



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR  
SUPERINTENDÊNCIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
DOUTORADO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA**

**MOACIR LIRA DE OLIVEIRA**

**DO HOSPÍCIO AO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
DE ALAGOINHAS/BAHIA: UM ESTUDO DAS  
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMILIARES.**

**SALVADOR-BA  
2016**

**MOACIR LIRA DE OLIVEIRA**

**DO HOSPÍCIO AO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
DE ALAGOINHAS/BAHIA: UM ESTUDO DAS  
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMILIARES.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Família na Sociedade Contemporânea da  
Universidade Católica do Salvador para obtenção  
do título de Doutor em Família na Sociedade  
Contemporânea.

Orientadora: Profa. Dr<sup>a</sup> Lúcia Vaz de Campos  
Moreira.

**SALVADOR-BA  
2016**

UCSal. Sistema de Bibliotecas.

O48 Oliveira, Moacir Lira de.  
Do hospício ao Centro de Atenção Psicossocial de Alagoinhas/Bahia: um estudo das representações sociais de familiares / Moacir Lira de Oliveira.– Salvador, 2016.  
129 f.

Tese (Doutorado) - Universidade Católica do Salvador.  
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Doutorado em Família na Sociedade Contemporânea.  
Orientação: Profa. Dra. Lúcia Vaz de Campos Moreira.

1. Família - Cuidado 2. Reforma psiquiátrica 3. Representações sociais  
I. Título.

CDU 316.356.2:159.972

## TERMO DE APROVAÇÃO

**Moacir Lira de Oliveira**

**“Do Hospício ao Centro de Atenção Psicossocial de Alagoinhas/Bahia:  
um estudo das representações sociais de familiares”**

Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador.


Salvador, 29 de fevereiro de 2016.

**Banca Examinadora:**



**Prof.<sup>a</sup> Doutora Lúcia Vaz de Campos Moreira - UCSal**

Orientadora (UCSal), a partir de 04/11/2015. Até a data de 03/11/2015 a orientação foi realizada pelo Prof. Dr. José Euclimar Xavier de Menezes.



**Prof.<sup>a</sup> Doutora Ana Maria Fernandes Pitta - UCSal**



**Prof.<sup>a</sup> Doutora Cláudia Cerqueira Graça Carneiro – UEFS**



**Prof.<sup>a</sup> Doutora Miriã Alves Ramos de Alcântara - IFBA**



**Prof.<sup>a</sup> Doutora Áurea da Silva Pereira - UNEB**

Aos familiares dos usuários do Centro de Atenção  
Psicossocial – CAPS III Tom Brasil, da Cidade de Alagoinhas/Ba.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Célia Lira Gomes de Oliveira e José Alcides de Oliveira, pelo amor e aposta incondicionais em todos os momentos da minha existência.

Ao professor Dr. José Euclimar Xavier de Menezes, minha profunda gratidão, respeito e admiração pelo incentivo determinante na decisão em trilhar esse percurso acadêmico.

À professora Dr<sup>a</sup> Lúcia Vaz de Campos Moreira pela generosidade na adoção deste trabalho para orientação em momento tão crucial e delicado.

Às professoras Dr<sup>a</sup> Ana Maria Fernandes Pitta e Dr<sup>a</sup> Claudia Cerqueira Graça Carneiro pelas fundamentais contribuições para a finalização desta tese, desde o momento do exame de qualificação. Às professoras Dr<sup>a</sup> Miriã Alves Ramos de Alcântara e Dr<sup>a</sup> Áurea da Silva Pereira pelo gentil e pronto aceite ao convite para participação na banca de defesa desta tese.

Ao amigo, psicólogo e ex-aluno Itamar Almeida Carneiro pela competente e paciente revisão técnica desta tese, pela cumplicidade e valiosas sugestões.

Ao Programa de Pós-graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador, professores, colegas e funcionários, pela excelente formação proporcionada neste doutorado.

À Secretaria Municipal da Saúde de Alagoinhas-Bahia, na pessoa do Dr. Reginaldo Paiva de Barros, pela autorização para a realização desta pesquisa. Aos usuários, familiares e servidores do Centro de Atenção Psicossocial-CAPS III Tom Brasil, da cidade de Alagoinhas-Bahia, pela colaboração e inspiração maior na efetivação desta pesquisa.

À Faculdade Santíssimo Sacramento: direção, professores, funcionários e alunos pelo apoio na concretização deste projeto.

Ao Hospital Especializado Octávio Mangabeira: direção, servidores e, em especial, aos colegas psicólogos pelo compartilhamento das angústias e alegrias nesta caminhada.

Às minhas irmãs Márcia Lira de Oliveira e Mônica Lira de Oliveira, sobrinhos, tios, primos, cunhados, por eles mesmos.

Ao companheiro Josivaldo Araújo dos Santos (Val), pela presença e constante incentivo.

Aos queridos amigos que, afetiva e efetivamente, contribuíram para o alcance desta conquista.

O lar é nosso ponto de partida. À medida que crescemos, o mundo se torna mais estranho, mais complexos os padrões de morrer e de viver. Não o momento intenso, isolado, sem antes nem depois. Mas uma vida ardendo em cada momento.

(T. S. Eliot, "*East Coker*", *Four Quartets*).

OLIVEIRA, Moacir Lira. **Do hospício ao Centro de Atenção Psicossocial de Alagoinhas/Bahia: um estudo das representações sociais de familiares.** 130 f. Tese (doutorado) - Programa de Pós-graduação em Família na Sociedade Contemporânea, Universidade Católica do Salvador, 2016.

## RESUMO

A presente pesquisa faz uma análise das representações da reorientação do modelo assistencial no âmbito de um Centro de Atenção Psicossocial, sob a ótica dos familiares. O problema é pautado da seguinte forma: Como familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, egressos de internação psiquiátrica, representam a reorientação do modelo assistencial de tratamento em saúde mental? O trabalho tem como referência a Teoria das Representações Sociais entendida como um quadro conceitual que permite compreender as ferramentas que instrumentalizam a comunicação a partir dos saberes e crenças do imaginário social, possibilitando uma análise sobre o processo de construção dos significados dos modelos asilar e psicossocial apresentados pelas famílias. Assim, o presente estudo objetiva compreender as representações sociais dos familiares de pacientes egressos de internações psiquiátricas, que frequentam o CAPS, sobre o processo de reorientação do modelo assistencial em saúde mental no município de Alagoinhas-Bahia. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de caráter descritivo-exploratório, a partir de uma combinação de estratégias metodológicas, utilizando pesquisa documental por meio da consulta aos arquivos de prontuários de usuários desse CAPS III, com histórico de internações no antigo Anexo Psiquiátrico naquele mesmo município, bem como entrevista não estruturada com sete familiares que acompanham esses usuários desde a época das internações, no sentido de compreender os significados que eles atribuem ao processo de reorientação do modelo assistencial. Os resultados apontam que os participantes reconhecem o modelo psicossocial como facilitador do acesso das famílias dos pacientes, além de ser promotor de cidadania e garantir o direito por um cuidado integral e humanizado, contrapondo-se ao modelo asilar/manicomial.

**Palavras-chave:** Família. Cuidado. Reforma Psiquiátrica. Representações Sociais.



OLIVEIRA, Moacir Lira. **From the Hospice to the Psychosocial Attention Center in Alagoinhas/Bahia: a study of social representations of family members.** 130 f. Doctorate Thesis - Postgraduate Program in Family in the Contemporary Society, Catholic University of Salvador, 2016

### **ABSTRACT**

This research makes an analysis of representations of the reorientation of the assistencial model in a Psychosocial Attention Center (CAPS), from the perspective of family members. The problem is marked as follows: How relatives of users of a Psychosocial Attention Center, graduates of psychiatric hospitalization, represent the reorientation of care model of mental health treatment? The work has as reference the Theory of Social Representations as a conceptual framework that allows to understand the tools that operationalize the communication from knowledge and beliefs of the social imaginary, enabling an analysis on the process of construction of the meanings of the asylum and psychosocial models presented by the families. Thus, the present study aims to understand the social representations of the relatives of patients of psychiatric hospitalizations, graduates who attend the CAPS, on the process of reorientation of mental health assistance model of the municipality of Alagoinhas, Bahia. This is a qualitative study, descriptive-exploratory character, from a combination of methodological strategies, using documentary research by consulting the files of user records of that CAPS III, with a history of Psychiatric hospitalizations in the old Annex from same municipality, as well as unstructured interview with seven family members accompanying such users since the days of hospitalization, in order to understand the meanings they attach to the process of reorientation of care model. The results indicate that participants recognize the psychosocial model as a facilitator of access for families of patients, in addition to be a promoter of citizenship and to guarantee the right for full care and humanized, opposed to the asilarmanicomial model.

**Keywords:** Family. Care. Psychiatric Reform. Social Representations.

OLIVEIRA, Moacir Lira. **De l'hospice au Centre de Soins Psychosociaux à Alagoinhas/Bahia: une étude des représentations sociales des parents.** 130 f. Thèse de Doctorat-Programme D'études Supérieures en Famille dans la Société Contemporaine, Université Catholique de Salvador, 2016

## RÉSUMÉ

Cette étude fait une analyse des représentations de la réorientation du modèle des soins dans un Centre de Soins Psychosociaux (CAPS), du point de vue des membres de la famille. Le problème est marqué comme suit : Comment les familles des utilisateurs d'un Centre de Soins Psychosociaux, diplômés de l'hospitalisation psychiatrique, représentent la réorientation du modèle de soins de santé mentale ? Le travail a comme référence la Théorie des Représentations Sociales comme un cadre conceptuel qui permet de comprendre les outils qu'emettent en oeuvre la communication à partir de connaissances et des croyances de l'imaginaire social, ce qui permet une analyse sur le processus de construction des significations de l'asile et les modèles psychosociaux présentés par les familles. Par conséquent, la présente étude vise à comprendre les représentations sociales des parents de patients diplômés des hospitalisations psychiatriques, qui fréquentent les CAPS, sur le processus de réorientation du modèle de soins en santé mentale dans la municipalité de Alagoinhas, Bahia. Il s'agit d'une étude qualitative, le caractère descriptif-exploratoire, à partir d'une combinaison de stratégies méthodologiques, qui utilise la recherche documentaire en consultant les dossiers médicaux des utilisateurs de ce CAPS III, ayant des antécédents d'hospitalisations psychiatriques dans l'ancienne Annexe de la même municipalité, ainsi que des entrevues non structurées avec sept membres des familles qui accompagnent ces utilisateurs depuis le temps d'hospitalisation afin de comprendre la signification qu'ils attachent au processus de réorientation du modèle de soins. Les résultats indiquent que les participants reconnaissent le modèle psychosocial comme un facilitateur d'accès pour les familles des patients, en plus d'être un promoteur de la citoyenneté et de garantir le droit pour des soins complets et humanisé, s'opposant au modèle asilarmanicomial.

**Mots-clés:** Famille. Soins. Réforme Psychiatrique. Représentations Sociales.

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Perfil dos participantes do estudo. Alagoinhas, 2015 .....	73
Tabela 2 - Descrição das categorias analíticas .....	77

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Relação das perguntas com as categorias analíticas .....	83
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CEO</b>	Centro de Especialidades Odontológicas
<b>CEREST</b>	Centro de Referência a Saúde do Trabalhador
<b>CIR</b>	Comissão Intergestora Regional
<b>EBDA</b>	Empresa Brasileira de Desenvolvimento Agrícola
<b>EMBASA</b>	Empresa Baiana de Águas e Saneamento
<b>HRDB</b>	Hospital Regional Dantas Bião
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>INSS</b>	Instituto Nacional do Seguro Social
<b>MTSM</b>	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
<b>NAPS</b>	Núcleo de Atenção Psicossocial
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
<b>NOB</b>	Norma Operacional Básica
<b>NRE</b>	Núcleo Regional de Educação
<b>NRS</b>	Núcleo Regional de Saúde
<b>PACS</b>	Programa Agente Comunitário de Saúde
<b>PDR</b>	Plano Diretor de Regionalização
<b>PNH</b>	Política Nacional de Humanização
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>PTM</b>	Portador de Transtorno Mental
<b>PTS</b>	Projeto Terapêutico Singular (PTS)
<b>RPB</b>	Reforma Psiquiátrica Brasileira
<b>RS</b>	Representações Sociais
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>SESAB</b>	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
<b>SRT</b>	Serviços Residenciais Terapêuticos
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TRS</b>	Teoria das Representações Sociais
<b>TRT</b>	Tribunal Regional do Trabalho

# SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>21</b>
2.1	A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO CONTEXTO ASILAR/MANICOMIAL: ASPECTOS HISTÓRICOS	21
2.1.1	<b>Asilo e família na protopsiquiatria</b>	<b>25</b>
2.1.2	<b>A familiarização do asilo</b>	<b>32</b>
2.2	A FAMÍLIA NOS NOVOS MODELOS DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: DESAFIOS E PERSPECTIVAS	36
2.3	SOBRE A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: UM PANORAMA HISTÓRICO, CONCEITUAL E CRÍTICO	48
<b>3</b>	<b>MÉTODO</b>	<b>64</b>
3.1	ABORDAGEM METODOLÓGICA	64
3.2	CONTEXTO DO ESTUDO	69
3.3	PARTICIPANTES	73
3.4	INSTRUMENTOS DE PRODUÇÃO DE DADOS	74
3.5	CUIDADOS ÉTICOS	74
3.6	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	74
3.7	PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS	75
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>78</b>
4.1	CONHECENDO AS HISTÓRIAS DOS USUÁRIOS	78
4.1.1	<b>As histórias de Fernando e Tereza, enteados de Dona Maria</b>	<b>78</b>
4.1.2	<b>A história de Celsa, filha de Dona Betânia</b>	<b>79</b>
4.1.3	<b>A história de Vânia, irmã de Cleide</b>	<b>80</b>
4.1.4	<b>A história de Simone, sobrinha de Leda</b>	<b>81</b>
4.1.5	<b>A história de Itamar, enteado de Juliana</b>	<b>81</b>
4.1.6	<b>A história de Idália, irmã de João</b>	<b>82</b>
4.1.7	<b>A história de Jacionita, mãe de Doralice</b>	<b>82</b>
4.2	OUVINDO AS VOZES DOS FAMILIARES	83
4.2.1	<b>Acesso</b>	<b>84</b>

<b>4.2.2</b>	<b>Relacionamento com a equipe de profissionais</b> .....	<b>87</b>
<b>4.2.3</b>	<b>Ambiência dos serviços</b> .....	<b>90</b>
<b>4.2.4</b>	<b>Modelo assistencial</b> .....	<b>92</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>97</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>102</b>
	<b>APÊNDICE</b> .....	<b>110</b>
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL</b> .....	<b>110</b>
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> ..	<b>111</b>
	<b>APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA</b> .....	<b>114</b>
	<b>APÊNDICE D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b> .....	<b>115</b>
	<b>APÊNDICE E – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA</b> .....	<b>119</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>120</b>
	<b>ANEXO A - LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001</b> .....	<b>120</b>
	<b>ANEXO B - PORTARIA 336 DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002</b> .....	<b>123</b>

*Afinal, o ‘fato novo’ com o qual a família está a se deparar é que o tratamento de seu familiar portador de transtorno mental não está mais centrado no hospital psiquiátrico.*

## **1 INTRODUÇÃO**

A cidade de Alagoinhas, município do interior do Estado da Bahia, configura-se como um importante centro regional de referência em Saúde Pública; nela manteve-se, por dezessete anos (1982 a 1999), um serviço de Atenção à Saúde Mental – anexo ao Hospital Regional Dantas Bião – de internação psiquiátrica, num modelo tipicamente asilar, que privilegiava a farmacoterapia e o isolamento do indivíduo com transtorno mental do meio social e familiar do qual fazia parte. Devido à falta de condições mínimas para a realização de um tratamento orientado por premissas humanitárias, o referido serviço foi interditado, em setembro do ano de 1999, pela Vigilância Sanitária da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Com essa decisão, