanência dos significados em torno de um sujeito que é ainda manicomial. Este fator tem orientado práticas de cuidado para com a pessoa em sofrimento psíquico e resultado em consequências na vivência com e para o sujeito usuário. Diante disso, identificamos a necessidade de pensar estratégias que possibilitem enfrentar o desafio que é a mudança no *status* do sofrimento psíquico.

Palavras-chave: Representações Sociais. Loucura. Família. Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

Madness is considered to be a polysemous social object which, over the years, has undergone processes of knowledge construction regarding it and attempts to be re-significated. In this process, the Brazilian psychiatric reform has an important role, because since the 1980s it has struggled to return to subjects in psychic suffering the right to humanized care in the territory and to respect their rights as citizens and human beings. Among the proposed changes by this movement, there is the care taken from the psychosocial perspective, in which the family is also jointly responsible for mental health services, since the users are no longer distant and imprisoned in the Psychiatric Hospitals. In this sense, understanding the family's importance in this new model of psychosocial attention care. The present study had as objective to analyze, the constructions of meaning and the network of meanings around the relative's use of CAPS (Social Psycho Support Center) and his psychic suffering in the context of psychosocial care. For this, narrative interviews were carried out with six relatives identified as being responsible for the follow-up of their relative with the service. As a methodological strategy, a thematic content analysis was elaborated for later analysis and discussion with the presented theories. We concluded that this is an ongoing process that presents dependence as a central signifier in this network built on the represented object, pointing to the permanence of meanings around a subject that is still asylum. This factor has oriented practices of care for the person in psychological distress and resulting in consequences in the experience with and for the user subject. Faced with this, we identified the necessity to think of strategies that enable us to face the challenge of changing the status of psychic suffering.

Keywords: Social Representations. Madness. Family. Psychosocial Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
AC	Análise de Conteúdo
AIH-1	Autorização de Internação Hospitalar
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro de Estudos Brasileiros em Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
ECT	Eletroconvulsoterapia
GM	Gabinete do Ministro/MS
HUP	Hospital Ulysses Pernambucano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
TRS	Teoria das Representações Sociais
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	O OBJETO DA PESQUISA E SEU CONTEXTO.....	16
2.1	Notas sobre a loucura	16
2.2	A Reforma Psiquiátrica no Brasil	19
2.3	A Contrarreforma	24
2.4	A família e o cuidado em saúde mental	27
3	FUNDAMENTOS DA PESQUISA	32
3.1	Teoria das Representações Sociais.....	32
3.2	Loucura e Representações Sociais.....	36
3.3	Objetivos.....	41
4	METODOLOGIA.....	42
4.1	Método	42
4.2	Participantes	42
4.3	Local da pesquisa.....	43
4.4	Procedimentos	44
4.4.1	Procedimentos de coleta	44
4.4.2	Procedimentos de análise	46
4.5	Aspectos éticos	48
5	RESULTADOS	50
5.1	A pessoa e seu sofrimento psíquico	50
5.2	O convívio intrafamiliar com o parente em sofrimento psíquico.....	53
5.3	Relações extrafamiliares da pessoa em sofrimento psíquico	57
6	DISCUSSÃO	61
6.1	Das reações das cuidadoras.....	68
6.2	Da rotina do parente.....	69
6.3	Das relações extrafamiliares.....	71
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
	REFERÊNCIAS	77

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista.....	83
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	84

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho teve como objetivo analisar a rede de significados em torno da pessoa e seu sofrimento psíquico, no contexto da atenção psicossocial. Os dados foram obtidos a partir de entrevistas narrativas realizadas com familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade do Recife e analisados apoiando-se em aspectos da técnica descrita por Bardin (1977) como análise temática de conteúdo. Os dados foram analisados a partir de uma abordagem psicossocial, fundamentada na Teoria das Representações Sociais (TRS). Identificamos, a partir da revisão de literatura, que a comunidade científica tem se debruçado em estudar as questões que envolvem o usuário, a família e os serviços de saúde mental, nesse sentido, este trabalho tem a pretensão de participar e contribuir para este debate.

O particular interesse no campo da saúde mental ganhou mais intensidade a partir da experiência de estágio específico, vivenciada no ano de 2016, em um CAPS da cidade do Recife. Durante os sete meses de estágio foi possível conhecer, na prática, as atividades desenvolvidas pelos profissionais do serviço e o fluxo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Além disso, dentre as atribuições do estágio, estava a de atuar enquanto “estagiária de referência” para alguns usuários, possibilitando com isso maior aproximação com os sujeitos acompanhados e com seus familiares.

Durante esse percurso, muitas lacunas e questões foram surgindo, dentre elas, a que despertou mais interesse em investigar foi a atuação da família nesse processo. Diante da observação de que a família geralmente é quem está mais próxima aos usuários, contribuindo (positiva ou negativamente) para o cuidado dos parentes usuários de CAPS e se responsabilizando por eles junto aos serviços de atenção à saúde mental, decidi então aprofundar mais o conhecimento sobre essa temática.

A reforma psiquiátrica preconiza que tratemos as pessoas em sofrimento psíquico como cidadãos de direito que devem ser respeitados em sua singularidade e convida a família a ter participação ativa neste processo. Nesse contexto, consideramos importante investigar como familiares responsáveis pelo cuidado de usuários, lidam com a realidade de ter um parente em acompanhamento no CAPS. Entende-se que este espaço é onde se pode constituir referência de respeito às diferenças e de reconhecimento para com elas. Acreditamos que este

é um *locus* primordial para a execução da pauta da reforma psiquiátrica quanto à mudança de paradigma da loucura como doença que torna a pessoa em sofrimento psíquico incapaz para a vida em sociedade.

A participação familiar, nesses moldes, não era praticada nas instituições orientadas pelo modelo de assistência manicomial, antes da reforma psiquiátrica. Neste caso, a atuação da família no acompanhamento dos usuários era mínima; em decorrência disso, os vínculos entre essas pessoas que viviam nos manicômios e seus familiares ficaram fragilizados, situação que até hoje a atenção psicossocial tem a tarefa de tentar reverter. (OLIVEIRA, 2015)

Desde o final da década de 1970, inspiradas por movimentos reformistas que estavam acontecendo nos Estados Unidos e na Europa há pelo menos 40 anos, o modelo de assistência psiquiátrica passou a sofrer muitas críticas por parte da população que utilizava e que atuava nos serviços. Tais críticas eram concebidas devido à terapêutica desenvolvida na época, a qual se dava prioritariamente a partir de internações compulsórias e intervenções por vezes desumanas, ignorando a subjetividade das pessoas a ela submetida. (AMARANTE, 2015) Esses movimentos buscavam a reestruturação do modelo assistencial, desde a mudança no conceito de “doença mental” até às políticas e funcionamento dos serviços, propondo a inclusão de equipes multiprofissionais e acompanhamento baseado na lógica da territorialidade.

Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica brasileira propôs opções alternativas de tratamento aos usuários. Impactos significativos da pressão exercida podem ser identificados nas alterações em legislação. A lei 10.216 (BRASIL, 2001) defende direitos da população em sofrimento psíquico e desqualifica a internação hospitalar como recurso terapêutico primordial. A instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estrutura a política de modo a articular os diversos níveis de atenção em saúde e, por conseguinte, incluindo vários equipamentos implicados na resposta à população. Pode-se dizer que a lógica geral é de formalização de uma rede de serviços substitutivos delineados a partir de um modelo de atenção que substitua a lógica do modelo manicomial, presente no modo de funcionamento dos Hospitais Psiquiátricos. Essa Rede envolve desde o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) até Leitos em Hospitais Gerais (BRASIL, 2011).

Até o aparecimento das primeiras mudanças provenientes da reforma psiquiátrica, a atenção dispensada às pessoas consideradas loucas ocorria exclusivamente dentro de Hospitais Psiquiátricos, priorizando isolamento, farmacologia, eletrochoques e contenção física e espacial. Não se investia na possibilidade de reinserção social e autonomia dos usuários. Além desses fatores, é historicamente marcado que os manicômios não pareciam preocupar-se, prioritariamente, com o cuidado das pessoas que estavam sofrendo. Mascaradas pela atividade do “cuidar”, essas instituições serviam para “manter a ordem social”, afastando da população em geral aqueles que eram considerados indesejáveis socialmente, como homossexuais e negros, por exemplo. (AMARANTE, 2007; ARBEX, 2013).

Ao longo desses anos de reforma pode-se constatar algumas conquistas como mudanças nas leis e portarias que protegem os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, nos serviços que os atendem e na extinção de parte dos hospitais psiquiátricos. O número de leitos SUS em Hospitais Psiquiátricos, por ano, foi reduzido em 50% no período de 2002 (51.393 leitos) a 2014 (25.988 leitos) (BRASIL, 2015).

Ademais, pesquisas vêm sendo produzidas nessa área e autores como Costa e Trevisan (2012); Santin e Klafke (2011) e Rosa (2011) têm apontado que muitos usuários são ainda estigmatizados por seu sofrimento psíquico, e as consequências disso são as limitações impostas a eles. Por vezes essas pessoas são vetadas de trabalhar, morar só, administrar seu próprio dinheiro e também sua vida, são socialmente desacreditadas. Esses autores informam ainda que a família/cuidadores e a sociedade em geral, legitimam esses estigmas associados às pessoas em sofrimento psíquico, pejorativamente chamadas de ‘loucos’.

A família tem sido considerada como importante pilar no tratamento dos usuários de CAPS e por isso é também objeto de intervenção por parte da equipe técnica do serviço. Por ser quem normalmente está mais próximo ao parente em sofrimento psíquico, a maneira como a família lida com essa situação merece ser investigada e melhor compreendida, já que pode interferir diretamente no processo de cuidado e na efetivação do que tem sido proposto para a prática do modelo de atenção psicossocial, o qual veio para superar aquele manicomial, asilar.

Entendemos que a mudança paradigmática que a reforma psiquiátrica reivindica para a saúde mental passa a demandar da família uma maior participação no acompanhamento do seu parente em sofrimento psíquico, de forma que na própria legislação (BRASIL, 2001) está

previsto o atendimento às famílias dos usuários e no relatório de saúde mental de 2015 (BRASIL, 2016) é reafirmada a importância do protagonismo e participação familiar nesse sistema de atenção psicossocial. É nessa perspectiva que no funcionamento do CAPS, a família é considerada parte fundamental do tratamento, possuindo atendimento específico, seja grupal ou individual, visitas domiciliares e livre acesso ao serviço, sempre que houver alguma demanda.

Neste trabalho, o estudo sobre a temática apresentada, parte de uma perspectiva psicossocial, fundamentada na Teoria das Representações Sociais (TRS). A TRS pode ser definida como a teoria que estuda o fenômeno das Representações sociais, estas, são teorias do senso comum, criadas a partir das comunicações sobre objetos relevantes para o grupo social. Os referidos objetos são partilhados no cotidiano, mobilizam afetos, promovem discussões e a necessidade de criar essas teorias do senso comum para explicá-los, permitindo o diálogo sobre eles (MOSCOVICI, 2003).

A investigação apoia-se no relato das participantes, sendo a ele associado o estudo dos aspectos macrossociais que envolve os serviços de atenção à saúde mental, as novas leis em relação à pessoa em sofrimento psíquico, como também as representações em torno da loucura. Isto se fez necessário para compreender o que vem sendo feito com pessoas em situação de intenso sofrimento psíquico desde as mudanças que a reforma psiquiátrica tem provocado. Entende-se que a atenção psicossocial pressupõe uma nova rede de significações a respeito desse sujeito, que sugere maior autonomia, independência do serviço de saúde, respeito à subjetividade e reinserção social. As crenças e conceitos que se articulam em torno dos usuários parecem legitimar as atitudes para com eles.

Admitindo que as representações sociais são construídas através das comunicações, crenças e valores, é importante estudar o contexto e a cultura nas quais foram constituídas, para que se possa compreender as representações criadas. Nesse sentido, foi realizada pesquisa bibliográfica, incluindo a leitura de autores emblemáticos que investigam essa mesma temática. Os conhecimentos advindos desses estudos serão apresentados e aprofundados nos capítulos a seguir.

No Capítulo 2 iremos apresentar o objeto de pesquisa e o contexto no qual está inserido, que envolve a apresentação dos diferentes sentidos designados para loucura ao longo da história, as mudanças no tratamento e na concepção do sofrimento psíquico e o quadro das

políticas de saúde mental e da atual conjuntura. Além disso, situaremos a matriz epistemológica escolhida para fundamentar este estudo, a Teoria das Representações Sociais. Em capítulo seguinte, apontaremos as definições metodológicas da pesquisa, e os aspectos que envolveram a realização da pesquisa – participantes, procedimentos de coleta e de análise dos dados. No Capítulo 4 são apresentados os resultados obtidos a partir do tratamento do material oriundo das entrevistas com familiares. Na sessão seguinte apresentamos a discussão dos dados. O texto é concluído com as considerações finais da pesquisa, sessão em que apontamos as principais conclusões emergidas após o trabalho. Referências e Apêndice aparecem na sequência.

2 O OBJETO DA PESQUISA E SEU CONTEXTO

Nesta seção, será apresentado o objeto da pesquisa, como ele foi construído ao longo da história e como se encontra na atual conjuntura. Julgamos importante apresentar uma contextualização da loucura, apontando as mudanças buscadas ao longo do tempo, na tentativa de ressignificação deste objeto.

2.1 Notas sobre a loucura

Ao longo da história, a loucura tem mobilizado distintas reações por parte das sociedades. Conseguir se deslocar do lugar racional e ter acesso ao que está para além do material – atitude associada aos loucos – já foi interpretado como privilégio. Entretanto, a história nos reserva mais referências de desqualificação do louco. A humanidade acumula estratégias de exclusão, com episódios de maus-tratos, negligência e diversas outras formas de violência para com aquelas pessoas que demonstravam posicionar-se de modo distinto dos considerados normais (FOUCAULT, 1997).

Na era clássica, mais especificamente no século XVII, o internamento se fundamentava a partir de duas justificativas: recompensa e punição. A primeira era considerada no caso dos “miseráveis submissos”, os quais aceitavam sua condição sem relutar. Aos que não aceitavam, os “insubmissos”, a internação era uma punição. Essas pessoas tinham sua liberdade retirada por serem vistas como “obra do demônio” (FOUCAULT, 1997). A influência religiosa era marcante nessa época, participando inclusive da administração dessas instituições (FOUCAULT, 1997). Entendemos que nesse primeiro período a humanidade assumiu, de forma geral, atitude de repulsa, violência e exclusão para com a loucura.

A partir do século XVIII, a racionalidade científica passa a dominar o modo de conceber a loucura. Phillippe Pinel, considerado o “pai da psiquiatria”, deu início ao estudo das distorções da normalidade a partir do viés positivista instituindo também um novo lugar social para os loucos (AMARANTE, 2009). Pinel desenvolveu o conceito de alienação mental – “distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva de o indivíduo perceber a realidade”. (AMARANTE, 2007, p.30). Perder a razão significava ser destituído do poder da dúvida, condição necessária para se obter o domínio da

verdade, constituindo assim uma ameaça ao sujeito epistêmico e conseqüentemente à sociedade. (FOUCAULT, 1997).

Nesse sentido, os manicômios foram pensados como uma nova forma de tratamento, que não envolviam agressões físicas extremas e danos à vida dos internos, entretanto, o que aconteceu foi a legitimação de novas formas de exclusão e maus tratos. Para os alienados, eram destinadas instituições de internamento como seu lugar natural, isto é, o espaço adequado para os considerados *anormais*. (FOUCAULT, 1997). Na perspectiva pineliana, o cuidado se dava a partir do isolamento completo desses indivíduos de sua família e sociedade, sem respeitar ou tentar compreender a individualidade de cada sujeito.

Por muitos anos a psiquiatria dominou e cientificou os saberes relacionados àqueles que se distanciam da norma, chamados de diversas formas: anormais, loucos, doentes mentais. Os conhecimentos desenvolvidos por esta ciência estavam circunscritos no conceito biologista de saúde e ao concentrar a questão no corpo, o tratamento só poderia se resumir em intervenções biológicas. Essa perspectiva de cuidado fundamentada nos aspectos médico-curativistas orientava as práticas dentro dos hospitais psiquiátricos, que se davam através de eletrochoques, medicamentos e contenção física (AMARANTE, 2007; ARBEX, 2013). Por ser o manicômio uma instituição normalizadora, o objetivo para com os internos era trabalhar seus desvios na tentativa de adequá-los à norma, só assim eles poderiam voltar a conviver em sociedade.

Foucault (1997) discorre sobre a origem dessas normas e nos conduz ao entendimento de que elas estão atravessadas por relações de poder, são definidas por seletos grupos, hierarquicamente, ao longo da história. Os desviantes eram levados para as casas de internamento por ameaçarem a ordem social, não para receber cuidados médicos, prioritariamente. Dentro dessas instituições, criadas no século XVII, a polícia e a justiça tinham liberdade de exercerem seus poderes de julgamento, punição, correção e opressão. “Em 50 anos o internamento tornou-se um amálgama abusivo de elementos heterogêneos” (FOUCAULT, 1997, p.62). A forma de operar nesses serviços manicomialmente legitima cada vez mais os estigmas a respeito do “louco”. Ao afastar esses indivíduos dos demais da sociedade imprime-se neles o ideário de periculosidade e de certa culpabilidade, justificando as ações a eles direcionadas, que muitas vezes fogem do âmbito dos direitos humanos.

Esse modelo asilar de cuidado mostrou-se cada vez mais ineficiente e violento com as pessoas que a ele eram submetidas. Considerado por Goffman (1973) como uma instituição total, os manicômios são apresentados enquanto *locus* que “mortifica” o *self* dos sujeitos, colocando em questão seus repertórios culturais próprios com os da instituição. Os internos sofriam humilhações e degradações que desencadeavam em mudanças nas crenças relativas a si mesmo e aos outros. Esses serviços se utilizavam dessas estratégias como meio para manipular as pessoas ali dentro, anulando seus modos de subjetivação. (GOFFMAN, 1973). Nesse sentido, as críticas direcionadas a Pinel se justificam, entendendo que novas formas de coibição foram sendo legitimadas diante da instauração desse modelo. “A violência se faz presente toda vez que tentamos esmagar o sistema de crenças de um paciente, impondo-lhe um novo sistema de valores e política” (LEADER, 2013, p.14).

Essa situação era vivida por diversos países. No Brasil, merece ser lembrado o emblemático caso do Hospital Colônia em Barbacena-MG, cuja fundação data de 1903. A história desse lugar ficou conhecida como “O Holocausto brasileiro” devido à semelhança de seu modo de funcionamento com o dos campos de concentração nazistas. As pessoas que eram submetidas àquela instituição não tinham perspectiva de saída e lá se deparavam com ambientes insalubres nos quais eram deixadas, sem qualquer dignidade ou respeito aos direitos da pessoa humana (ARBEX, 2013).

Não existiam critérios justificáveis para definir quem seria mantido em reclusão; eram levados os indesejáveis sociais como gays, mendigos e negros. Muitas pessoas que não tinham qualquer sofrimento passaram a adoecer depois de terem sido colocadas dentro desse sistema. Os danos sofridos pelos internos chegaram a ser irreparáveis. Ao longo das oito décadas de violência, foram registradas pelo menos 60.000 (sessenta mil) mortes dentro do Hospital Colônia (ARBEX, 2013).

O psicanalista Jurandir Freire Costa (1994) também denuncia agressões sofridas pelos *anormais* àquela época. O autor relata o caso de Paulo, que desde os 14 anos passou por internações em hospitais psiquiátricos e apenas começou a responder positivamente ao tratamento quando, em internação no Hospital Pedro II, a terapêutica foi pensada especialmente para ele, levando em consideração as especificidades do seu caso e de sua individualidade. Entretanto, devido a burocracias da gestão, a equipe responsável pelos cuidados dispensados à Paulo foi demitida do Hospital e o paciente dispensado sem que

houvesse qualquer preparo para esse momento. A consequência de tal negligência foi a morte de Paulo. O ex-interno que estava lutando há anos para recuperar sua vida, cometeu suicídio.

Entendemos que as concepções de normal e patológico estão atravessadas por relações de poder e isso implica no uso da “doença mental” como justificativa para determinadas intervenções, muitas vezes violentas, que acabam por desencadear em mais exclusão e preconceitos. Não raramente os noticiários ainda associam a loucura com periculosidade, os veículos midiáticos fortalecem o estigma de “louco perigoso”, quando buscam ainda, na saúde mental a explicação para muitos delitos. “O fato de reportagens sobre ‘doença mental’ associarem com tanta frequência a crimes violentos significa que as explosões dramáticas praticamente se transformam naquilo que esperamos que seja a loucura” (LEADER, 2013, p.18).

2.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil

Em 1978 a realidade de violência e exclusão proporcionada pelo modelo manicomial ficava cada vez mais evidente e culminou em ações de resistência. Na Itália, foi sancionada a primeira lei da história que determinava o fechamento dos manicômios. Essa experiência italiana foi disseminada pelo psiquiatra Franco Basaglia, e serviu de exemplo para outros países que também estavam vivendo sob regime de intensa repressão e violação de direitos (AMARANTE, 2015).

No Brasil, quando as ideias revolucionárias da reforma psiquiátrica ganharam força, o contexto era de ditadura militar. Nessa época (final da década de 1970) surgiram importantes movimentos sociais de resistência ao modelo político que estava em vigência. Merece ser destacada a criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), que pretendia analisar criticamente as práticas de saúde da época e o movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), por terem sido responsáveis pelas mudanças históricas no sistema de saúde e com isso também ter impulsionado o movimento de reforma psiquiátrica no país (AMARANTE, 2015).

Os ativistas da RSB se mobilizaram para construir espaços que possibilitassem discussões e planejamentos de ações visando à mudança social. Um evento marcante para a história das Reformas em saúde foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986. Lá aconteceram debates primordiais que levaram ao processo de criação do SUS e à adoção

do conceito ampliado de saúde. Essa reformulação conceitual trata a saúde como resultado de diversos aspectos da vida dos sujeitos (condições de alimentação, educação e lazer, por exemplo) (PAIM, 2008). Entendemos que esse contexto contribuiu para tensionar concepções e práticas na atenção à saúde mental.

A partir dessa reforma, o novo Sistema de Saúde deveria atuar de forma ampla, hierarquizada, descentralizada, regionalizada e com a participação popular (PAIM, 2008). Assim deveria ser feito também nos serviços de saúde mental. Lutava-se para que o estado começasse a se responsabilizar mais e não deixasse o “cuidado” apenas como dever dos hospitais e instituições privadas, além de criar novos serviços de atenção à pessoa em sofrimento psíquico, que fossem congruentes com o conceito de saúde ampliada.

Nesse sentido, essas ideias e propostas elaboradas a partir do movimento de luta antimanicomial e reforma psiquiátrica passaram a considerar os manicômios como um ambiente de cuidado ultrapassado, tendo em vista todo o histórico de violência e exclusão, muito mais do que de cuidados. Estão registrados mais malefícios do que benefícios à saúde dos que eram submetidos a esse sistema. Ao contrário do que se propunha, o espaço asilar é entendido como “reprodutor de cronicidade que utiliza um método terapêutico falido e que, portanto, novas modalidades de assistência em saúde mental deveriam ser implementadas” (OLIVEIRA, 2015, p.12).

As mudanças que estavam acontecendo fora do Brasil, juntamente com a luta dos movimentos sociais brasileiros, desencadearam uma onda de denúncias por parte dos profissionais da Saúde Mental ao ministério público, informando sobre as precariedades a que eram colocados os pacientes nos hospitais psiquiátricos.

A situação dos hospitais e da assistência aos doentes era a mesma das unidades públicas (carência de recursos materiais e humanos, maus-tratos e violências), aos quais se somava um agravamento no que dizia respeito à falta de liberdade e de direitos (tempos de internação aumentados, proibição de visitas, etc.). O tempo médio de permanência hospitalar em alguns casos chegava a 25 anos: as pessoas entravam em um hospital psiquiátrico sem a certeza de um dia poder sair. (AMARANTE, 2015, p.22)

Os trabalhadores criaram comissões, núcleos estaduais e sindicatos dentro da CEBES e se organizaram enquanto movimento para realizar intervenções que levantassem os questionamentos quanto à forma de tratamento que estava sendo realizado. Essa mobilização

alcançou a imprensa e teve como consequência o envolvimento de diferentes camadas populares na luta pela desinstitucionalização (AMARANTE, 2015).

Para além do fechamento dos Hospitais Psiquiátricos, a Reforma Psiquiátrica foi pensada com o propósito de lutar contra as desigualdades. Defende-se a mudança social, cultural e na relação com a loucura. “Reforma Psiquiátrica, neste contexto, é um processo permanente de construção de reflexões e transformações que ocorrem a um só tempo nos campos assistencial, cultural e conceitual” (AMARANTE, 2015, p.19). Por isso este autor a considera como uma luta permanente contra a desigualdade.

O processo de reforma psiquiátrica vem acontecendo há mais de trinta anos, e ainda que durante todo esse tempo os movimentos sociais, de familiares de usuários e profissionais da saúde tenham conseguido provocar tensões e conquistar mudanças, este ainda é um campo de muita disputa. Para que se consiga realizar a Reforma, além da mobilização e participação popular, depende-se também do interesse da gestão e dos políticos que detém o poder de tomar decisões, apresentar novas legislações e possibilitar a criação de novos espaços de cuidado.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial no Brasil, o CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, surgiu em São Paulo, no ano de 1987. Funcionava inicialmente como serviço intermediário entre o hospital e o território, era uma opção alternativa ao internamento psiquiátrico, além de servir como local de referência para os internos que recebessem alta e não estivessem preparados para retornar ao convívio na comunidade (AMARANTE, 2015). Ainda que este fato tenha acontecido em 1987, o Ministério da Saúde só instituiu os centros de atenção psicossociais como política pública nacional no ano de 2002.

A despeito do cenário de instabilidade que envolve disputas entre governos e movimentos sociais, algumas mudanças legais foram importantes nesse processo. No ano de 1991, foi elaborada a portaria nº189 (BRASIL, 1991), dando início às mudanças nas regras e nos procedimentos de atenção à saúde mental, as quais tinham o propósito de melhorar o atendimento aos usuários através da inclusão de novas terapêuticas. Uma importante mudança foi limitar para 45 dias o tempo de internamento em hospitais psiquiátricos. Entretanto, essa portaria ainda deixava brechas para que o processo de institucionalização continuasse, pois permitia que esse número fosse ultrapassado através da apresentação de documento elaborado pela direção hospitalar, o AIH-1 (Autorização de Internação Hospitalar) (BRASIL, 1991).

Dez anos depois, foi sancionada a lei nº10.216, desenvolvida para proteger os direitos das pessoas “portadoras de transtornos mentais”, além de redirecionar o modelo de assistência em saúde mental (BRASIL, 2001). Essa lei ficou marcada como a “Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil” (OLIVEIRA, 2015), devido a importantes mudanças propostas em seus artigos. No texto da lei nº10.216, está disposto, entre outras coisas, que a pessoa em sofrimento psíquico deve “ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (BRASIL, 2001, p.1). Além disso, a citada lei é também marcada ao dispor sobre as diretrizes e especificidades do CAPS e do atendimento ambulatorial no SUS.

Já no final do ano de 2011, o governo brasileiro dá um passo adiante no fortalecimento de espaços de atenção à saúde mental coerentes com a reforma e a luta antimanicomial, ao instituir a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011. Propõe a partir disso o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com demandas decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Essa Rede é formada a partir de sete componentes da Rede de Saúde, desde a Atenção Básica, passando pela Atenção Psicossocial Especializada, a Urgência e Emergência e a Atenção Residencial de Caráter Transitório. Além de serem compostas também pelos componentes da Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e a Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

A Reforma Psiquiátrica trouxe mudanças no modo de operacionalizar as atividades dos profissionais nesses novos ambientes de atenção psicossocial. Se antes o foco estava na doença e nos aspectos biológicos, pensando a eliminação dos sintomas, agora, o trabalho realizado deve ser dirigido ao sujeito e seu sofrimento, à família e ao contexto sociocultural, de forma a potencializar a autonomia do indivíduo, da família e da comunidade, melhorando com isso as condições de saúde.

Faz parte dessa nova pragmática o respeito à singularidade dos sujeitos, isso implica em rejeitar a tentativa de normatização dos usuários como prática de cuidado, conduta esta que se fazia comum dentro dos hospitais psiquiátricos. A elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) como protocolo na atuação psicossocial se apresenta enquanto tentativa de respeito à subjetividade e individualidade presente em cada sujeito e cada caso acolhido nos serviços de saúde mental (BRASIL, 2013).

O relatório de saúde mental da gestão 2011-2015, realizado pelo Ministério da Saúde, reforça o dever do Estado em promover medidas de enfrentamento ao antigo regime manicomial, a partir da construção de espaços de cuidado substitutivos aos hospitais e incentivo da produção de conhecimento científico para a inovação do cuidado, além do desenvolvimento de novas técnicas e intervenções que reaproximem do convívio social essas pessoas que por tanto tempo ficaram reclusas (BRASIL, 2016).

Esse relatório permite uma apreciação do cenário atual da saúde mental, que apesar de apresentar avanços como a expansão do número de CAPS no país, ainda se mostra insuficiente diante da demanda. Em 2015 foram registrados 2328 CAPS no Brasil, dos quais 106 estão localizados em Pernambuco e 17 na cidade do Recife (BRASIL, 2016). Deve ser ressaltado também o dever da gestão em se preocupar com o envolvimento da família e do usuário em todo o processo, desde a participação ativa na conferência nacional de saúde mental, onde é possibilitada a profusão de debates que podem resultar em mudanças sociais e políticas, até micro ações na rotina com o seu parente e em conjunto com os dispositivos da RAPS.

Está registrado no documento referente à Política Estadual de Saúde Mental de Pernambuco (2018) que este estado tem reduzido consideravelmente os leitos em hospitais psiquiátricos de longa permanência, sendo considerado como referência nacional nesse processo. Esta política vem mais uma vez reforçar e dar continuidade aos preceitos da reforma através da reestruturação da RAPS, insistindo na necessidade de extinção do modelo manicomial, entendendo que faz parte de um complexo processo, no qual está inclusa “a construção de condições efetivas para um cuidado comunitário contínuo e qualificado para todos os que necessitem de atenção, tratamento, reabilitação e reinserção social.” (p.34).

Dentre os serviços substitutivos que foram incluídos na política de assistência à saúde mental orientada pela perspectiva de atenção psicossocial trabalhamos, neste projeto, no âmbito do CAPS. Esta instituição tem seus serviços regulamentados pela portaria ministerial GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002), sendo definido pelo ministério da Saúde como:

Lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. (BRASIL, 2004, p.13)

A portaria citada define os tipos de CAPS considerando a população habitacional, os ciclos de vida e a demanda do/a usuário/a. Os serviços são nomeados de acordo com o porte/complexidade e quantidade de habitantes do município, podendo ser do tipo I (entre 20.000 e 70.000 habitantes), II (entre 70.000 e 200.000) e III (acima de 200.000) (BRASIL, 2002). Além disso, vale a pena ressaltar que a estrutura física também deve ser pensada estrategicamente, indica-se que esteja alocado em residências, em bairros habitados, facilmente acessível, de forma que seja incluído na comunidade. (OLIVEIRA, 2015)

2.3 A Contrarreforma

Os embates entre o modelo asilar e a atenção psicossocial são concretos e contemporâneos no Brasil e vêm sendo marcados por diversos acontecimentos nos últimos anos. A “agenda de retrocessos”, como bem nomeou Pinho (2019) vem se concretizando desde o final do ano de 2015, quando Valencius Wurch Duarte Filho foi indicado para o cargo de coordenador geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Valencius se mostrava contrário às diretrizes da reforma psiquiátrica, além de ter participado ativamente da direção da Casa de Saúde Doutor Eiras, considerado o maior manicômio privado da América Latina; após mobilizações sociais o mesmo foi exonerado da função.

Ao final do ano de 2017 o então coordenador Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Quirino Cordeiro e o ministro da saúde da época, Ricardo Barros, conseguiram aprovar a reformulação da política de saúde mental, que passa a apresentar retrocessos como: o aumento da oferta de leitos psiquiátricos em hospitais gerais (risco de se criar alas psiquiátricas dentro desses hospitais), a retomada do credenciamento ao SUS dos Hospitais psiquiátricos e o financiamento de 10 mil comunidades terapêuticas pelo Ministério da Saúde (FORMENTI, 2017). É importante frisar que todas essas atitudes foram tomadas de maneira hierárquica, sem permitir a participação popular e impedindo que o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) discutam sobre o texto antes de sua aprovação (FORMENTI, 2017).

Dando continuidade ao que havia iniciado em 2017, outras medidas foram instituídas em 2018. Agora no ano de 2019, quando se iniciou um novo governo federal, publica-se a

Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS (BRASIL, 2019), legitimando as alterações pautadas nos últimos dois anos. Com ementa pretensiosamente discreta, a Nota Técnica se propõe a prestar “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas”. A nota ratifica decisões que consistem em retrocessos no que diz respeito aos avanços conquistados ao longo desses 30 anos de luta antimanicomial. E, por conseguinte, desprestigia a pauta da Reforma Psiquiátrica e seus princípios de defesa de direitos humanos.

De acordo com a Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS (BRASIL, 2019):

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) passa a ser formada pelos seguintes pontos de atenção (Serviços): CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades; Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil); Enfermarias Especializadas em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico; Hospital-Dia; Atenção Básica; Urgência e Emergência; Comunidades Terapêuticas; Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatoriais Especializadas. (p.3)

As diretrizes apontadas a partir dessa “Nova Política” preconizam que não se considere mais os serviços enquanto “substitutivos”, já que ao incluir na RAPS os hospitais psiquiátricos, estes não devem ser vistos como instituições ultrapassadas e superadas, mas como parte complementar da rede (BRASIL, 2019). Nessa perspectiva, não tem sentido, por exemplo, a extinção dos leitos nesses espaços que por tantos anos reforçaram estigmas, violência e exclusão social.

Faz parte das mudanças recomendadas o incentivo/investimento na técnica de Eletroconvulsoterapia (ECT). Esta terapêutica foi por muitos anos adotada dentro dos hospitais psiquiátricos. Era realizada de maneira irresponsável, sem que fossem oferecidos anestésicos e relaxantes musculares para os pacientes antes do procedimento e, além disso, era muitas vezes aplicada como meio de punição ao invés de tratamento (IPAN, 2013). Essa técnica é marcada por integrar o conjunto de violências sofridas pelas pessoas que eram institucionalizadas e por isso foi desconsiderada pelo movimento antimanicomial como possibilidade de intervenção médica.

Esse recurso terapêutico se propõe a tratar pessoas com sintomas psicóticos e diagnóstico de depressão grave, por exemplo, através da “indução de convulsões

generalizadas, com duração de 20 a 150 segundos, pela passagem de uma corrente elétrica pelo cérebro” (ANTUNES et al., 2009, p.27). A ECT além de carregar a marca de instrumento de tortura, também reforça o binômio saúde-doença, rejeitado pela reforma psiquiátrica há pelo menos 30 anos. A decisão de trazer à tona essa técnica tão emblemática na história da psiquiatria, bem como as demais alterações na política, não poderia ter sido imposta sem antes haver um debate com usuários/as, familiares, trabalhadores da saúde mental e movimentos sociais. Estes atores são protagonistas das mudanças na política quando da sua orientação com inspiração em preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Ao incluir comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos na política nacional de atenção à saúde mental, está sendo legitimada a volta do binômio saúde-doença e o “cuidado” fundamentado na perspectiva da abstinência e do isolamento, já que é nesse sentido que essas instituições têm atuado historicamente. É comum que as comunidades terapêuticas, que acolhe pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas, se orientem a partir de viés religioso, sejam localizadas em áreas mais afastadas dos centros urbanos e não incluam a política de redução de danos (prática reconhecida e realizada nos serviços da atenção psicossocial) como possibilidade dentro da instituição. Não raramente estas comunidades são denunciadas ao ministério público acusadas de exploração e violação dos direitos humanos. (O POPULAR, 2017)

O vice-presidente da Associação Brasileira e Saúde Mental (ABRASME), Leonardo Pinho, publicou documento online, acessível no *site* da referida associação, apresentando a “agenda de retrocessos” que tem se desenvolvido no Brasil nos últimos anos, apontada por ele como uma fase de “Contra-Reforma” (sic.). Em seu texto, Pinho (2019) alerta que “O retorno, a re-valorização das internações de média e longa permanência e o círculo perverso de re-internações volta à centralidade da política pública” (p.5). Ademais, apresenta esta fase como problemática por se orientar a partir da i) difusão da democracia (como vimos acontecer desde o final de 2017, quando importantes decisões foram impostas sem permitir a participação social e dos conselhos); ii) uso de narrativas para legitimar as ações de retrocesso, elegendo a RAPS como ineficiente e incapaz de atender à demanda da saúde mental e iii) “ampliação e consolidação do bloco social e político (ABP/CFM/Comunidades Terapêuticas) para construir máquinas de guerra, para levar a frente seu “discurso”, “suas narrativas” e suas “verdades” (PINHO, 2019, p.8) – como por exemplo de que a internação e o isolamento social são terapêuticas que trazem benefícios e são por vezes necessárias.

É importante contextualizar a sistemática de funcionamento do Brasil, no que diz respeito às relações público-privado. Tem sido comum no sistema brasileiro a prática de empresas privadas, com fins lucrativos, prestarem serviços ao setor público. O problema que se coloca quanto a isso, no âmbito da saúde mental, é que na lógica capitalista de funcionamento, quanto mais pacientes admitidos dentro dos hospitais, melhor e mais rentável para os empresários. Como consequência, começa então a aparecer um grande número de “doentes mentais” colocados nas instituições (AMARANTE, 2015).

Esse cenário foi vivenciado na década de 1970, quando foram abertos inúmeros hospitais psiquiátricos particulares, e os técnicos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) realizaram um diagnóstico informando que o número de internações psiquiátricas desnecessárias havia aumentado de maneira excessiva, alcançando a porcentagem de 344% entre 1973 e 1976. A situação era ainda pior do que esses dados nos mostram, pois, além das internações sem motivos, esses ambientes eram extremamente precários e desumanos (AMARANTE, 2015).

Decisões como as que estão pautando o governo federal em 2019 tendem a retomar o que o movimento da luta antimanicomial vem tentando superar ao longo desses trinta anos: o isolamento e exclusão social como a principal opção de tratamento oferecida às pessoas em sofrimento psíquico. É fundamental não perder de vista os motivos pelos quais se tem lutado e o porquê esse período tem sido considerado por grande parte da comunidade científica como um período de “retrocesso”. Continuar investindo em espaços que desconsideram a individualidade e atuam de maneira violenta é negligenciar anos de estudo, além de um desrespeito aos direitos humanos.

2.4 A família e o cuidado em saúde mental

Como vem sendo apresentado neste capítulo, durante o período de institucionalização da pessoa em sofrimento psíquico, a terapêutica se dava através do isolamento social, dessa forma, a equipe profissional que atuava nos serviços não se preocupava em pensar intervenções que envolvessem o grupo familiar das pessoas que estivessem internas naqueles locais. Entretanto, quando surge a proposta de uma atenção psicossocial, e com ela os serviços substitutivos aos Hospitais Psiquiátricos, aparece também a necessidade de se considerar a família, já que ela agora é vista enquanto participante do processo de cuidado dos usuários.

Nesse sentido, mudando o ambiente de acolhimento do sofrimento psíquico, mudam-se também as funções desses integrantes no grupo. Nos manicômios a família apenas atuava como visitante, sem interferir diretamente ou ativamente nos cuidados com seu parente. Sua função basicamente era levar a pessoa até o hospital quando entrava em crise, visitar enquanto estivesse por lá, e buscá-la caso recebesse alta. Na perspectiva da atenção psicossocial a atuação é deveras diferente. A família é chamada para ser corresponsável pelo tratamento do seu parente, além de ser também alvo de intervenções por parte da equipe técnica.

Entendendo a importância de buscar mais informações sobre o tema e compreender como o assunto tem sido abordado no meio científico, foi realizada, para esta pesquisa, uma revisão de literatura. Este processo se deu através das bibliotecas eletrônicas *Scientific Electronic Library Online (Scielo)* e Periódicos Eletrônicos em Psicologia (*Pepsic*). Os artigos selecionados para compor a análise foram encontrados a partir do uso dos seguintes descritores, sem utilização de filtros: Saúde mental + relações familiares e Saúde mental + psicologia + família.

A partir da apreciação de títulos e resumos foram identificados 15 artigos sobre a temática da pesquisa. Em 12 dos artigos problematiza-se a questão do cuidado como gerador de sobrecarga por parte do familiar que acompanha seu parente em sofrimento psíquico (SOUZA, et al, 2011; BORBA, et al, 2011; PEGORARO; CALDANA, 2008; RIBEIRO; MARTINS; OLIVEIRA, 2009; BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008; FRAZATTO; BOARINI, 2013; PEGORARO; CALDANA, 2006; ROMAGNOLI, 2006; MACHADO; SANTOS, 2012; DALLA VECCHIA; MARTINS, 2006; CONSTANTINIDIS; ANDRADE, 2015; BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2009). Este aspecto aparece, de certa forma, como tema central dos trabalhos, e o que sustenta a maioria deles é a percepção dos autores para a necessidade de um apoio psicossocial e cuidado integral não só para os usuários, mas para seus familiares, que têm se sentido sobrecarregados.

Nos trabalhos de Pegoraro; Caldana (2006); Barroso; Bandeira; Nascimento (2009) e Borba; Schwartz; Kantorski (2008), tal sobrecarga pode se apresentar e ser sentida no âmbito emocional, subjetivo, prático, financeiro, familiar, dentre outras dimensões da vida. Os achados apontam, ainda, a necessidade de os profissionais estarem atentos aos sofrimentos mentais também dos cuidadores, além de suas situações financeiras, pois isso influenciará na prestação de serviços para os usuários (BORBA, et al., 2011; PEGORARO e CALDANA,

2008 e RIBEIRO, et al., 2009). Fala-se de uma sobrecarga que envolve cobranças em nível pessoal e sobre o modo de cuidar do parente em sofrimento, as dificuldades financeiras (o usuário normalmente não consegue voltar às atividades laborais e demanda cuidado em tempo integral, dificultando a inserção da cuidadora no mercado de trabalho formal), a negligência de cuidados para aqueles que cuidam, além de outras responsabilidades que permanecem concentradas em uma única pessoa da família.

Machado e Santos (2012) ressaltaram em sua pesquisa os sentimentos dos usuários diante da sobrecarga emocional da família, gerada em decorrência dos momentos de crises. Identificou-se que eles não ficam alheios a essa questão, os usuários percebem o movimento da família e sentem-se um fardo para seus parentes. Apesar de reconhecerem as limitações de seus cuidadores, acreditam que o apoio por eles oferecido ainda é muito “frágil”, fazendo com que eles se sintam incompreendidos.

Essa tarefa do cuidado parece ser mais agravada porque normalmente há a concentração de diversas atividades e responsabilidades para uma única pessoa, que fica encarregada pelo cuidado ao usuário: “As pesquisas mostram que a mulher (mãe, esposa, irmã etc.) é prioritariamente quem assume o cuidado do familiar com transtorno mental” (RIBEIRO et al., 2009, p.2). A questão envolve uma relação de gênero, ao se identificar que a mulher tem sido a principal atuante neste processo (PEREIRA, 2003; PEGORARO; CALDANA, 2006; DALLA VECCHIA; MARTINS, 2006).

Em 12 dos 15 trabalhos encontrados, os sujeitos pesquisados são os familiares, bem como os seus discursos produzidos acerca da doença/saúde mental e da pessoa em sofrimento psíquico. É comum os relatos serem em prol desse novo modelo de cuidado pós-reforma, entretanto, é evidente a falta de preparação para lidar com os parentes, agora em tempo integral. Além disso, ainda é presente em suas representações o cuidado como contenção física da pessoa em sofrimento psíquico, como uma forma de “domesticá-la” para que se adeque aos padrões sociais, ignorando a subjetividade e individualidade de cada sujeito (BORBA, et al., 2011).

Azevedo e Miranda (2011) identificaram em sua pesquisa, que as representações sociais dos familiares ainda se ancoram na doença mental como parte do corpo, do biológico e passível de cura. Essa expectativa reproduz a lógica do modo de funcionamento manicomial, pois esperar que a pessoa em sofrimento psíquico seja curada, é fundamentar-se na

perspectiva médico-curativista de saúde como ausência de doença e almejar que o tratamento elimine os sintomas, modificando a forma de ser desses indivíduos, tentando encaixá-los de volta à norma.

Após o aparecimento da crise, a dinâmica familiar tem sido modificada, e por isso é importante que familiares/cuidadores se façam presentes no tratamento, junto aos serviços de saúde mental (BORBA, et al., 2011; COELHO; VELOSO; BARROS, 2017; PEGORARO; CALDANA, 2008 e RIBEIRO et al., 2009). Quando a intervenção é realizada levando em conta essa dinâmica, os resultados parecem ser mais positivos, havendo melhora do quadro psíquico e da própria relação da família como um todo (BORBA, et al., 2011).

Ainda que exista o reconhecimento do suporte familiar no modelo de atenção psicossocial, vem sendo apontada por alguns autores a negligência das políticas públicas de saúde mental perante as famílias e cuidadores. “Apesar de sua importância no acompanhamento, tratamento e reabilitação, a família, via de regra, não tem recebido a devida atenção pelas políticas públicas de saúde mental” (DALLA VECCHIA; MARTINS, 2006, p.162).

Em pesquisas com familiares de pessoas que passaram por internação manicomial, Dalla Vecchia e Martins (2006) identificaram, ainda, que a reforma psiquiátrica e abertura de novos serviços substitutivos aos manicômios vieram mudar completamente a forma de cuidado e de lidar com os ditos loucos. Nesses novos moldes, a família “adquire papel central, mais como parceira e apoio para a reabilitação, do que como principal responsável pelo processo de sofrimento psíquico” (p.161).

Diante disso, é importante ressaltar a necessidade apontada pelos autores em realizar escuta diferenciada por parte dos profissionais, para que seja possível estabelecer o vínculo com a família e manter sua participação ativa e positiva para o tratamento dos usuários. “A partir dos resultados deste estudo, as estratégias de atuação com os familiares devem ser de oferecer grupos de apoio, baseados em escuta, solidariedade, compreensão e acolhimento.” (RIBEIRO; MARTINS; OLIVEIRA, 2009, p.139).

Algumas vezes, apoiados também pelos profissionais, os familiares apresentam práticas de cuidado manicomiais. “Como forma de lidar com essa alteridade, buscam vigiar e controlar, formas de lidar com a doença mental apoiadas, algumas vezes, pelos profissionais de saúde que orientam os familiares nesse sentido” (CONSTANTINIDIS; ANDRADE, 2015,

p.338). Pela significação que se tem da “doença mental”, os familiares tendem a desacreditar do seu parente e do próprio serviço de saúde, interferindo de maneira negativa no processo de cuidado e indo de encontro aos preceitos da reforma psiquiátrica, é uma das conclusões apresentadas pelo artigo. Resultados semelhantes foram encontrados por Azevedo e Miranda (2011) ao afirmarem que por não ver os resultados esperados (a “cura” do seu parente), familiares passam a desacreditar do serviço, e também do usuário, gerando mais angústia e frustração nas pessoas que cuidam e naqueles que estão em sofrimento psíquico.

A falta de orientação para a família sobre como lidar com seu parente, tem resultado em sentimentos negativos, dificuldade de relacionamento dentro de casa e insegurança para permitir a reinserção social dessas pessoas (BORBA; SCHWART; KANTORSKI, 2008). De certa forma, esses comportamentos e atitudes dificultam o processo de desinstitucionalização. Essa dificuldade em realizar a tarefa de cuidar, fora de instituições fechadas e afastadas, advém, em grande parte, da incompreensão da família para com o sujeito e seu sofrimento psíquico (BORBA et al., 2008).

Como familiares lidam com seu parente e o sofrimento psíquico é indispensável para entendermos a rede de significados em torno disso. Vimos que a literatura tem apontado as dificuldades presentes após a mudança nas políticas de atenção à saúde mental, no tocante a relação entre família-usuário-serviços. Essas mudanças surgiram para qualificar e humanizar o cuidado dispensado a essas pessoas – que por anos foram maltratadas e negligenciadas – e por isso merecem ser ressaltadas e aperfeiçoadas, quando necessário. Nossa pesquisa, portanto, dirige atenção a esse fenômeno, entendendo a importância em estudá-lo e buscar contribuir para a mudança neste cenário.

3 FUNDAMENTOS DA PESQUISA

Nesta seção será apresentada a base epistemológica utilizada para fundamentar este trabalho e que nos orientou na escolha metodológica e na análise dos resultados. Dessa forma, estaremos demonstrando nossa perspectiva teórica em torno do objeto estudado, isto se faz importante para situar o/a leitor/a à respeito da problemática que estaremos abordando.

3.1 Teoria das Representações Sociais

A Teoria das Representações Sociais (TRS) teve como precursor Serge Moscovici, Psicólogo social romeno, radicado na França. Suas primeiras elaborações conceituais envolvendo a TRS foram construídas em sua tese de doutorado, que posteriormente foi adaptada para livro, traduzido em português como: “A Psicanálise, sua imagem e seu público”, (1961). Nesta emblemática produção ele buscava compreender como as pessoas produzem conhecimento e com isso constroem a realidade, a partir da análise da imersão e apropriação da psicanálise no cotidiano social. Sua preocupação era com a “transformação dos processos de compreensão do real” (MOSCOVICI, 2012, p.348), como se dava a relação do sujeito com a realidade, entendendo que isso não é um dado, fixo, estático, mas o resultado de processos.

A TRS coloca em evidência uma forma de conhecimento historicamente desconsiderada, por não ser construída com base nos rigores da comunidade científica. As teorias do senso comum são consideradas pelos autores da TRS como importante fenômeno de construção do conhecimento, o qual está atravessado por diferentes processos, que se aprofundados podem nos informar sobre contexto, história, cultura e relações sociais do grupo pesquisado. O conhecimento científico, para Moscovici, era considerado como uma possibilidade de interpretação da realidade, já que ele considerava também as teorias do senso comum e as crenças como uma forma válida de construção do conhecimento (BEN ALAYA, 2014).

No início de sua formulação teórica, Moscovici teve, dentre outras referências, inspiração no conceito de Representações Coletivas apresentado por Durkheim. Apesar disso, esses autores apresentavam algumas discordâncias teóricas que fizeram com que o primeiro fosse cada vez mais se afastando dos pressupostos durkheimianos. Este autor separava

“Representações individuais” e “Representações coletivas”, como uma forma de diferenciar o que era objeto da psicologia e o que era da sociologia, respectivamente (MOSCOVICI, 2003). Além disso, Durkheim considerava as Representações Coletivas como um processo estático do qual o indivíduo não teria tanta atuação em seu desenvolvimento. Essa perspectiva é sistematizada por Alba (2014) como:

As representações coletivas são fenômenos sociais exteriores, independentes dos indivíduos e anteriores a eles. As manifestações mais importantes da vida coletiva, como as representações, as crenças, as práticas religiosas, as regras morais, as regulamentações legais, têm um caráter obrigatório, o que prova que estas formas de pensar e agir não são obras de um indivíduo, mas emanam de um "poder moral" que os ultrapassa. (p.525)

Contrário a isso, Moscovici pensava na Psicologia Social como uma ciência do conhecimento e não cedia à dicotomia entre indivíduo e sociedade. Este autor possibilita um estudo que seja psicossocial, considerando o indivíduo como parte atuante da sociedade, enquanto produto e produtor da sua realidade sem dissociá-lo do seu contexto histórico-cultural. Permite também uma análise societal do fenômeno, levando em consideração as ideologias, crenças, representações, valores sociais e interação entre grupos. (RODRIGUES, 2009) Ao utilizar o termo “Representações Sociais”, Moscovici se separa ainda mais de Durkheim, pois o que antes era entendido como um conceito, ele compreendia como um fenômeno dinâmico que passa por um complexo processo para se constituir.

A TRS permitiu recuperar a noção de sujeito como ator social, na medida em que este é considerado um indivíduo ativo que constrói a sua realidade a partir do contexto sociocultural em que está inserido. Sua ação está relacionada ao sistema de representações que lhe é próprio, tanto de maneira individual como social. (ALBA, 2014, p. 523)

Nesse sentido, a Teoria das Representações Sociais pode ser definida como a teoria que estuda o fenômeno das Representações sociais, que são teorias do senso comum, criadas a partir das comunicações cotidianas, sobre objetos relevantes para o grupo social, que façam parte do cotidiano dos mesmos, que mobilize afetos, promova discussões e a necessidade de criar essas teorias do senso comum para explicar tal objeto, para que se faça possível o diálogo sobre ele (MOSCOVICI, 2003).

Na perspectiva da TRS, o conhecimento não é algo dado, é fruto de um processo, o qual se configura a partir da tríade Alter-Ego-Objeto, em uma relação dinâmica e dialógica (BEN ALAYA, 2014). O sujeito é ativo no processo de construção da realidade, e esse sujeito é social, vive em um contexto, que deve ser considerado ao analisar esse processo. Para além

da relação de conhecimento entre sujeito e objeto, Moscovici (2003) argumenta que as representações sociais também têm a função de possibilitar a comunicação entre as pessoas. São nas tensões culturais que a representação nasce, quando surge o não-familiar e então a necessidade de encontrar para isso algum sentido.

Esse caráter dinâmico [da tríade Alter-Ego-Objeto] explica como algumas representações são baseadas em crenças, onde a relação sujeito-outrem tem mais peso do que aquela que liga o sujeito ao objeto, a tal ponto que nem o raciocínio lógico, nem mesmo a experiência empírica poderiam colocá-los em questão. (BEN ALAYA, 2014, p.256)

Da mesma forma que a relação com o social tem bastante relevância no processo de construção das representações, esta é uma via de mão dupla, tendo em vista também o peso da conformação desses conhecimentos nas práticas desenvolvidas no cotidiano.

Mudanças culturais têm fortes impactos na construção das representações sociais, ou seja, na forma como o sujeito irá se relacionar com o mundo e com os objetos existentes em seu contexto. As sociedades pré-modernas tinham a instituição igreja e o divino, como fonte de legitimação e ditador do conhecimento. Entretanto, com a modernização, o surgimento dos meios de comunicação de massa, a disseminação de informações diversas e a globalização, foi preciso reorganizar o modo de conceber as teorias sobre as coisas do cotidiano. Esse movimento possibilita que novos grupos sejam criados e que os já existentes se fortaleçam, bem como a propagação de ideias, crenças e valores (que fazem parte da formação das representações) (MOSCOVICI, 2003).

A representação social é dinâmica e histórica, sua plasticidade se dá através dos movimentos, regulações e práticas sociais que a desenham (ARRUDA, 2014). Nesse sentido, ao pensarmos nas mudanças surgidas a partir da reforma psiquiátrica, acredita-se que a representação social da loucura esteja passando por um processo de reconstrução, uma vez que novas crenças, conhecimentos, ideias e valores estão permeando os discursos em torno da pessoa que antes era nomeada de louca ou doente mental. O esforço atualmente é de classificar o que antes era entendido como loucura, enquanto sofrimento psíquico, algo que constitui o sujeito e não deve, necessariamente desqualificá-lo. Para além da nomeação, a nova lógica de cuidado fundamentada na atenção psicossocial também promove possibilidade de ressignificação, uma vez que as práticas sociais ganham também novos enredos. Entretanto, a mudança no pensamento social demora a acontecer e passa por movimentos de

resistência, por isso não podemos ainda afirmar que essa nova representação já está consolidada.

Na base do processo de construção das representações sociais existem dois processos: a ancoragem e a objetivação. A ancoragem é entendida como sendo o movimento de inserção do objeto em um sistema de pensamentos preexistentes, ou seja, ancorar é categorizar, nomear, dar sentido ao que era estranho e introduzi-lo em um contexto que seja familiar, de acordo com o repertório anterior do sujeito. Assim, é possível estabelecer uma rede de significações em torno do objeto. Essa passagem do estranho para o familiar é o que possibilita as bases da comunicação com o outro. Entretanto, no caso de alguns objetos, a “não-familiaridade” parece manter-se como parte de seu conteúdo, como é o caso do autismo e da loucura, por exemplo (JODELET, 1998).

A ancoragem permite ao indivíduo integrar o objeto da representação em um sistema de valores que lhe é próprio, denominando e classificando-o em função dos laços que este objeto mantém com sua inserção social. Assim, um novo objeto é ancorado quando ele passa a fazer parte de um sistema de categorias já existentes, mediante alguns ajustes. (TRINDADE; SANTOS; ALMEIDA, 2014, p.146 e 147)

No que diz respeito ao processo de objetivação, trata-se da reprodução de um conceito em imagem. Está intimamente ligado ao intelecto, pois se dá através da concretização de uma ideia. A objetivação é mais visível, física, acessível. Este processo possibilita que as pessoas tenham uma relação direta com o fenômeno, por isso a preocupação em desenvolver tal conceito, tendo em vista que o objetivo era compreender essa construção do fenômeno das Representações Sociais (MOSCOVICI, 2003).

As palavras que possuem uma imagem a elas associadas, que são passíveis de comparação (neste caso, já existe representação) compõem o núcleo figurativo – “um complexo de imagens que reproduzem visivelmente um complexo de ideias” (MOSCOVICI, 2003, p.72). Faz parte do processo de construção de conhecimento em torno de um objeto ter como referência para ele alguma imagem, ou um conjunto delas, as quais estarão associadas às crenças e ao repertório imagético do sujeito. Neste sentido, quando um núcleo figurativo tem aceitabilidade e difusão social, a comunicação sobre ele e tudo o que está relacionado, torna-se mais fácil e confortável para as pessoas, uma vez que existe um conjunto de palavras associadas ao paradigma e que passam a ser frequentemente utilizadas. (MOSCOVICI, 2003)

Como já explicitado anteriormente, as representações sociais podem ser entendidas enquanto teorias do senso comum, construídas a partir da interação Alter-Ego-Objeto. Essa perspectiva entende que o sujeito é ativo no processo de construção de conhecimento. Tanto o objeto, quanto o sujeito estão inseridos em uma cultura socialmente partilhada, e isso implica dizer que as teorias estarão marcadas por questões históricas e sociais que as atravessam. (TRINDADE; SANTOS; ALMEIDA, 2014).

3.2 Loucura e Representações Sociais

A loucura pode ser considerada um objeto social polissêmico, pois tem gerado, ao longo dos anos, diversas discussões, assumindo diferentes sentidos, permeando o cotidiano de grupos sociais. Na tentativa de dar sentido e orientar comportamentos a respeito desse objeto que ainda parece se constituir como estranho, as pessoas têm criado explicações ou teorias do senso comum. O processo de construção das representações sociais tenta tornar o que era estranho para as pessoas ou grupo, em algo familiar. Ainda que alguns objetos não tenham explicações e teorias suficientes que o façam deixar o *status* de “estranho”, sua estranheza passa a ser familiar na discussão. As pessoas constroem teorias do senso comum para tentar dar sentido e orientar comportamentos a respeito dos “loucos” ou “doente mentais”. A pessoa em sofrimento psíquico é colocada no lugar de estranho, imprevisível e por isso assusta e acaba por ser desqualificada do seu papel de “humano”. Muitos sujeitos com determinados diagnósticos psicopatológicos são vetados de trabalhar, morar só, serem autônomos e independentes, por acreditarem que são incapazes.

Diante das problemáticas que se apresentam a partir das questões sobre loucura, a comunidade científica tem investido em estudos que tentem dar conta de algum aspecto que envolva esse objeto. Dentro dessas produções, é indispensável falar sobre a tese de doutorado de Denise Jodelet produzida em 1989, posteriormente transformada no livro: “Loucura e Representações Sociais”. Em sua pesquisa, a autora questiona o que acontece quando os “loucos” saem dos hospitais psiquiátricos e voltam para o centro da cidade. Como a sociedade os acolhe e explica a loucura.

Jodelet (2015) relata, em sua tese, que apesar das pessoas em sofrimento psíquico terem ocupado um novo espaço, saindo do lugar de reclusão e voltando para o convívio social, os preconceitos que justificavam sua permanência nas instituições psiquiátricas não

desaparecem. Observou-se que os “loucos” constituem figura de alteridade, dessa forma os demais “civis” conseguem proteger sua identidade, diferenciando-se dos sujeitos psiquiátricos, os chamados “pensionistas”. Estes são desconsiderados enquanto civis, são “outros”. Constatou-se que as mudanças na política de assistência às pessoas em sofrimento psíquico tiveram repercussão na forma como esses sujeitos eram vistos, entretanto, a dificuldade em se relacionar com os mesmos passa pela representação social que se tem de sua doença, “a partir da qual é construída sua alteridade e seu *status* social” (p.37).

No processo de desenvolvimento da alteridade, cria-se um sistema de representações que irá unir o produto e o processo, que é ao mesmo tempo de construção e de exclusão social, no qual os sujeitos o utilizam para se diferenciar do outro, além de ser importante na construção e manutenção da própria identidade (JODELET, 1998). Essa construção envolve diminuir a relação com o outro, o que não “sou eu” ou o que não faz parte do “meu grupo”, é negativo. Está relacionado com as práticas sociais e é objeto de estudo da TRS, já que envolve as relações entre os grupos e o mundo social. Nesse sentido, Jodelet (2015) buscou investigar “como as representações sociais da loucura explicam a relação com o doente mental, figura da alteridade”.

A autora realizou, dentre outros métodos, entrevistas que passavam de temas mais particulares para os mais gerais, envolvendo descrições sobre os doentes e relatos do cotidiano, com o objetivo de acessar as considerações das pessoas entrevistadas sobre a doença mental. A necessidade de realizar essas entrevistas mais amplas veio a partir da constatação de que algumas representações estavam sendo mascaradas no discurso enviesado pela presença da pesquisadora. Elaborar sobre as práticas permitiu desvelar essas “representações ocultas” (JODELET, 2015). “Além disso, essa maneira de proceder possibilita a elucidação das significações atribuídas à doença mental, conduzida em estreita ligação com o sistema local de condutas e saberes, evitando os discursos gratuitos ou falaciosos”. (p.56)

A autora propõe que sejam estudadas as dimensões ideais e simbólicas da relação com a loucura, as quais podem ser acessadas através das representações sociais da loucura e do louco. A partir disso seria possível compreender “as maneiras de tratar, de situar socialmente os doentes mentais, e a construção da alteridade” (JODELET, 2015, p.39). Como a ciência mais erudita não produziu um conhecimento esclarecedor quanto às causas, natureza e

consequências da doença mental, os saberes do senso comum ganham mais intensidade, pois não há um outro saber que confronte com força e argumentos o pensamento social.

Na perspectiva de Becker (2008), para um grupo social funcionar ele deve ser constituído de regras sociais, as quais definem os comportamentos e situações que irão compor o acervo do grupo e direcionar os participantes, bem como diferenciar ou excluir aqueles que não se adequam às normas a serem seguidas. A pessoa que não se submete ao que foi definido socialmente é considerada um *outsider*.

Quando a regra quebrada pelo *outsider* causa muita repulsa, não há possibilidade de identificação com o sujeito que a infringiu e este pode ser punido e sancionado, tanto através de leis formais como da exclusão social (BECKER, 2008). Neste processo, a mídia possui papel fundamental uma vez que se configura como veículo de disseminação de discursos capazes de atuar no controle social, instituindo realidades. (FOUCAULT, 1995). Essas realidades, construídas e compartilhadas socialmente, passam a fazer sentido e constituem as representações sociais. É importante pontuar que o conteúdo midiático a ser reproduzido não tem caráter arbitrário, ele é também reflexo do pensamento dos espectadores sobre determinado objeto e este movimento acaba por legitimar estigmas. É a aceitação ou rejeição do público que orienta os conteúdos difundidos pela imprensa (MOSCOVICI, 2012).

Entendendo que o processo de construção das representações sociais se dá a partir da necessidade de se comunicar sobre determinado objeto, as pessoas elaboram teorias que permitam dar sentido e possibilitem a compreensão do universo social e seus fenômenos. (MOSCOVICI, 2003). De acordo com Becker (2008), a sociedade tem constituído basicamente duas premissas que servem como explicação para transgressões difíceis de serem aceitas socialmente: uma de que “há algo inerentemente desviante em atos que infringem regras sociais” (p.17) e outra de que o ato desviante acontece porque alguns indivíduos têm em suas características pessoais algo que impreterivelmente os tornariam *outsiders*. Nessa perspectiva, pode-se dizer que as pessoas em sofrimento psíquico intenso têm sido colocadas nesta posição de *outsider*, uma vez que apresentam comportamentos desviantes dos que são esperados e aceitos socialmente.

Ser ou não considerado *outsider* depende da cultura e da situação ou grupo ao qual a pessoa está inserida no momento do ato. Essa questão de definir o desvio é algo pontuado pelo autor como fundamental, pois ela norteará a forma como está se interpretando o

fenômeno. Becker (2008) aponta que não raramente esse desvio é entendido como sintoma de uma doença mental. Esses “sintomas desviantes” como a homossexualidade e a depressão, por exemplo, foram compondo o rol de doenças por se oporem à condição de saúde/normalidade, já que configuram comportamentos que fogem da norma e são arbitrariamente qualificados como disfuncionais. Esse tipo de concepção limita o conhecimento sobre o fenômeno, uma vez que se fecha como um “fracasso pessoal”, não permitindo analisar a situação como um todo e questionar o julgamento que foi feito. É importante se questionar sobre isso, já que muitas vezes esse julgamento é feito de maneira politicamente hierárquica (BECKER, 2008) na mesma lógica apresentada por Foucault (1997) quanto as relações de poder que atravessam a definição do normal e patológico.

Nesse sentido, o desvio deve ser entendido como uma construção social e não enquanto caráter de uma personalidade desviante. Em contraposição, essas transgressões têm sido comumente explicadas a partir de aspectos pessoais.

[Busca-se] os fatores nas personalidades e situações de vida dessas pessoas, e que poderiam explicar as infrações. Isso pressupõe que aqueles que infringiram uma regra constituem uma categoria homogênea porque cometeram o mesmo ato desviante (BECKER, 2008, p.21).

A problematização levantada por este autor aponta que os *outsiders* não são constituídos por características que os impossibilitam a seguir regras, o desvio não está na pessoa ou no ato, mas na sociedade que cria regras impossíveis de encaixar pessoas as quais querem considerar desviantes.

Diante disso, deve-se atentar ao investigar as pessoas consideradas transgressoras, pois ignorar o contexto e as regras por elas “infringidas” é mascarar a conjuntura na qual o fenômeno aconteceu. É mais importante pesquisar sobre os processos que levam a qualificar o sujeito como um *outsider* do que suas características ou atos “desviantes” (BECKER, 2008). “Há medida que a categoria carece de homogeneidade e deixa de incluir todos os casos que lhe pertencem, não é sensato esperar encontrar fatores comuns de personalidade ou situações de vida que expliquem o suposto desvio” (p.22). O autor afirma que essas pessoas compartilham apenas o rótulo e a experiência do desvio, nada além disso. No contexto do discurso manicomial o desvio é marca das pessoas rotuladas de loucas. Essa direção, inclusive, é assumida no debate encontrado na literatura sobre o tema, representado por artigos científicos explicitados no capítulo anterior. Nessa mesma lógica, como já pontuado,

Jodelet (2015) aponta a importância em estudar o contexto e a dinâmica do lugar pesquisado, para melhor compreender as representações ali sustentadas.

Essas questões defendidas por Becker são condizentes com os preceitos da reforma psiquiátrica, uma vez que ela vem tentando mudar as concepções em torno do sofrimento psíquico, entendendo que é algo vivenciado pelas pessoas e não necessariamente deve ser extinto, mas que merece atenção e respeito. O desafio de equipes de profissionais de saúde mental é trabalhar na tentativa de não normatizar os usuários, mas sim de promover sua autonomia, respeitando sua individualidade e cuidando de sua saúde, entendendo que a loucura é uma construção social, tanto quanto os *outsiders* são. Em consonância com isso, teríamos familiares integrados nos cuidados dispensados ao seu parente e sensíveis aos princípios da reforma psiquiátrica. Eis o desafio máximo: a alteração das representações da sociedade sobre loucura, tomando-a como uma experiência subjetiva.

Esses pressupostos são fundamentais na construção da base teórica escolhida para compor a análise do presente trabalho bem como da formulação da metodologia, tendo em vista que essa perspectiva de sujeito, de construção de conhecimento e de sua relação com as práticas, orientou o trabalho de pesquisa. Ainda que meu estudo tenha sido realizado décadas depois e em outro contexto social, alguns achados de Jodelet e de Becker parecem conectar-se tanto com o que vem sendo pesquisado nos últimos anos por autores diversos (como exposto no capítulo 2, tópico 2.4), como com os resultados obtidos nesta pesquisa, apresentados posteriormente.

3.3 Objetivos

Geral

- Analisar a rede de significados em torno da pessoa e seu sofrimento psíquico, no contexto da atenção psicossocial.

Específicos

- Identificar as práticas de cuidado dispensadas ao parente fora do CAPS;
- Analisar as significações subjacentes às práticas, que de certa forma têm orientado essas ações;
- Compreender a participação do contexto na construção da rede de significados sobre o sofrimento psíquico.

4 METODOLOGIA

Abaixo será descrito todo o nosso percurso metodológico, justificado a partir da escolha teórica, bem como do objeto pelo qual buscamos nos debruçar. Além disso, apresentaremos também os aspectos éticos adotados nesta pesquisa, os quais foram fundamentais e necessários para a realização da mesma.

4.1 Método

Para a elaboração desta pesquisa, entendemos que a perspectiva da pesquisa qualitativa se aplica mais adequadamente à proposta. Tendo em vista a definição apresentada por Turato (2005), a pesquisa qualitativa trata de um método que tem por finalidade a interpretação das relações de significados individual ou coletivo dos fenômenos, a partir do que é referido pelos sujeitos. Este autor acredita no poder estruturante da significação, sendo através dela que as pessoas tendem a organizar suas vidas e seus comportamentos em geral. Por isso a importância em buscar compreender os significados e representações dos fenômenos para os sujeitos da pesquisa (TURATO, 2005).

Considerando o alinhamento entre os objetivos do presente trabalho e a metodologia, utilizamos a ferramenta da entrevista narrativa, pois esta técnica possibilita analisar as experiências do sujeito ao permitir que fale sobre temas amplos de maneira mais livre e aberta. Esse modelo de atividade busca se aprofundar em questões específicas sobre histórias pessoais, que podem envolver ou não aspectos do contexto social, a partir de uma pergunta disparadora que irá convidar a/o entrevistada/o a discorrer sobre o assunto. (JUNQUEIRA MUYLAERT, 2014)

4.2 Participantes

Participaram da pesquisa familiares que se identificaram como referência para o acompanhamento de seus parentes junto ao CAPS e que possuíam disponibilidade e interesse para comparecer à entrevista. Optou-se, neste trabalho, por denominar as pessoas entrevistadas como “familiares”, enquanto os usuários serão referidos como “parentes”.

Foi importante para os objetivos deste estudo que o/a usuário/a não estivesse frequentando o serviço no horário estendido (todos os dias da semana, incluindo os feriados),

já que parte da investigação envolvia buscar conteúdos a respeito da participação do parente no convívio intrafamiliar.

Foram entrevistadas quatro mulheres e dois homens, das quais duas estavam acompanhando seus maridos, uma era responsável pelo enteado e a outra por sua irmã. No caso dos homens, um era responsável por sua esposa e o outro por sua irmã e ambos realizam trabalho remunerado. As mulheres entrevistadas não estavam, até o momento da entrevista, realizando nenhum trabalho formal, dedicavam-se prioritariamente aos cuidados dos/as usuários/as, bem como de outras pessoas da família, e ao trabalho doméstico. O tempo de acompanhamento como usuário/a do serviço variou entre 15 dias e 5 anos.

A partir deste momento, a pesquisadora optará por se referir sempre no feminino ao citar as pessoas entrevistadas, tendo em vista que a maioria foi composta por mulheres. Para tratar sobre a pessoa que está sendo acompanhada no CAPS, será utilizada a terminação no masculino, pois neste caso a quantidade entre homens e mulheres foi a mesma. Esses posicionamentos foram tomados como forma de facilitar a escrita e auxiliar a leitura do texto.

4.3 Local da pesquisa

A investigação teve como *locus* um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), instituição que faz parte dos serviços que compõem a Atenção Estratégica da RAPS e atende a população adulta da cidade do Recife. O serviço caracteriza-se como CAPS III, com funcionamento 24 horas e expediente também nos finais de semana e feriados, entretanto, por questões organizacionais e físicas (escassez profissional e falta d'água, por exemplo), no período em que essa pesquisa foi realizada, houve dias em que o serviço não foi capaz de atender aos usuários no horário prescrito.

De acordo com a Política Estadual de Saúde Mental de Pernambuco (2018), o CAPS III deve ser especializado em atenção à crise e atender demandas da população em uso prejudicial de drogas e pessoas com sofrimento psíquico em qualquer momento do ciclo de vida (crianças, jovens, adultos e idosos). O serviço deve ter seu funcionamento vinte e quatro horas, todos os dias da semana, incluindo finais de semana e feriados, para municípios que possuam a partir de 150.000 habitantes.

A terapêutica realizada no CAPS envolve grupos e oficinas, tratamento medicamentoso, escuta individual (que não deve ser caracterizada como psicoterapia) e atendimento às famílias. Uma vez por mês, no turno da manhã, tem sido realizado o chamado “Grupo família”, no qual os familiares de todos os usuários são convidados a participar. Coordenado sempre por duas técnicas de referência, o grupo gira em torno de um tema escolhido previamente pela equipe profissional e possibilita um espaço de interação e escuta dos familiares e cuidadores dos usuários.

4.4 Procedimentos

Nesta seção estará descrito detalhadamente o percurso metodológico que atendeu ao rigor científico necessário para a concretização da pesquisa. Aqui buscamos deixar lúcido e justificado nosso processo de coleta de dados, que posteriormente nos permitiu realizar a análise.

4.4.1 Procedimentos de coleta

A metodologia de pesquisa aqui adotada envolveu a ambientação com o campo e com o funcionamento do serviço, além do contato com os familiares. Além disso, tendo a pesquisadora realizado seu estágio específico no referido CAPS, já possuía certa familiaridade com a equipe profissional.

Estava prevista a realização de entrevistas com 10 familiares de usuários distintos, entretanto no decorrer da coleta, a quantidade foi redefinida pelo método de saturação, dessa forma, seis entrevistas compõem o estudo. A amostragem por saturação é uma possibilidade metodológica comumente utilizada em pesquisas qualitativas para “estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes” (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008, p.17). Para que a amostra possa ser considerada saturada, de acordo com Glaser & Strauss *apud* Fontanella; Ricas; Turato, (2008) é necessário que haja a combinação dos seguintes critérios: os limites empíricos dos dados, a integração de tais dados com a teoria e a sensibilidade teórica de quem analisa os dados. Levando em consideração estes critérios, no decorrer da pesquisa percebemos que os conteúdos das entrevistas estavam se repetindo, mesmo diante de histórias e pessoas diferentes. Além disso,

bastante informação já havia sido adquirida, de forma que era possível concluir a análise e atingir os objetivos propostos para este estudo.

A estratégia metodológica desta pesquisa foi dividida em três momentos distintos, visando inicialmente a aproximação com o campo, para só depois realizar o trabalho de busca das informações e por fim oferecer uma devolutiva da pesquisa.

1º Momento

Esse primeiro momento ocorreu em duas etapas: o contato com a equipe e a participação no “Grupo Família”. A primeira etapa foi o contato com a gerência e técnicas de referência do CAPS para apresentar a proposta da pesquisa e obter a permissão e colaboração para a realização da mesma nesta instituição. Na etapa posterior, a pesquisadora participou, junto a duas Técnicas de Referência, do “Grupo família”, para informar sobre a pesquisa e identificar as pessoas que tinham interesse em colaborar com a mesma. Foi explicado para as/os futuras/os participantes que as entrevistas aconteceriam apenas com familiares, no espaço do CAPS, com aproximadamente 1h de duração, cada. As pessoas que demonstraram interesse informaram seus dados e posteriormente foram contatadas para dar início às entrevistas.

2º Momento

O segundo momento foi destinado à realização das entrevistas narrativas com as acompanhantes dos usuários. A pesquisadora apresentou uma questão deflagradora para que a entrevistada discorresse sobre o assunto em questão. Como estratégia de orientação para atingir os conteúdos esperados, foram pensados os principais tópicos a serem abordados, e caso a participante não elaborasse apenas com a primeira questão, outras perguntas foram surgindo durante a entrevista (ver apêndice A), de forma que todos os pontos fossem contemplados.

– Pergunta deflagradora: “Me conta, como é para você ter um parente sendo acompanhado pelo CAPS?”.

3º Momento

O terceiro e último momento desta pesquisa acontecerá com a reunião devolutiva para a equipe do CAPS. Será realizada uma reunião para que seja dado retorno da pesquisa,

apresentar os resultados, quando da conclusão do trabalho como um todo, e nos colocaremos à disposição para responder à instituição quaisquer questões envolvendo a realização do trabalho.

4.4.2 Procedimentos de análise

O procedimento de análise dos dados envolveu a análise textual das seis entrevistas, considerando aspectos da técnica descrita por Bardin (1977) como análise temática de conteúdo (AC). Nesta técnica, o texto aparece como meio das pessoas se expressarem e possibilita que o pesquisador categorize as unidades de texto (palavras ou frases, por exemplo) apontando uma expressão que as representem, fazendo inferências e deduzindo de maneira lógica, conhecimentos a partir dos conteúdos emergidos nas falas.

A análise se deu inicialmente ao transcrever, de forma literal, o conteúdo das entrevistas para posterior exame do texto. Terminada esta fase, foi realizada uma pré-análise das entrevistas, organizadas em uma planilha no *Excel*, a qual possibilitou melhor visualização para prosseguir com a análise.

A primeira categorização foi feita com base nas unidades que representavam os conteúdos a respeito dos seguintes temas: A) A pessoa e seu sofrimento psíquico, B) o convívio intrafamiliar com o parente em sofrimento psíquico intenso e C) a relação do parente com a sociedade em geral. A partir das unidades de registro e de contexto que representavam esses principais temas foram definidas as subcategorias de análise, a partir do agrupamento dessas por analogia. Cada categoria foi contemplada por 4 subcategorias que melhor explicitavam os sentidos que compõem a comunicação e os significados em torno do parente usuário de CAPS.

O ordenamento dos dados foi orientado conforme descrito a seguir. Para cada Unidade de Registro, uma linha da planilha *Excel* foi utilizada. A linha foi assim identificada: na primeira coluna foi registrado o código da entrevista e o número da página da entrevista transcrita onde se encontra o fragmento; na segunda coluna, a categoria de referência (A, B ou C); na quinta coluna, a unidade de contexto, isto é, o fragmento da entrevista que estava sob análise. A quarta coluna foi reservada para a organização de unidade de registro que está contida na unidade de contexto (quinta coluna) e representa o trecho significativo que indica sua inclusão na categoria. A terceira coluna foi reservada à identificação da subcategoria a

que se filiaria a Unidade de Registro em questão. O preenchimento da terceira coluna, entretanto, só ocorreu após a realização da primeira categorização. Orientou a definição de subcategorias a percepção de que algumas unidades de registro apresentavam peculiaridades que se correlacionavam e poderiam formar uma subcategoria dentro daquele grupo maior de sentidos. A Figura 1 ilustra a estratégia utilizada no tratamento dos dados.

Figura 1: Categorização das entrevistas

CÓDIGO	CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	UNIDADE DE REGISTRO	UNIDADE DE CONTEXTO
E1, P.1	A	A1	"quando eu conheci ele, ele trabalhava, ele trabalhava...na adolescência dele ele trabalhou..."	"quando eu conheci ele, ele trabalhava, ele trabalhava...na adolescência dele ele trabalhou, ele trabalhou na adolescência dele... ou seja, ele fez curso, sabe?"
E1, P.1	A	A1	"ele era uma pessoa gentil, assim...dentro da normalidade. "	"Assim...dentro do mundo dele ele começou a... a uns anos depois a mudar o comportamento, né... ele era uma pessoa gentil, assim...dentro da normalidade. Trazia flor pra mim no dia da mulher, tipo assim, carinhoso, né? Ai... mudou! Completamente!"
E1 - p.5	A	A1	"Eu sabia que aquilo ali não era ele! "	"Eu conheci ele de um jeito, eu vi ele de um jeito...eu não conheci ele assim! Eu sabia que aquilo ali não era ele!"

Fonte: Imagem retirada do acervo da autora

Após a organização de todas as linhas, com suas respectivas unidades de contexto e de registro, além da identificação da categoria e da entrevista origem do texto analisado, foi feita uma apreciação dos conteúdos e identificadas as subcategorias no material (terceira coluna). Os dados, portanto, assumiram a seguinte configuração, após as análises iniciais:

Quadro 1.: Categorias e subcategorias de análise dos resultados

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
A – A pessoa e seu sofrimento psíquico	A1 – <i>quem é</i> a pessoa que sofre
	A2 – <i>como se sente</i> consigo mesmo
	A3 – <i>como se comporta</i> em crise
	A4 – <i>o que é</i> o sofrimento psíquico
B – O convívio intrafamiliar com o parente em sofrimento psíquico intenso	B1 – a <i>rotina</i> com os usuários
	B2 – os <i>sentimentos</i> de quem cuida
	B3 – a <i>relação de cuidado</i> com o usuário
	B4 – a <i>participação da família</i>
C – A reOlação do parente com a sociedade em geral	C1 – <i>dispositivos</i> de atenção ao usuário
	C2 – <i>tratamentos</i> aos quais já foram submetidos
	C3 – <i>Deus</i> como figura divina participativa nesse processo
	C4 – <i>relação</i> com a <i>sociedade</i> em geral

Para as subcategorias foi elaborada uma síntese dos conteúdos presentes em cada uma delas. Após essa organização, foi possível identificar os temas que representam e são significativos em cada categoria, possibilitando, a partir disso, construir a redação dos resultados tal como estão apresentados no capítulo adiante e subsidiar as interpretações do material analisado, apresentado no capítulo “Discussões”.

4.5 Aspectos éticos

Respeitando os aspectos éticos da pesquisa apresentados nas Resoluções 466/2012 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2016; 2012), o presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFPE, e só iniciou os trabalhos com as participantes após ser emitido parecer favorável (CAAE nº 87154218.3.0000.5208) (ver Anexo A).

Todas as pessoas que se prontificaram a participar receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ver Apêndice B), no qual consta informações a respeito da pesquisa, além de explicitar os riscos e a não obrigatoriedade em finalizar o processo, mesmo após assinatura do termo. Nesse sentido, as entrevistas só foram realizadas e gravadas após concordarem com os termos presentes no documento e concederem sua assinatura para o TCLE.

Com o término do estudo, as entrevistas e transcrições, assim como as informações dos instrumentos utilizados serão guardadas por um período de cinco anos em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora. Para a garantia do anonimato, as identidades e dados pessoais dos participantes serão mantidos em sigilo e, quando necessário, será utilizado um pseudônimo ou outra forma de codificação que não revele suas identidades nem permita associações.

A decisão de não identificar exhaustivamente as participantes do estudo atende ao compromisso de anonimato que orienta a pesquisa. Nesse sentido, não indicamos, por exemplo, a associação do código de entrevista com características das entrevistadas como idade, sexo, escolaridade, renda e demais indicadores comumente utilizados em pesquisas. Os fundamentos do estudo aqui realizado suportam a não apresentação de tais dados, pois que nos orienta a investigação da rede de significados em torno da pessoa e seu sofrimento psíquico, no contexto da atenção psicossocial, como um objeto para o qual são construídas e compartilhadas representações. Tal processo não tem dependência daquelas características, ao menos no estudo aqui realizado.

5 RESULTADOS

Como já descrito na metodologia, a apresentação dos resultados se dará através da exploração dos três eixos temáticos encontrados, construídos a partir dos principais temas emergidos nas entrevistas. A exposição, inicialmente, trata sobre a pessoa usuária de CAPS, como lida e como se comporta com relação ao seu sofrimento psíquico e as teorias sobre a origem, causas e evolução da ‘doença’¹. No eixo seguinte estão reunidos os conteúdos que transcorrem quanto à rotina dos usuários, sua relação com a família e sentimentos dos cuidadores. Por fim, o terceiro eixo apresenta temas referentes ao convívio do usuário para além do núcleo familiar, que envolve o relacionamento com as instituições acionadas a partir de crises (os usos que se faz e a terapêutica reconhecida por parte dos familiares) e com a sociedade em geral.

5.1 A pessoa e seu sofrimento psíquico

O parente usuário de CAPS é referido principalmente por aspectos afetivos, cognitivos e comportamentais. De forma geral, compara-se o antes e o depois de crises e/ou primeiro episódio de surto psicótico e a inteligência dos parentes é colocada em questão após diagnóstico.

[Ele era um rapaz assim...sabe...tão carinhoso, tão atencioso, tão sozinho (E1, p.6)²;

Eu dizia: mas ele é inteligente, ele fazia isso, fazia aquilo...

E o médico me explicou, os esquizofrênicos são inteligentes! Pessoas que têm problemas são inteligentes! Isso não quer dizer que elas não tenham problemas! (E1, p.8)].

Durante a crise são reconhecidos comportamentos ‘estranhos’ e ‘fora da realidade’, além de episódios de agressividade, isolamento, ideação/tentativa de suicídio, autocuidado

¹ Aspas simples serão utilizadas para ilustrar palavras ditas *ipsis litteris* pelas entrevistadas.

² Fragmentos de fala das entrevistas ilustram os resultados e são apresentados entre colchetes, cuja identificação envolve o código da entrevista (E1, E2, E3, E4, E5 ou E6) seguido pelo número da página onde se encontra o fragmento, no arquivo da Entrevista Transcrita. Quando longos (com quatro linhas ou mais), os fragmentos estão apresentados em destaque e demarcados por colchetes que abrem e fecham a longa citação.

prejudicado e comportamento pueril. ["Ficou igual a uma criança...toma banho...mas só uma vez por semana, a gente tem que dar banho nele..." (E6, p.3); "Ele ficou agressivo, ele...ficou fora da realidade, né?" (E1, p.4); "Porque ela foi e tomou um monte de Clonazepam!" (E3, p.1)].

O comportamento atípico pode ser percebido desde a infância, porém em um 'grau mais leve', que não interferia tanto nas interações e relações interpessoais. ["Mas assim, desde o início, época do colégio...eu percebi que...ele assim...tinha um isolamento...ele tinha uma sensibilidade, desconfiança, mais do que as outras pessoas..." (E5, p.2)]. Apesar disso, existe a dificuldade de aceitação do sofrimento psíquico intenso, por parte do parente usuário, que foi destacado como um problema, cujas consequências envolvem, inclusive, o início tardio de acompanhamento ["Ele me enrolou, me enrolou, me enrolou...e não fez o tratamento!" (E1, p.8)].

A rejeição ao tratamento é entendida pelas entrevistadas como agravante dos casos. A atenção à saúde a ser dirigida ao parente pode terminar por acontecer em decorrência da imposição da família ["Até chegar ao ponto de eu ter que chamar uma ambulância pra levar ele pra o Ulisses...porque a agressividade continuou, né?" (E1, p.8)]. Em outras situações, o parente tem suas atividades cotidianas inviabilizadas, o que justifica a busca por serviços de saúde ["Daí então ele não tá mais dirigindo...não tá desenvolvendo atividades, e tava se isolando muito...chegou ao ponto que até ele disse que precisava de ajuda..." (E5, p.1)].

A convivência com a pessoa em sofrimento fica difícil diante da não aceitação do sofrimento por parte do usuário. As relações familiares ficam fragilizadas ["Ele...na época que ele me agrediu, ele era agressivo, porque...acho que tava no início, né?" (E6, p.3)]. E as relações sociais fora do âmbito familiar também ficam comprometidas neste cenário ["Começou a se desentender com pessoas na rua...até com criança! Os vizinhos da frente...de querer discutir..." (E1, p.7)].

A compreensão das entrevistadas sobre o seu parente em sofrimento e a convivência com ele caracteriza o sofrimento psíquico como o que torna a pessoa inconstante, agressiva, promovendo medo e insegurança nos que cuidam, além de uma enorme dificuldade em lidar com os momentos de crise. A saída do quadro de sofrimento é entendida como algo decorrente de motivação pessoal por parte do usuário. Isto é, familiares parecem conviver com dois registros, à primeira vista controversos: a compreensão de que o usuário *se*

transforma quando em crise, chegando a despersonalizar-se e a expectativa de que depende dele sair do quadro de doença. No trecho abaixo, a entrevistada faz depoimento pessoal de como conseguiu sair do seu quadro de intenso sofrimento e, por analogia, espera o mesmo de seu marido:

[Eu posso dizer que estou bem [da síndrome do pânico]! Apesar de eu...de vez em quando eu tenho uma crise aqui...as crises são menos frequentes...antes era bastante! Caía cabelo, perdi peso...mas enfim...me recuperei! Eu quis sair daquele...daquela coisa lá atrás! Eu quis me recuperar! Mesmo porque eu tenho filhos, eu tenho 4 filhos, eu tenho 6 netos, eu queria estar com a minha família! Eu tenho muita fé em Deus...todo mundo que tem, a gente tem que lutar contra, contra essas coisas, né? (E1, p.3)]

As alterações decorrentes de crise/surto são associadas também ao campo do trabalho. Antes da primeira crise os parentes eram considerados pessoas confiáveis, dotadas cognitivamente e tinham capacidade de exercer atividades laborais e conviver bem em sociedade. [“Aí ele estudou...quando ele saiu daqui [de Recife]...terminou o quartel ele tinha terminado o 1º grau dele...ele terminou tudinho lá em São Paulo...aí ele conta que fez computação, chegou a trabalhar em três empresas...”] (E6, p.3). Entretanto, apesar de haver muitas vezes a intenção em voltar a trabalhar, esta possibilidade não é bem aceita por parte da família e/ou sociedade [“Ela não tem aquele ânimo como era antes...aí é difícil uma pessoa empregar uma pessoa assim, né?” (E2, p.3)].

Os usuários desejam voltar ao trabalho, não suportando o ócio [“Quer voltar a trabalhar de qualquer forma...quer chegar e fazer qualquer coisa, porque não aguenta mais isso!” (E3, p.4)]; angustiam-se por não conseguirem realizar suas atividades [“Mas ele tá ainda mais angustiado ainda porque ele não tá conseguindo desenvolver atividade...não tá...precisa de dinheiro, até passagem e nem sempre a gente tá conseguindo trabalhar, lidar com isso...” (E5, p.2)]. As questões financeiras são preocupação para os usuários, em especial, por não estarem contribuindo para o sustento da casa.

As teorias das entrevistadas quanto à origem da doença são baseadas em aspectos intergeracionais, situações de abandono e violência na infância e dificuldade em lidar com as adversidades da vida (o que também é colocado como um problema familiar). Tendem a buscar justificativas para as crises nos conflitos e dificuldades passadas.

[A gente nota que a família tem uma certa tendência, sabe...a ter esse problema. (E1, p.1)]

A primeira vez foi porque ela foi despedida, né? Do trabalho...aí eu acho que ela entrou na crise... (E2, p.2);
 Ela já foi estuprada pelos irmãos...os irmãos já estupraram ela...e...eu acho que isso conta bastante, né? (E3, p.1);
 Agora eu não tô entendendo...uma crise...que ela tá entrando em crise...porque ela já passou um tempo, de passar três anos sem ter crise...veja, não falta nada pra ela...é...eu não vivo brigando com ela...na minha casa graças a Deus é uma paz...quando a gente sai leva ela... (E4, p.4).
 A mãe dele é...abandonou eles quando...que aí é o início também dele ser assim... (E5, p.2)]

O sofrimento psíquico é entendido enquanto um ‘distúrbio’ que tem ‘diversos graus’, os quais são agravados pela busca tardia do tratamento. Nesse sentido, fala-se sobre uma ‘evolução da doença’ [“É complicada essa situação...desse distúrbio...aí assim...eu não queria...vim [para o CAPS]...né? muitos vem...né? tem pessoas que tá num grau bem maior...né? de distúrbio...mas é o tratamento! Né?” (E3, p.3)].

O conhecimento do psiquiatra é destacado como norteador das compreensões do sofrimento. Isso se refere tanto ao que se passa com o usuário (crise/surto) quanto em relação à terapêutica a ser prescrita [“Ele [o psiquiatra do CAPS] falou que se tivesse agido logo, no início, ele poderia até tá bem melhor...acho que como a doença se agravou...aí deram o diagnóstico dele esquizofrênico, entendesse?” (E6, p.1)]. Os medicamentos aparecem como um meio de evitar que a doença evolua.

5.2 O convívio intrafamiliar com o parente em sofrimento psíquico

A partir do adoecimento do usuário, surge uma nova rotina na casa que envolve, entre outras coisas, os cuidados para com o parente. Diante de comportamentos comuns após a primeira crise, como o autocuidado prejudicado e a impossibilidade de ficar só, faz-se necessária atenção em tempo integral para com os usuários.

[Tem que tá ali, em cima, sabe? Ele quer ir pra o fogão fazer as coisas, e eu não posso deixar...porque às vezes ele pega e deixa a panela lá sem nada! Liga o fogo e coloca a panela! (E1, p.16)
 É aquela história...é como se fosse uma criança que você tivesse criando... (E4, p.1)].

Normalmente o uso da medicação é administrado pelas cuidadoras, para que seja tomada de acordo com a prescrição médica. Essa preocupação é apontada por identificarem

que quando o tratamento é realizado de maneira adequada, a rotina tende a ficar mais ‘equilibrada’. [“Ela veio pra cá [para o CAPS] pra eu ter um pouco mais de sossego...porque depois que ela veio pra cá as coisas se equilibraram mais em casa...” (E3, p.1)].

Parte dos cuidados despendidos aos usuários passa pela proibição de que os mesmos andem sozinhos. Os familiares relatam que esse comportamento é necessário como alternativa de manter o parente e demais pessoas em segurança. Por vezes fez-se uso de contenção física e espacial para manter o usuário dentro de casa.

[Ah, por que ela não podia andar só? Porque...aquela história que eu falei...daquela história que é...no caso de homem mesmo...ela se juntava com muito homem...a gente tinha medo que matasse ela...que ela pegasse uma doença grave...essas coisas todas...entendeu? (E4, p.1)
 Já teve noites de...de eu ficar com o pé...quando ela tinha...quando ela era mais nova, tinha mais força, e força ela tem ainda, mas ela era mais nova...ela queria sair...eu ficava com o pé assim ó...no...no...botava uma cadeira no coisa...pra ela ficar só no quarto! (E4, p.9)
 Porque não tem condições de andar só...tem que andar com alguém! E se ele estranhar alguém? (E6, p.4)].

Como condição para o cuidado, espera-se que os parentes se submetam às ordens dos cuidadores, pois não são considerados capazes de exercerem sua autonomia

[Porque quando ela tá em crise eu não posso trabalhar! Que mesmo se tivesse alguém pra cuidar eu não posso, porque ela não obedece ninguém! A ninguém, a ninguém! Ela não tem medo de ninguém! (E4, p.2);
 Eu acho que o desnecessário é você pegar seu paciente e deixar ele fazer o que quer, ir pra onde quer... (E4, p.1)].

Os familiares tentam se utilizar do diálogo, às vezes de forma incisiva e com ameaças, para que seus parentes sigam suas orientações de maneira efetiva [“Porque a minha conversa era uma só: olhe, eu não aguento mais, eu não aguento mais, tu vai ficar só! Tu vai ficar só!” (E3, p.4); “Eu ajudo até o fim! Mas se começar a desconcordar de mim...é complicado...” (E3, p.5)].

Quando por algum motivo o tratamento é interrompido ou quando é iniciado tardiamente, é apontada a difícil convivência com a pessoa em sofrimento psíquico intenso, chegando a níveis extremos de agressão mútua. [“A gente já teve complicações dentro de casa, né? E chegar ao ponto de...a gente...se agredir mesmo!” (E3, p.1)]. A dificuldade dos familiares em lidar com os sintomas vividos por seus parentes acaba gerando angústia, sofrimento [“Ficou todo mundo quase doente em casa, porque a gente fica tudo...né? Não

sabe como lidar com o problema...sem [ele] dormir...” (E6, p.1)] e sentimentos diversos, por se sentirem despreparados para conviver com os momentos de crise.

[Eu não sei qual é o pior! Porque quando ela entra em crise, falando muito, aborrece...quando ela entra em crise calada, que não quer comer, eu fico com pena! É horrível, é horrível! (E4, p.3).

Tenho medo, né? Porque o pessoal diz que esquizofrênico ele tá bom e de repente ele dá aqui um ataque e...aí eu evito assim tá muito...sozinho nós dois...(E6, p.3)

É...dá pena...é digno de pena, infelizmente...tem hora que a gente...realmente...Às vezes...falta um pouquinho de paciência... (E6, p.6).]

Incentivos de retorno a atividades realizadas antes da crise são parte dos cuidados dirigidos ao usuário. Como dificilmente conseguem voltar às atividades laborais, pode fazer parte da rotina dos parentes a dedicação aos trabalhos domésticos. Não contribuir para o sustento da família faz o usuário ser considerado como mais uma despesa financeira para a casa

[Eu incentivo ele fazer tudo! Sabe? Incentivo...porque eu não aceito que ele pare! Pare assim de vez... (E1, p.20);

Ela fica em casa...como eu falei pra senhora, ela cuida muito bem da casa é...passa o pano...ela parece que tem TOC, sabe? Deixa tudo perfeito! (E3, p.4)

Tem que ter uma ocupação, né? Tem que varrer uma casa, lavar um prato...(E4, p.2);

Em casa, ele... eu fico incentivando ele a pegar no violão, a fazer alguma atividade... (E5, p.2);

Então quer dizer...veio ele...mais um problema, a gente tinha que comprar remédio... (E6, p.3)].

As formas de lazer vivenciadas pelos parentes foram descritas como: ir à igreja, à praça, tomar sorvete e visitar outros parentes [“Diversão mesmo, a gente não tá fazendo ainda... vai pra igreja, né? Uma vez ou outra, a gente vai[...] tomar um sorvete, a gente vai...pra uma praça...né? A gente vai!” (E1, p.15); “Inclusive esse final de semana eu levei ela pra lá [para a casa da mãe da usuária] ...” (E3, p.3)].

A dificuldade financeira aparece como uma limitação para realizar mais programas de lazer com as/os parentes. [“A gente pretende sair mais...fazer uma programação...sair mais um pouquinho, quando a gente resolver uma série de coisas...porque eu ainda não consegui resolver os problemas dele, a aposentadoria dele...” (E1, p.15)]. É apontada também a importância em proporcionar esses momentos prazerosos, pois há uma melhora perceptível no ânimo do parente em sofrimento, ao fazer coisas que eles gostam. [“Sempre, fazendo os gostos dela e tal...sabe?” (E3, p.3)].

Os familiares têm relatado algumas queixas com relação ao cuidado do seu parente [“Quem escuta não sabe o que a gente passa quando a gente tá com uma pessoa assim...” (E3, p.1)]. Após as primeiras crises faz-se necessária atenção mais intensa, sendo preciso abrir mão de suas vidas para exercer o cuidado da forma que acham adequada [“Aí às vezes eu fico incomodada com isso...porquê...tem que abrir mão de muita coisa ultimamente que ele tá cada vez mais...sem ficar sozinho...” (E5, p.3); “Eu tenho que abdicar de muita coisa na minha vida...eu tinha outros projetos, pra minha vida...” (E1, p.20)]. O cuidado é descrito de forma negativa [“Você fica querendo resolver tudo ao mesmo tempo...aí termina se prejudicando mentalmente também...” (E6, p.7)], sentem-se assustados por não saber lidar com os comportamentos presentes durante a crise [“Eu...fiquei assustada! Porque eu não sabia mais lidar com ele!” (E1, p.9)].

Experienciar essas vivências dessa forma têm gerado desgaste emocional para os familiares que se dedicam quase que exclusivamente ao parente em sofrimento psíquico, sentindo, por vezes, necessidade de se afastar da convivência com eles.

[E a única coisa que eu assumi foi a medida preventiva, né? Que eu queria mesmo ficar afastada dele... (E1, p.8);
 Tem uns momentos que eu tô sem paciência, um pouco...às vezes eu caio no choro... (E1, p.15);
 Então eu resolvi desistir... (E3, p.1);
 Quer queira quer não, é uma situação cansativa, né? (E3, p.5)
 Às vezes eu fico também sufocada com isso...[...].às vezes eu fico sentindo que eu tô vivendo por mim e por ele...aí às vezes não é legal... (E5, p.3)].

No geral, os familiares não sentem apoio por parte da família mais extensa, a qual tem sido descrita enquanto: i) a família que negligencia o/a parente usuário, não se importa, não leva à sério a doença, tem preconceito [“A própria família dele... não liga! Não liga...não...não...leva à sério...a doença dele...não...não...se importa...” (E1, p.21)]; ii) a família que participa do cuidado dando apoio ao familiar responsável, seja nos finais de semana, seja levando o usuário para passear, viajar, etc. [“Falei com o pai dele pra sábado, ele vá lá do sábado e vem embora no domingo, pra... ele se sentir melhor, entendeu?” (E5, p.2)]; iii) a família que só oferece apoio após apelo da cuidadora [“Fiquei sozinho! Até a própria família dela, a mãe...todo mundo...só veio a mãe...porque...eu...eu pedi socorro mesmo, né?” (E3, p.1)] e iv) família que só aparece quando o parente não está em crise [“Quando ela não tá em crise...é bem [o convívio com a família] ...” (E4, p.2)].

Os filhos das usuárias são criados por outras pessoas da família, a elas não são possibilitados esses cuidados [“Eu criei o menino dela desde os nove anos...desde... quatro anos...ele tem 14 anos...faz 10 anos que...vai fazer, né?” (E3, p.2); “Uma [filha], meu irmão cria...tá uma moça já...meu irmão cria...[...] E a outra...a família do pai da menina, roubou a menina, entendeu?” (E4, p.3)].

5.3 Relações extrafamiliares da pessoa em sofrimento psíquico

A rede de apoio institucional destacada pelos familiares envolve o Hospital Ulisses Pernambucano (HUP), o CAPS, a Farmácia do Estado e os serviços ambulatoriais ou serviços de atenção básica. No que diz respeito ao HUP, é caracterizado tanto positivamente quanto o contrário. Na primeira situação, é apontado enquanto importante dispositivo de apoio à usuários e familiares, fazendo boa referência ao atendimento, além de ser reconhecido como o principal local de atenção em situações de emergência e muitas vezes porta de entrada para iniciar o acompanhamento na RAPS.

[São pessoas que sabem cuidar dos pacientes! É uma equipe boa! [...] Aquilo ali [o HUP] é um apoio! Aquilo ali é muito importante para as pessoas! (E1, p.19);
Na tamarineira [HUP], tinha uma emergência...aí lá medicaram, que ele não tava conseguindo dormir...daí então encaminharam pra cá [para o CAPS]... (E5, p.1)].

Por outro lado, há familiares que se referem a essa instituição como um lugar ‘desumano’, ‘triste’ que deve ser evitado.

[Eu fiquei com ela [uma amiga] dois dias...é muito triste aquele lugar [o HUP], visse? Não sei se você chegou a estagiar ali, mas é muito feio, né? As coisas que a gente vê...então quer dizer, eu digo...eu fico dizendo ao meu marido: a gente tem que fazer de tudo pra ele [o enteado] não bater num lugar daquele, porque aquilo ali...meu deus...aquilo é o fim do mundo! Muito triste mesmo! (E6, p.5)]

Os conteúdos referentes ao CAPS apontam tanto os aspectos positivos, quanto os negativos associados ao seu funcionamento. Esse serviço é entendido enquanto dispositivo que divide o cuidado com a família [“Ele foi transferido da tamarineira [HUP] pra fazer tratamento aqui no CAPS...” (E1, p.13)] e apresenta bons resultados [“Pra ela foi bom [frequentar o CAPS]... ela tá bem melhor, graças a deus...se recuperando...” (E2, p.3)]. O CAPS é destacado como positivo por não deixar o usuário desassistido após o fechamento dos

hospitais psiquiátricos [“Eu acho bom [ir para o CAPS]... eu acho bom...é...é melhor do que tá em casa sem assistência nenhuma, entendeu?” (E4, p.1)].

Esse mesmo serviço apresenta desvantagens, na perspectiva dos familiares, sendo o acompanhamento dos seus parentes caracterizado como ‘dispendioso’ e ‘cansativo’ para quem cuida.

[É muito dispendioso pra quem trabalha...você ir buscar [no Hospital Psiquiátrico] nos finais de semana, é uma coisa...mas você todos os dias ir levar e trazer, levar e trazer [no CAPS]... (E4, p.1);
Porque é cansativo queira, quer não...porquê...ele tem que vim com alguém...aí se eu for pra casa e voltar o custo vai ser maior... (E5, p.1)].

Parte das experiências negativas com o CAPS vêm acontecendo por dificuldades no funcionamento do mesmo. Questões no âmbito organizacional e de estrutura física têm impedido que o serviço consiga atender toda sua demanda satisfatoriamente, sendo necessário, por vezes, dispensar os usuários e orientá-los a voltar para casa, pois a equipe fica inviabilizada de atendê-los. Este fato tem gerado consequências para o acompanhamento do usuário, para a rotina da casa e relação da família com o serviço.

[Aí quando foi na segunda, eu vim na segunda, aí também não consegui...é... deixar ela aqui [no CAPS]...isso eu sofrendo com ela! (E4, p.4);
Pegou o encaminhamento para o CAPS, e a semana passada ele ia iniciar a terapia, aí tava em falta de água, aí começou hoje...hoje é o primeiro dia... (E5, p.1).
Ele passou 2 meses, toda vez que ele vinha [para o CAPS], voltava [...] Sempre eu venho pra reunião...então quer dizer, oxente, só o meu que volta? (E6, p.4)].

Por outro lado, há uma tensão ainda maior em ficar desassistido, já que os familiares têm encontrado dificuldades para dar continuidade ao acompanhamento dos seus parentes em outros serviços fora da rede especializada. Ademais, os aspectos negativos relatados não superam o temor da extinção dos CAPS, pois, no geral, são considerados importante suporte para as pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares/cuidadores.

[Mil vezes um lugar desse [CAPS], mesmo vindo de manhã e voltando de meio dia, e voltando de noite ou à tarde, do que nada! Porque pior é se acabar! Se acabar com isso aqui...aí...pronto...aí sei não, como é que vai ser não... (E4, p.9)
Agora também sair daqui [DO CAPS] eu tenho medo, porque...pra pegar psiquiatra em posto, é complicado viu minha filha? (E6, p.4)].

São significativas as referências aos serviços para obtenção de benefícios aos parentes em sofrimento psíquico, como a própria terapêutica do CAPS, a medicação e laudos. Laudos

médicos normalmente são demandados para dar entrada no pedido de benefício do INSS [“Ela tava querendo um...um laudo...o INSS tava querendo um laudo...e ela ficou vindo aqui [no CAPS]...” (E3, p.4)]. A terapêutica que parece ser a mais reconhecida como eficiente por parte das entrevistadas é a medicação [“Porque até enquanto ela não tava tomando a medicação...aí o negócio fica meio complicado em casa...” (E3, p.1)].

Comumente o acompanhamento no CAPS é recorrente e a família percebe piora quando este é encerrado por algum motivo que não seja a alta clínica [“Ah...o acompanhamento aqui é...eu gosto do acompanhamento aqui no CAPS...porque já duas vezes que ela vem né com um problema assim, e quando sai ela sai bem melhor...” (E2, p.3)].

Os serviços da rede de atenção básica e especializada são utilizados por familiares e usuários como meio de obter a medicação psiquiátrica; é o caso do CAPS e da Farmácia do Estado, por exemplo

[Agora mesmo eu tô comprando remédio porque faz 3 meses na farmácia do Estado que tá faltando...Risperidona...aí ontem mesmo eu comprei, foi quase 100 reais...então quer dizer...a gente tem que ter uma renda, né? Até mesmo a medicação...aqui [no CAPS] mesmo eu recebo por semana...uma medicação...às vezes falta um ou outro...mas mesmo assim a gente agradece... (E6, p.3)].

No processo de tratamento, ‘Deus’ aparece como emblemático para o apoio às familiares e no cuidado com os usuários. Essa figura de divindade é referida como único meio capaz de suportar a situação de ter em casa um parente em sofrimento psíquico intenso [“Por que...acho que Deus...somente pra segurar...a bronca...” (E3, p.4)]. Além de contribuir para lidar com essa situação, [“É complicado...só Deus mesmo...só Deus!” (E6, p.7)] acredita-se que Deus teria o poder de capacitar as pessoas para desenvolver o cuidado com os seus parentes [“Eu...eu tento fazer o que eu posso, né? Mas eu acho que quem faz isso tudo é Deus! Ele é quem capacita!” (E1, p.18)]. A fé nesta divindade atua em três níveis: no suporte familiar para desenvolver o cuidado, como possibilidade terapêutica (superando inclusive as medicações) e como cura da doença.

[Eu sei que a medicina tá aí pra ajudar a gente, os remédios é um paliativo...eu acho que o que ajuda muito é a fé, né? (E1, p.3)
Então eu acredito nisso! Que nada pra Deus é impossível, e que pode sim melhorar! Basta a gente ter fé, querer, e ajudar... (E1, p.20)]

Diante das relações extrafamiliares dos usuários, foram relatados episódios de discriminação e preconceito sofridos pelos parentes em sofrimento psíquico, por vezes

chamados de ‘loucos’ [“O pessoal chama louco, né? Mas a palavra certa não é louco, não é?” (E1, p.1)]. A família refere que para a sociedade, em geral, o que se passa com o parente é entendido como parte da personalidade duvidosa do indivíduo, colocando em questão seu caráter, disposição/capacidade para o trabalho e sociabilidade, a partir de situações presenciadas por eles.

[Aí muitos não olham o lado da doença, só o lado da ruindade...entendeu? aí...fica sem querer ajudar... (E4, p.2)

Antes de conhecer, de trocar uma palavra...às vezes eu acho que a primeira impressão é essa...pode achar que por ser calado, na dele, pode achar que a pessoa é metida! (E5, p.3);

Tem uns que entendem...tem uns que acha que...assim...diz que é preguiça...porque não quer trabalhar...diz que a gente dá moleza...mas não é! (E6, p.6)].

Em geral, as famílias viveram sempre na mesma rua, isso facilita a relação com a vizinhança, quando são capazes de identificar e compreender os momentos de crise dos parentes [“Agora o bom dele ter sido criado aqui com a gente é porque...a gente mora aqui no bairro, aqui pertinho...todo mundo conhece ele...então todo mundo entende, né?” (E6, p.3)]. Entretanto, nas situações em que foram presenciadas agressões entre parentes e familiares, a forma que os vizinhos encontraram para lidar com o caso foi acionando a polícia [“Não quis assinar pra ele ser preso nem nada...mas...pessoas viram, as testemunhas...e fizeram isso!” (E1, p.8)].

Ainda que, no geral, exista essa convivência, os familiares têm sentido o preconceito dirigido a seus parentes a partir de atitudes apresentadas por vizinhos ou pessoas próximas.

[Eu acho que a população discrimina muito isso! Pelo menos alguns vizinhos, que eu tenho...não procuram nem conversa, sabe? (E3, p.5);

Tem gente que não quer nem se envolver...não é com você...acha que isso aí só...não pode acontecer com a gente... (E6, p.6)].

Relações de repulsa, afastamento e discriminação são visíveis nas situações relatadas pelas entrevistadas, ao destacar momentos de interação entre usuário e sociedade.

6 DISCUSSÃO

Ao escutarmos familiares de pessoas em sofrimento psíquico com acompanhamento em CAPS, inspiradas pela TRS, buscamos identificar aspectos de um processo em curso, analisando a rede de significados em torno da pessoa e seu sofrimento psíquico, no contexto da atenção psicossocial. Partimos do pressuposto que o processo de significação de um dado objeto ocorre no seu uso social e cotidiano e que os sentidos construídos nesse processo são circulares, estão constituídos em rede, já que envolvem interações inter e intra grupos (ACIOLI NETO, 2014). A participação em diferentes grupos acontece simultaneamente e os saberes que circulam em cada um deles podem divergir e interferir na forma como o objeto será representado. Com isso, os significados podem se modificar de acordo com o contexto, momento histórico, relações de poder, entre outras dimensões sociais. Apostamos que esse novo modelo de cuidado implica também em uma nova rede de significações a respeito do sujeito usuário, que sugere uma maior autonomia, independência do serviço, respeito à subjetividade e reinserção social, entretanto identificamos que esse processo está em curso.

Ao inspirarmos nossa leitura do material coletado na Teoria das Representações Sociais (TRS), assumimos como perspectiva que esta teoria compreende o sujeito enquanto sujeito epistêmico, capaz de construir teorias a respeito de objetos socialmente compartilhados. Essas teorias são construídas através de uma relação triangular que envolve a interação com o objeto e com os outros sociais, entendendo que o sujeito não está isolado no mundo e que sua experiência com o objeto será perpassada por aspectos socio-histórico-culturais, construídos nas relações entre os diversos grupos dos quais o sujeito pertence. Nesse sentido, as representações não são estáticas, elas estão em movimento, uma vez que o sujeito está sempre em contato com novas pessoas, novas informações, novas vivências, e tudo isso irá contribuir para o processo de ancoragem e objetivação dos objetos que fazem parte do seu cotidiano e que tem relevância suficiente para que sejam desenvolvidas teorias que o expliquem.

Diante dessa perspectiva epistemológica, entendemos que os elementos atribuídos à vivência com o parente informam-nos sobre como está sendo caracterizado o processo de significação do objeto representacional em questão. A busca por informações sobre o que se passa com o parente demonstra o movimento de criação de teorias que expliquem o

fenômeno, ou seja, a construção de representações sociais encontra-se ativa nesse contexto. Os familiares sentem a necessidade de transformar o não familiar em familiar e atribuir sentido ao sofrimento do parente, se apoiando nos repertórios mnemônicos e conhecimentos preexistentes que possibilitem categorizar e representar esse objeto.

Nossos achados indicam que ao parente em sofrimento psíquico, associa-se à fase pueril, sendo compreendido como dependente, desprovido de autonomia e por isso necessita de cuidados familiares diversos, por vezes em tempo integral. Esse significante parece central, funcionando como norteador das práticas em torno do cuidado. Além disso, gera diversas reações à cuidadora, à rotina e às relações extrafamiliares. Foi possível ter acesso a essa rede de significados através da explicitação – por parte dos familiares – das práticas dispensadas aos usuários, entendendo que proibir ou impedir que o mesmo tenha livre acesso à rua, por exemplo, parte da ideia de periculosidade, imprevisibilidade e dependência associada ao parente. Percebemos que o sujeito da atenção psicossocial não está aparecendo na fala e nas atitudes das famílias perante os usuários, persiste neste grupo a visão do sujeito manicomial – dependente, incapaz, anormal, possui uma doença que é biológica e que deve ser extinguida.

A imagem de dependente parece estar sendo consolidada no processo de significação do parente. Expressa-se nos diversos níveis que envolvem a pessoa. Em nível intrapsíquico, o evento crise parece irromper algo no modo de ser da pessoa que o torna incapaz para as atividades cotidianas e as relações interpessoais. No que se refere ao autocuidado, são prejudicadas a higiene pessoal, a alimentação, demandando da família atenção assemelhando-se aos cuidados dispensados para com uma criança. A relação com familiares e vizinhança é marcada por desgastes e tensões sugestivas de que o parente precisa de apoio para levar adiante sua vida. O cuidado de que necessita o parente em relação à sua situação de sofrimento é garantido pela presença do Hospital, a Medicação, o CAPS, o Médico.

Os argumentos utilizados para caracterizar os usuários são por vezes embasados em comportamentos atípicos percebidos já desde a infância. Após a crise, os parentes não mais são reconhecidos, o “surto” parece funcionar como uma passagem que legitima a anormalidade. A “loucura” do parente e a rede de significados a ela atrelada contemplam quem ele é e como é esperado que se comporte – dependente, improdutivo, inimputável, irresponsável, incapaz de cuidar de si e dos outros, de viver em sociedade, agressivo, inconstante, anormal. A partir desse momento, o sujeito passa a ser desacreditado e

características que antes eram ressaltadas desaparecem diante da situação ocorrida, reforçando essa rede que se mantém ancorada no paradigma manicomial.

Identificamos o meio científico têm propagado discursos que se apoiam na biologia para explicar esse fenômeno, bem como os familiares têm utilizado argumentos fundamentados a partir desses mesmos pressupostos, como hereditariedade e fatores orgânicos, para se comunicar sobre esse objeto. Na construção das teorias que irão informar e permitir a comunicação sobre o sofrimento psíquico, o saber médico possui importância significativa, uma vez que as entrevistadas se colocam no lugar de não saber, atribuindo ao conhecimento erudito maior propriedade para falar sobre o que se passa com o seu parente, ignorando outras formas de conhecer, que poderiam ser construídas na vivência com o sujeito. Parece haver a conformação de que as relações entre sujeito-alter possuem mais força do que a própria interação com o objeto de conhecimento (BEN ALAYA, 2014). Também na função de alter, a mídia tem atuado enquanto meio capaz de informar sobre o objeto e contribuir para a construção da rede de significações em torno dele. O sujeito manicomial parece permanecer nas entrelinhas do discurso midiático e o sujeito psicossocial ainda não tem grande alcance, tendo em vista a constante associação do sofrimento psíquico aos manicômios, à periculosidade, à crimes, ou seja, é um sujeito que ameaça a ordem social e precisa ser contido.

Como pudemos observar nos resultados, as bases que constituem esse processo de construção de teorias do senso comum, mostram-se ancoradas e objetivadas a partir de aspectos que mais se aproximam dos doentes mentais do manicômio. Os repertórios criados para diferenciar o louco do não louco acabam por conformar como os sujeitos devem se comportar para reafirmar seus lugares nos determinados grupos, ainda que não seja este um processo consciente. O parente é colocado no lugar de outro, diferente dos demais, por apresentar comportamentos atípicos que devem ser reprimidos. Por outro lado, é importante atentar para indícios de possibilidade de mudanças de representação, diante do reconhecimento – por parte dos familiares – de termos que carregam sentidos pejorativos [“O pessoal chama louco, né? Mas a palavra certa não é louco, não é?” (E1, p1)], entretanto ainda não é forte o suficiente para superar as crenças que sustentam o antigo paradigma da loucura.

Em seu trabalho inaugural, Moscovici utilizou como objeto de pesquisa, e consequentemente como exemplos práticos de sua teoria, conceitos da psicanálise. Em nossa

pesquisa, cabe trazer os indícios de objetivação em torno da loucura. A imagem, por si só, não dá conta do conceito, mas quando já está suficientemente consolidada, há uma generalização e ela se torna a própria realidade (MOSCOVICI, 2003). É nesse sentido que identificamos o paradigma manicomial ainda muito presente na fala das entrevistadas, já que o que se passa com o parente tem sido associado a ideias e imagens de periculosidade, dependência, inconstância, agressividade, entre outros aspectos que compõem os atributos do louco do manicômio. Nesse processo, essas características não apenas simbolizam aspectos presentes na personalidade ou modos de agir da pessoa louca, mas dizem quem ela é, as representam, constituem sua identidade, desconsiderando a possibilidade de pensar em novos arranjos para compreender essas pessoas. Apesar das tentativas de ressignificação da loucura no percurso da reforma psiquiátrica, esse objeto ainda não parece ter sofrido mudanças em sua representação.

Em geral, as falas das entrevistadas são congruentes com o que se espera após a reforma psiquiátrica, no sentido de que se mostram favoráveis ao modelo da atenção psicossocial, priorizando o cuidado singularizado e promotor de autonomia. Entretanto, esses sentidos não se sustentam com as práticas e com as contradições presentes nas entrelinhas das narrativas. A construção da alteridade se mostra presente, uma vez que as diferenças do parente que são ressaltadas, comumente recaem sob a desqualificação do mesmo, o que parece suscitar também em um nível de afastamento afetivo, identificado nas sutilezas da narrativa, quando, por exemplo, o parente é nomeado como ‘paciente’ [“Eu acho que o desnecessário é você pegar seu paciente e deixar ele fazer o que quer, ir pra onde quer...” (E4, p.1)]. Além disso, reforça a representação de passividade e dependência presente na utilização deste termo, cujo uso vem sendo superado após reforma psiquiátrica, uma vez que os “pacientes” são hoje referidos como “usuários” dos serviços de saúde. Essa forma de representar o sofrimento psíquico é condizente com os achados na pesquisa de doutorado de Pacheco (2011) para quem a agressividade e imprevisibilidade são importantes elementos presentes nas representações sociais da loucura.

A modificação nas leis referentes à pessoa em sofrimento psíquico e aos cuidados a ela dispensados possibilita deslocar a representação da loucura dos estigmas aos quais está impregnada, entretanto, este ainda é um processo em curso. A reforma psiquiátrica tinha como proposta promover a reeducação social, no sentido de que o sujeito dito “louco” tivesse sua individualidade compreendida e respeitada sem o peso do estigma da doença mental.

Contudo, ao que parece, a reforma não tem conseguido atingir a população em geral, já que os registros de desqualificação da pessoa em sofrimento psíquico ainda se mantêm presentes nas narrativas e práticas em torno desses sujeitos. As propostas da reforma psiquiátrica pressupõem mudanças na representação da loucura para que sejam efetivadas de maneira satisfatória e para que não haja a repetição do paradigma manicomial dentro dos serviços substitutivos. Não há um consenso confirmando que as representações têm potencial de modificar as práticas ou se o movimento é contrário, as novas práticas é que iriam gerar novas representações. Entretanto, esses processos acontecem em ritmos diferentes, “em alguns momentos as representações questionaram e impuseram novas práticas, e em outros, as práticas impuseram novas representações” (PACHECO, 2011, p.34).

O sofrimento psíquico é nomeado pelas entrevistadas enquanto um distúrbio e as teorias criadas em torno dele são voltadas para o biológico, intergeracional, genético, doença localizada no corpo e a expectativa é, na maioria dos casos, a sua extinção e a volta para a normalidade. As causas são sempre relacionadas a algo externo, com o qual o indivíduo é incapaz de lidar, não se considera como parte da individualidade dos sujeitos. Nesse sentido, o usuário não pode ser perturbado, ser tensionado, para não correr o risco de sair da norma. Ainda que sejam referidas características pessoais como a sensibilidade, o isolamento, a afetividade, etc. elas aparecem como indicadoras de uma fragilidade da pessoa. Por essas definições, quando vem um vetor externo, uma tensão, a pessoa não consegue lidar e se desorganiza. Diante dessa percepção, as entrevistadas relatam a importância em agradar o parente e não o contrariar, não por este ser considerado como um sujeito de direitos e desejos, mas para que não haja possibilidade de desvio.

Essa concepção de sujeito aproxima-se da referência de sujeito manicomial e se afasta do psicossocial, posto que o sujeito é visto como dependente e incapaz de responder positivamente a determinadas situações e vetores externos. O sujeito do manicômio deve ser isolado, excluído, tratado como incapaz de conviver em sociedade, narrativa presente em alguns trechos dos resultados. Para a perspectiva psicossocial, essas características estariam informando sobre o modo de ser do sujeito e mereceriam ser respeitadas, sem necessariamente receberem inferências positivas ou negativas. Todas as bandeiras de singularidade e de respeito que a reforma psiquiátrica levanta, não aparecem no modo como o parente tem sido considerado aqui nesses exemplos. Nesse sentido, como identificado também

por Jodelet (2015), atitudes de gentileza são percebidas na expectativa de manter o sujeito na norma.

Na fala das entrevistadas aparece o trabalho enquanto gerador de dignidade para a pessoa, é algo que irá servir de justificativa para as características positivas do parente antes da crise e como uma condição de normalidade. O trabalho formal aparece como importante marcador na história do usuário, seja por realçar nele aspectos positivos, como a possibilidade de ajudar financeiramente a família, ou pela angústia gerada a partir da falta da atividade laboral. Há um incentivo, por parte dos familiares, a atividades que exigem um padrão de comportamento aceitável/produtivo/capitalista (como voltar a trabalhar, por exemplo). Parece haver o desejo de que o usuário volte ao que era antes da crise. Persiste a esperança de devolver o sujeito para a norma (inclusive quando incentivam a voltar para as atividades) através da eliminação dos sintomas. Isso é sugestivo de que a oposição loucura x trabalho parece um núcleo que resiste a tensionamentos que o paradigma psicossocial talvez não esteja conseguindo tocar. Não se considera a possibilidade do sujeito se reinventar e descobrir novas atividades nas quais ele poderia atingir a satisfação pessoal, além da geração de renda. Enquanto a representação da loucura estiver ancorada em aspectos que desqualifiquem o sujeito e o categorize como incapaz, não vai ser possível pensar estratégias de saída desse local estigmatizado que além de reforçar o estigma do louco, também causa angústia para os usuários.

O peso do trabalho é tamanho em nossa sociedade, que interfere no olhar sobre si mesmo, podendo o sujeito sentir-se incapaz, desvalorizado, “invalidado psiquicamente”, caso não esteja atuando formalmente (CARRETEIRO, 2001). Os indivíduos são considerados ou reconhecidos como cidadãos se estiverem atuando no mercado trabalho, prioritariamente se for trabalho formal, remunerado. É importante pontuar também que para além dos direitos sociais, o *status* de trabalhador possibilita o reconhecimento por parte do outro e da sua própria subjetividade. Esses sentimentos parecem estar presentes na vida dos usuários, os quais a família tem observado o sentimento de angústia e sofrimento por terem se afastado das atividades remuneradas.

As mudanças em torno da sociedade atual indicam a saída do modelo disciplinar, como definia Foucault, o qual era formado por instituições totais como os hospitais e presídios, por exemplo, e a transformação para o que Byunh-Chul Han (2017) chama de

“sociedade de desempenho”, na qual as pessoas estão sendo preparadas para serem sujeitos de “desempenho e produção”. Na era disciplinar, criavam-se os anormais e delinquentes, já que as normas eram no sentido de proibição, coerção, negação. Atualmente, a sociedade adocece de forma contrária, difunde-se a ideia de meritocracia e as pessoas que não conseguem viver de acordo com essa norma são consideradas “depressivas” e “fracassadas” – antes julgados como “loucos” e “delinquentes”. Não se submeter às normas de produção leva, hoje, ao fracasso pessoal como característica do próprio sujeito. Ele se torna incapaz de produzir, então também é impossibilitado de compartilhar a mesma vida da sociedade normatizada (HAN, 2017).

Esse mesmo autor problematiza também outra questão emergente nos resultados da nossa pesquisa: o “tédio” classificado como negativo. Este momento já foi vivenciado pelas pessoas sem que possuísse caráter pejorativo, pelo contrário, via-se nele a possibilidade de construir algo novo, era parte importante e integrante do processo criativo. Na sociedade do desempenho é diferente, o tédio tem sido intolerável por grande parte da sociedade. O que antes era entendido como introspecção, hoje o fenômeno é outro, há uma “hiperatenção” – “rápida mudança de foco entre diversas atividades, fontes informativas e processos” (HAN, 2017, p.33). Além dos sentimentos de angústia vivido pelos parentes, parece haver uma expectativa por parte dos familiares de que se os usuários puderem voltar a fazer parte dessa lógica de desempenho, eles voltarão para a norma. Estamos falando de um ser produtivo, que se define pelo trabalho, pela possibilidade de gerar renda. Este aspecto parece compor também a rede de significados em torno da pessoa em sofrimento psíquico, uma vez que é um argumento utilizado para falar sobre o parente.

No início deste capítulo pontuamos que a centralidade da dependência tem atuado em três níveis: nas reações da cuidadora perante o sofrimento do parente, na rotina do parente e nas relações extrafamiliares. Visto que já foi exposta a análise da rede de significados em torno da pessoa e seu sofrimento psíquico, a partir de agora iremos explicitar o que se passa nesses três níveis que emergiram em consequência de como tem se dado a vivência com esse objeto de conhecimento socialmente partilhado, e que merecem atenção especial.

6.1 Das reações das cuidadoras

Pela dificuldade em conseguir lidar com o quadro do parente, as entrevistadas questionam suas habilidades para o cuidado, realçando todas as adversidades encontradas, que incluem o desejo, em algum momento, de se afastar dessa situação. Nos momentos de crise, a convivência com o parente fica fragilizada e o usuário é considerado um problema e risco de adoecimento para os demais da casa. O medo do contágio pode suscitar na demarcação de lugares para os ditos loucos, para os quais a internação passa a ser uma possibilidade para evitar que esse “mal” atinja as pessoas “saudáveis” da família. Essas atitudes pressupõem práticas de exclusão, mesmo que negadas no discurso, assim como identificado por Jodelet (2015) em sua pesquisa, quando ela observou que os “pensionistas” – termo utilizado para referir-se aos antigos internos – eram tratados de maneiras diferentes, por exemplo, suas roupas e talheres eram lavados separadamente dos demais da casa, sob justificativas não plausíveis e que se ancoravam no medo do contágio.

Esses sentimentos parecem gerar uma sobrecarga emocional que tem tornado os vínculos entre familiares e usuários ainda mais sensíveis. Além disso, como apresentam Ribeiro et al. (2009) e Pegoraro e Caldana (2008), normalmente a mulher fica responsável por realizar esse cuidado e atenção mais intensa aos parentes que estejam fazendo acompanhamento psiquiátrico. Esta situação, somada à dificuldade em lidar com a “loucura” do parente, tem intensificado o sentimento de sobrecarga.

Como afirma Giffin (1994), na sociedade brasileira a mulher é identificada a partir da referência familiar, à esfera do cuidado, da maternidade, da emoção, enquanto os homens são vistos a partir de sua participação material, como provedores e protetores. A família é definida então, como a instituição fundamental responsável por organizar as relações sexuais entre os gêneros, exercendo certo controle sobre os corpos, no qual o das mulheres é o mais afetado, visto que é privado de liberdade em comparação ao corpo masculino. Biasoli-Alves (2000) confirma esses papéis sociais, apesar de admitir que a participação feminina cada vez maior no mercado de trabalho tenha gerado algumas modificações, o lugar de mãe, responsável por cuidar dos filhos e da casa ainda é muito cristalizado.

6.2 Da rotina do parente

Nesse cenário de dependência, a convivência fica desgastada, pois os cuidadores se veem privados, tendo que viver em função do outro. Como já apresentado, dentre os significados que aparecem definindo o parente, o que nos chama mais atenção e parece ser central, é o da dependência. A partir do conhecimento das práticas em torno do usuário – por parte dos familiares – que se mostram fundamentadas nessas representações, observa-se a conformação da alteridade, uma vez que serve para reafirmar o lugar do louco e os aspectos que o diferenciam dos demais, servindo como uma proteção identitária.

Na rotina da família, o fator “dependência” aparece diante de alguns comportamentos atípicos dos parentes, como por exemplo o autocuidado prejudicado. Os familiares acabam por desempenhar tarefas simples do cotidiano como ajudar na higiene pessoal, no banho e na alimentação do usuário, situação esta encontrada também na referência de (CONSTANTINIDIS; ANDRADE, 2015). A relação entre usuário e família, comumente apoiada em atitudes de tutela para com a pessoa em sofrimento psíquico, tem gerado outras questões na rotina. A ausência de autonomia deixa brecha para que os usuários tenham direitos violados, sob a justificativa de que eles não teriam condições de ser responsáveis. Além disso, assim como identificado por Pacheco (2011), “a sujeira e o descuido no autocuidado são um sinalizador de que algo não vai bem com o usuário, além de tornar visível sua diferença” (p.282), situação que incomoda, uma vez que sai das normas sociais pré-estabelecidas. Mais uma vez percebe-se que a expressão do parente não está sendo considerada como aspecto de sua singularidade, mas avaliada frente a uma norma para a qual deve ser ajustado.

Parte dessa relação também aparece através da imposição da família para que o parente se submeta ao tratamento, sob a justificativa de que o mesmo não aceita a doença, e esta situação fragiliza o convívio intrafamiliar. Essas práticas não levam em consideração as diretrizes da reforma psiquiátrica no que dizem respeito à autonomia do usuário em ter o direito de aceitar ou não a terapêutica a ele oferecida. A saída dos manicômios não garante que o tratamento não será tutelado. Emrich, Campos e Passos (2014) apontam a importante precaução que se deve ter ao operar nos novos serviços de atenção à saúde mental. De acordo com esses autores, o controle pode estar velado através da medicação e visita domiciliar,

utilizadas como uma forma de vigiar e controlar os sintomas e os usuários. “Ou seja, práticas e encontros que teriam potência para fortalecer a autonomia dos usuários podem ser tentáculos que promovem sua captura” (p. 687).

Quando a questão envolve o estigma da loucura, a situação se intensifica. Como temos afirmado, o parente em sofrimento tem sido identificado como dependente e por isso deve submeter-se às regras de quem cuida, isso inclui a violação dos direitos sexuais e reprodutivos, tendo em vista que seus desejos sexuais têm sido reprimidos de maneira incisiva, através da proibição e contenção física, e o exercício da maternidade questionado ou roubado, sob a justificativa de que o sofrimento psíquico incapacita as mulheres-mães de exercerem essas atividades. Assim como apareceu em nosso estudo, achados de Pacheco (2011) indicam que é esperado respeito à obediência por parte dos parentes, para que seja possível a boa convivência entre eles.

Agravante ainda maior da violação de direitos aparece quando esta é direcionada às mulheres, já que historicamente é um grupo marcado pela repressão as mais diversas, mas dentre elas, queremos destacar a supressão de seus direitos sexuais e reprodutivos. O corpo feminino tem sido alvo de controle social (COSTA et al., 2006). O Estado e a sociedade julgam e impõe o que a mulher pode ou não fazer com o seu próprio corpo. Por muitos anos foi propagada a repressão sexual, ela apenas era vista como positiva e adequada quando a finalidade fosse a de constituir o modelo tradicional de família: pai, mãe e filhos. Nessa situação, o papel social da mulher é conformado enquanto mãe, cuidadora, carregada de afetos positivos, etc. Entretanto, os desejos e a negação ou o desvio desse *script* pode levá-la a sofrer julgamentos e sanções, dentre eles a incapacidade/proibição de exercer a maternidade.

O trabalho publicado por Ballarin, Ferigato e Carvalho (2008) corroboram com esses argumentos, na medida em que apontam a necessidade de atentar para essas questões que ainda persistem mesmo após a reforma psiquiátrica. Elas afirmam que a sexualidade, desejos, maternidade, etc. não devem ser negligenciados, mas especialmente cuidadas e assistidas, já que essa situação apresenta suas peculiaridades e precisam ser cuidadas sem que haja o desrespeito com as mulheres e sua singularidade.

6.3 Das relações extrafamiliares.

No âmbito extrafamiliar, as entrevistadas identificam o preconceito na vizinhança, através do alheamento com o parente, uma vez que não há busca por aproximação e chegam a julgar o seu caráter e a disposição para o trabalho. O que não está sendo visto é o preconceito da própria família quando reclama isso, já que o incômodo não é quanto ao respeito à singularidade dos usuários. Nas entrelinhas, o incômodo dos familiares é com a negação da dependência do seu parente, com a incompreensão e não aceitação de suas limitações e conseqüentemente a necessidade de despender cuidados extremos para com eles.

As instituições mencionadas como participantes do cuidado ao usuário foram o Hospital Ulisses Pernambucano (HUP), o CAPS, a Farmácia do Estado e os serviços ambulatoriais e serviços da atenção básica. Referências positivas são dirigidas aos Hospitais Psiquiátricos, para os quais são dirigidas expressões de conforto diante da possibilidade de convivência com o parente em surto. Nesse sentido, confirma-se mais uma vez o sujeito manicomial significado pelos familiares, entendendo que nessa perspectiva o afastamento social é considerado como terapêutico, a despeito das críticas a essas instituições que no geral têm sido classificadas como negativas, desumanas e evitáveis. Conforme o preconizado pela Reforma Psiquiátrica, Hospitais exclusivos não fazem parte da rede de atenção, mas tão somente emergências e leitos em hospitais gerais. Assim está desenhada a Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011), ainda que convivamos com a presença de Hospitais Psiquiátricos, cuja extinção envolve diversos aspectos que não cabem discussão aqui. Essa situação torna-se ainda mais preocupante após o estabelecimento da Nota técnica (BRASIL, 2019) divulgada recentemente, que sustenta mudanças na política de atenção à saúde mental, instituídas nos últimos dois anos. Os Hospitais Psiquiátricos são reintegrados à RAPS como equipamento de prestação de serviços em saúde mental. Nesse sentido, a atual conjuntura tende a dificultar ainda mais a mudança nas representações da loucura, uma vez que irá reforçar a crença da doença mental como algo que deve ser tratada sob afastamento, para manter a ordem social.

Com relação ao acompanhamento no CAPS, tem sido recorrente, por vezes em espaços curtos de tempo, o que parece indicar novamente uma fragilidade nos outros níveis de atenção que deveriam estar atuando junto a esse serviço, dando continuidade na assistência

dos demais usuários, dentro do território. Essa fragilidade na Rede de Atenção Psicossocial tem sido verificada no contexto nacional (DIMENSTEIN et al, 2012). “É indiscutível a necessidade de termos serviços em rede que operem na perspectiva da continuidade de cuidados, gestão integrada de casos e corresponsabilização” (p.100).

Foi significativo também o incomodo com a atual situação do CAPS, pois afirmam ter tido dificuldades para conseguir vagas, muitas vezes os usuários são mandados de volta para casa por problemas de estrutura física e organizacional, como falta d’água e escassez profissional, impossibilitando o funcionamento normal do serviço e interferindo diretamente no tratamento dos usuários e na relação CAPS-familiares. A concentração de saber no médico e a distância entre as discussões da reforma e a base da sociedade geram medo e insegurança para a família, no sentido de que não conseguem cogitar a possibilidade de ficar sem assistência dos serviços, por não saberem lidar com a singularidade dos seus parentes. Esse medo não é em decorrência de um reconhecimento de direitos, de lutar por assistência, mas por não saber ficar sozinha com a pessoa. Ter um parente em sofrimento psíquico tem sido relatado como algo desnordeador, que desgasta a relação familiar e traz sobrecarga para as pessoas.

Outro aspecto presente nos resultados que reforça mais uma vez a representação do sujeito manicomial é o fato de que os familiares, apesar de reconhecerem o CAPS enquanto serviço que divide o cuidado, apresenta bons resultados e traz benefícios tanto para os usuários quanto para a família, referem-se ao uso da farmacologia como a terapêutica mais relevante e eficiente. Não tem sido considerado como importante no tratamento o espaço de acolhimento, escuta, participação nas oficinas e demais atividades oferecidas pelo CAPS que devem incentivar, dentre outras coisas, a autonomia e o respeito à singularidade dos sujeitos. Além disso, a saída do quadro de sofrimento psíquico aparece como uma opção possível a partir da manutenção do tratamento e da motivação pessoal, como se o usuário pudesse optar pelo caminho da saúde ou da doença. Por outro lado, há também o registro de que na crise, o parente se transforma, tirando dele a possibilidade de escolha sob suas reações.

Na tentativa de suportar a situação de ter em casa um parente usuário de CAPS, os familiares têm se apoiado na crença em uma divindade, na expectativa que ‘Deus’ pode orientá-los no cuidado e ajudar a conviver com essa situação dentro de casa. Em artigo de revisão de literatura sobre religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença,

Seidl e Faria (2005), trouxeram, dentre outras, a referência de Pargament (1990) para informar o fato de que comumente as pessoas se apoiam na crença da vontade divina como explicação e expectativa de cura para as questões de doença. Em pesquisa realizada com usuários de CAPS, Salimena et al. (2016) identificaram que a fé ou crença em divindades (Deus e Santos) tem sido marcadas na história das pessoas como possibilidade de auxílio, alívio e cura do sofrimento psíquico. “Deus lhes dá força, ânimo para fazerem suas atividades e solucionar suas dificuldades, sendo um suporte em suas vidas, um fator de proteção.” (p.4).

Diante das constatações apresentadas no decorrer deste capítulo, vimos que historicamente os sentidos produzidos para compor a representação do objeto “loucura” tendem a desqualificar a pessoa em sofrimento psíquico. Dessa forma, é imprescindível pontuar essas questões, para que sejam buscados novos meios de fazer acontecer a reforma psiquiátrica, na perspectiva de que “renovar o repertório de sentidos também reedita o repertório de ações, e ganha nova maquiagem ao mesmo tempo em que incorpora um novo “produto” (ARRUDA, 2014, p.477 e 478).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise psicossocial, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, possibilitou interpretar os resultados considerando a complexidade do fenômeno e a participação do contexto sócio-histórico-cultural em todo esse processo. Nesse sentido, fez-se necessário apresentar inicialmente como a loucura vem sendo retratada historicamente, as mudanças nas leis e políticas que orientam a proteção e cuidado das pessoas em sofrimento psíquico, o quadro da atual conjuntura, bem como os processos de construção das representações que parecem ainda estar em curso.

As crenças e conceitos que se articulam em torno da pessoa e seu sofrimento psíquico parecem conformar as representações sobre loucura, as quais se mantêm ancoradas no paradigma manicomial e fundamentam as atitudes em relação ao parente. As práticas de cuidado destinadas aos usuários são condizentes com a rede de significados construída sobre eles, uma vez que têm sido percebidas ações e atitudes de tutela para com o parente em sofrimento psíquico, a partir da crença em sua dependência, e consequente incapacidade em realizar desde atividades simples do cotidiano até as mais complexas e que exigem maior nível de responsabilidade. O sujeito do manicômio ainda vem sendo retratado nas entrelinhas das narrativas sobre seu sofrimento e a rotina com o parente em acompanhamento no CAPS.

É importante apontar a presença de dois objetos que podem trazer significações diferentes: um é o sofrimento psíquico, o qual está mais associado à lógica da atenção psicossocial, que parece ser mais aceitável e não precisaria de todos esses cuidados extremos e atenção em tempo integral. O outro objeto é a doença mental ou loucura, que parece permear a rede de significados das familiares entrevistadas. Ao associar o que se passa com o parente a partir de aspectos referentes à periculosidade, dependência, privação de liberdade, distúrbio, aspectos biológicos e terapêutica medicamentosas priorizadas, tudo isso compõe o repertório do objeto loucura e sustenta os comportamentos ainda ancorados na lógica manicomial e que reproduzem estigmas.

Foi possível identificar, através do nosso estudo, a centralidade do fator dependência nessa rede que compõe os conhecimentos em torno do objeto representado. A consequência que se apresenta atrelada a isso, é a atuação desse significante em três níveis: nas reações da cuidadora perante o sofrimento do parente, na rotina do parente e nas relações extrafamiliares.

Posicionamento de familiares, vizinhança e sociedade em geral tem mantido violação de direitos, crença nas diversas incapacidades do sujeito, atitudes preconceituosas e medo do parente ficar desassistido. Justifica-se tais referências na ideia de que, após a crise, o parente não teria mais condições de dar conta da sua autonomia por ter se tornado louco e então dependente, necessitando desde cuidados com sua higiene até a administração do seu tratamento e bens materiais.

Em contrapartida ao que vem sendo registrado, o exercício alicerçado no modelo de atenção psicossocial deve ser de aceitação das pessoas em sofrimento psíquico intenso, e de sua reorganização no mundo, sem que precise se destituir de seus modos de subjetivação. A perspectiva é tirar o foco dos sintomas e conceitos psiquiátricos, sem ignorar, necessariamente, a existência da pessoa em sofrimento (AMARANTE, 2009). Tendo em vista os preceitos da Reforma Sanitária Brasileira (movimento que influenciou diretamente a Reforma Psiquiátrica), a mudança deve acontecer para além do sistema, tem que envolver a sociedade em geral. Acreditava-se que era através da educação que a Reforma de fato poderia acontecer, já que intervenções em níveis institucionais e legais não são suficientes, se a população que usa e que trabalha nestes serviços não estiverem atuando em consonância com as prerrogativas desse novo modelo.

Destaca-se, no quadro de mudanças que envolve a adoção do paradigma psicossocial para se abordar a saúde mental, a reeducação dos profissionais que irão atuar nos novos serviços, dos familiares que serão também responsáveis pelo tratamento de seus parentes e da sociedade, para que aceitem os sujeitos em sua singularidade, respeitando e dando espaço para que possam participar da comunidade e exercer sua cidadania. Como afirma Amarante (2009) a preocupação e as mudanças devem acontecer em nível cultural, pensando o lugar social do louco e as representações que atravessam o imaginário social. Tal reflexão é importante para que os serviços substitutivos não sejam lugar de reprodução de modelos ultrapassados de cuidado.

Ademais, identificamos a necessidade de os serviços de saúde atentarem mais para as questões que estão sendo mascaradas pela dependência dos usuários, como o direito de ir e vir, de optar por trabalhar – caso haja o desejo –, de vivenciar sua sexualidade, direitos reprodutivos e autonomia para participar do seu Projeto Terapêutico Singular. Além dos serviços, é importante também que os movimentos sociais de trabalhadores e familiares

considerem a representação ainda tão intensa do sujeito manicomial, que pode indicar uma insuficiência no alcance dos preceitos pós-reforma psiquiátrica. Essa questão envolve todos os níveis da sociedade e tem marcado a vivência com o parente e seu sofrimento psíquico, bem como a restrita rotina do usuário.

Novos estudos merecem ser realizados na perspectiva de acompanhar os processos de representação dos dois objetos em questão (sofrimento psíquico e loucura). Além disso, faz-se necessário pensar ações e estratégias que contribuam com a mudança dessa rede de significados em torno da pessoa e seu sofrimento, entendendo que os registros legais que indicam maior autonomia e respeito à singularidade, não estão sendo suficientes para que isso de fato ocorra. Diante da atual conjuntura, do quadro de retrocessos que vem se instalando, faz-se ainda mais urgente a propagação desses debates, de maneira que alcance a sociedade como um todo. É preciso resistir e investir mais na reeducação social, para que seja possível de fato admitir que estamos vencendo desigualdades.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI NETO, Manoel de Lima. **Os contextos de uso do crack: representações e práticas sociais entre usuários** 2014. 121 f.. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2007.
- _____. Cad. Bras. Saúde Mental, Vol 1, nº1, jan-abr. 2009 – Disponível em: <http://stat.necat.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/998/1107>.
- _____. **Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados**/Paulo Amarante. – 1. Ed. – São Paulo: Zagodoni, 2015.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. Geração Editorial, 2013.
- ALBA, Martha de. “Representações sociais e memória coletiva: uma releitura”. In: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira; SANTOS, Maria de Fatima de Souza; TRINDADE, Zeidi Araújo (Orgs.). **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2014. p. 520 – 573.
- ANTUNES, Paula Barros et al. Eletroconvulsoterapia na depressão maior: aspectos atuais. **Revista brasileira de psiquiatria= Brazilian journal of psychiatry**. São Paulo. Vol. 31, supl. 1 (2009), p. S26-33, 2009.
- ARRUDA, Angela. “Representações Sociais: dinâmicas e redes”. In: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira; SANTOS, Maria de Fatima de Souza; TRINDADE, Zeidi Araújo (Orgs.). **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2014. p. 442-491.
- AZEVEDO, Dulcian Medeiros de; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de. A representação social de familiares nos centros de atenção psicossocial. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 354-360, June 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000200019&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000200019>.
- BALLARIN, M. L. G. S.; FERIGATO, Sabrina Helena; CARVALHO, Fábio Bruno de. Serviços de atenção à saúde mental: reflexões sobre os desafios da atenção integral à saúde da mulher. **O mundo da saúde**, v. 32, n. 4, 2008.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo** (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa, Portugal: Edições 70, 1977.
- BIASOLI-ALVES, Zélia Maria Mendes. **Continuidades e rupturas no papel da mulher brasileira no século XX**. Psicologia: teoria e pesquisa, v. 16, n. 3, p. 233-239, 2000.
- BARROSO, Sabrina Martins; BANDEIRA, Marina; NASCIMENTO, Elizabeth do. Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1957-1968, Sept. 2009. Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900010&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900010>

BECKER, Howard Saul. **Outsiders: Estudos de sociologia do desvio**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2008.

BEN ALAYA, Dorra. “Abordagens filosóficas e Teoria das Representações Sociais”. In: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira; SANTOS, Maria de Fatima de Souza; TRINDADE, Zeidi Araújo (Orgs.). **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2014. p. 346-375.

BORBA, Letícia de Oliveira et al. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 442-449, abr. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342011000200020&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 jun. 2017.

BORBA, Letícia de Oliveira; SCHWARTZ, Eda; KANTORSKI, Luciane Prado. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 588-594, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002008000400009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22jun. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000400009>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 189 de 19 de Novembro de 1991. **Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos)**. Ministério da saúde. Departamento nacional de auditoria do SUS. Coordenação de sistemas de informação Sistema Único de Saúde - Legislação Federal, Brasília, 1991.

_____. Constituição; BRASIL. Lei n° 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Diário Oficial da União, Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n° 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial**. Diário Oficial da União 2002; 20 fev.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Portaria n° 3.088 de 23 de dezembro de 2011 - **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS**. Diário Oficial da União, Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12**, ano 10, n° 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. **Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial.** Relatório de Gestão 2011- 2015. Ministério da Saúde: Brasília. Maio, 2016, 143 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas –** Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CARRETEIRO, Teresa Cristina. “Perspectivas da cidadania brasileira: entre as lógicas do direito, do favor e da violência”. In ARAÚJO, José Newton Garcia de; CARRETEIRO, Teresa Cristina. (Orgs), **Cenários sociais e abordagem clínica** (pp. 154-168). São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fumec, 2001.

COELHO, Raquel Souza; VELOSO, Thelma Maria Grisi; BARROS, Sibelle Maria Martins de. Oficinas com Usuários de Saúde Mental: a Família como Tema de Reflexão. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 489-499, jun. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000200489&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 set. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703002612015>.

CONSTANTINIDIS, Teresinha Cid; ANDRADE, Angela Nobre de. Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 2, p. 333-342, Feb. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200333&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.18652013>

COSTA, Aline Aparecida; TREVISAN, Érika Renata. Mudanças psicossociais no contexto familiar após a desospitalização do sujeito com transtornos mentais. **Saúde em Debate**, v. 36, p. 606-614, 2012.

COSTA, Tonia et al. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, p. 363-380, 2006.

DALLA VECCHIA, Marcelo; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. **Estud. psicol.** (Natal), Natal , v. 11, n. 2, p. 159-168, Aug. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2006000200005&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2006000200005>.

DIMENSTEIN, Magda et al. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. **Revista Polis e Psique**, v. 2, n. 3, p. 98, 2012.

EMERICH, Bruno Ferrari; CAMPOS, Rosana Onocko; PASSOS, Eduardo. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 18, n. 51, p. 685-696, Dec. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000400685&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Feb. 2019. Epub Sep 30, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.1007>.

FORMENTI, Lígia. **Governo aprova reformulação de política de saúde mental.** O Estado de S. Paulo, São Paulo, 14 dezembro 2017. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,governo-aprova-reformulacao-de-politica-mental-com-enfase-para-hospitais-psiquiatricos,70002120555>>. Acesso em: 07 de janeiro de 2017.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1997.

FOUCAULT, Michel. “Verdade e Poder”. In: R. Machado (Org.). **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro, RJ: Edições Graal, 1995. p. 1-14.

FRAZATTO, Carina Furlaneto; BOARINI, Maria Lucia. O "morar" em hospital psiquiátrico: histórias contadas por familiares de ex-"moradores". **Psicol. estud., Maringá**, v. 18, n. 2, p. 257-267, June 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722013000200007&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722013000200007>.

GIFFIN, Karen. **Gender violence, sexuality, and health.** Cadernos de Saúde Pública, v. 10, p. S146-S155, 1994.

GOFFMAN, Erving. **O Mundo dos Internos.** In: MILLON, T. Teorias da Psicopatologia e Personalidade – ensaios e críticas. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1973 (p. 284-286).

HAN, Byung-Chul. **Sociedade do cansaço.** Tradução de Enio Giachini. 2. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

IPAN. **ELETROCHOQUE / ELETROCONVULSOTERAPIA.** Instituto de Psiquiatria Avançada e Neuromodulação. São Paulo, 30 de setembro 2013. Disponível em: <<https://www.ipan.med.br/blog-post/eletrochoque-eletroconvulsoterapia/>>. Acesso em: 12 de março de 2019.

JODELET, Denise. “A alteridade como produto e processo psicossocial”. In: A. Arruda (Org.), **Representando a alteridade** (pp. 47-67). Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

JODELET Denise. **Loucura e Representações sociais.** Tradução de Lucy Magalhães. 2. ed. – Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2015.

LEADER, Darian. **O que é loucura? Delírio e sanidade na vida cotidiana.** 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

MACHADO, Vanessa Cristina; SANTOS, Manoel Antônio dos. O apoio familiar na perspectiva do paciente em reinternação psiquiátrica: um estudo qualitativo. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 793-806, Sept. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000300016&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Sept. 2017. Epub Aug 30, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000036>.

MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social.** Tradução de P. A. Guareschi. – Petrópolis: Vozes, p. 29-110, 2003.

MOSCOVICI, Serge. **A psicanálise, sua imagem e seu público.** Tradução de S. Fuhrmann. – Petrópolis: Vozes, 2012.

MUYLAERT, Camila Junqueira et al. **Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 48, n. 2, 2014.

MUYLAERT, Camila Junqueira; DELFINI, Patricia Santos de Souza; REIS, Alberto Olavo Advincula. **Relações de gênero entre familiares cuidadores de crianças e adolescentes de serviços de saúde mental.** Physis, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 41-58, Mar. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000100041&lng=en&nrm=iso>.

OLIVEIRA, Moacir Lira de. **Família e reforma psiquiátrica: Tensões e diálogos possíveis.** Novas Edições Acadêmicas. 2015.

O POPULAR. **Denúncias de maus-tratos em clínicas psiquiátricas sobem 49% no País.** Jornal Eletrônico O Popular. Conteúdo Estadão. Caderno: Vida Urbana, 24 de julho 2017. Disponível em: <<https://www.opopular.com.br/noticias/cidades/den%C3%BAncias-de-maus-tratos-em-cl%C3%ADnicas-psiqui%C3%A1tricas-sobem-49-no-pa%C3%ADs-1.1314425>>. Acesso em: 12 de março de 2019.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira. Contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: Edufba; Rio de Janeiro/Ed. Fiocruz; 2008, 25-152p. PACHECO, Juliana Garcia. **Representações sociais da loucura e práticas sociais: o desafio cotidiano da desinstitucionalização.** 2011. 392 f.. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

PEGORARO, Renata Fabiana; CALDANA, Regina Helena de Lima. Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Psicol. estud., Maringá**, v. 11, n. 3, p. 569-577, Dec. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000300013&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000300013>.

PEGORARO, Renata Fabiana; CALDANA, Regina Helena Lima. Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 295-307, jun. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000200006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 jun. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000200006>.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas. Representação da doença mental pela família do paciente. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 71-82, fev. 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832003000100006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 jun. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832003000100006>

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. **Política Estadual de Saúde Mental de Pernambuco.** – Recife: Secretaria de Saúde, 2018.

PINHO, Leonardo. **Saúde Mental: Retrocessos ou Contra-Reforma?** Associação Brasileira de Saúde Mental, Florianópolis, 03 de dezembro 2018. Disponível em: <https://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID_INFORMATIVO=402>. Acesso em: 12 de março de 2019.

RIBEIRO, Marli Benedita Santos; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira; OLIVEIRA, Luiz Roberto de. Familiares de usuários vivenciando a transformação do modelo assistencial psiquiátrico. **Estud. psicol.** (Natal), Natal, v. 14, n. 2, p. 133-140, ago. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2009000200006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 jun. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2009000200006>.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Famílias na rede de saúde mental: um breve estudo esquizoanalítico. **Psicol Estud**, v. 11, n. 2, p. 305-14, 2006.

Rosa, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SALIMENA, Anna Maria de Oliveira et al. Compreensão da espiritualidade para os portadores de transtorno mental: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, e51934, 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000300401&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Feb. 2019. Epub Aug 25, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.51934>.

SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. **A família e o cuidado em saúde mental**. Barbaroi, n. 34, p. 146-160, 2011.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; FARIA, J. B. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 18, n. 3, p. 381-389, 2005.

SOUZA, Joseane de et al. Avaliação do funcionamento familiar no contexto da saúde mental. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 254-259, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832011000600007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 jun. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832011000600007>.

TRINDADE, Zeidi Araújo; SANTOS, Maria de Fatima de Souza; ALMEIDA, Angela Maria de Oliveir. “Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos”. In: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira; SANTOS, Maria de Fatima de Souza; TRINDADE, Zeidi Araújo (Orgs.). **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2014. p.133 – 162.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, June 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300025&lng=en&nrm=iso>.

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

- Quem é a pessoa acompanhada por você aqui no CAPS?
- Me conta um pouco sobre essa história.
- Se você pudesse me apresentar seu parente, o que teria a dizer sobre ele?
- Como é isso de frequentar o CAPS?
- E quando ele não está no CAPS? Como é?
- E na família mais extensa, como é o convívio?
- Na sua opinião, como as pessoas da sociedade em geral veem ele?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa “A perspectiva de acompanhante de usuário/a de CAPS sobre a organização familiar em torno de seu parente”, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) (Mariana Oliveira Sobral, Av. Santos Dumont, 420, apt.403, CEP – 52050-050. Telefone e e-mail para contato: (81) 9 98082754, mariana.o.sobral@gmail.com (inclusive ligações a cobrar). Esta pesquisa está sob a orientação de: Wedna Cristina Marinho Galindo, Docente no Departamento de Psicologia da UFPE Telefone: ((81) 999720312), e-mail (wedna.galindo@gmail.com).

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

Na perspectiva da atenção psicossocial, a família é chamada para ser corresponsável pelo tratamento do seu parente, além de ser também alvo de intervenções por parte da equipe técnica, por isso a comunidade científica tem se debruçado para estudar aspectos que envolvam esse público. Neste sentido, o presente trabalho tem a pretensão de participar e contribuir para esse debate. Em linhas gerais, objetivo deste estudo é compreender, a partir da perspectiva do parente de referência para o CAPS, como é a vivência de ter um parente em acompanhamento neste serviço.

Para atingir os objetivos da pesquisa, serão realizadas entrevistas narrativas, as quais serão gravadas a partir da assinatura desta autorização. Para manter o anonimato dos participantes, serão sempre utilizados nomes fictícios.

Os riscos diretos em participar da entrevista são a possibilidade de desconforto psíquico e desorientação a partir da elaboração de narrativas, entretanto, sendo a pesquisadora psicóloga, a mesma se disponibiliza a oferecer assistência caso seja atestado qualquer prejuízo. Além disso, o participante tem a possibilidade de se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para o acompanhamento de seu parente ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

A presente pesquisa trará como benefícios a contribuição para o debate acadêmico, além da possibilidade de se pensar intervenções a partir da escuta dos acompanhantes.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações e transcrições), ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “A perspectiva de acompanhante de usuário/a de CAPS sobre a organização familiar em torno de seu parente” como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de acompanhamento do meu parente).

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Impressão digital

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura: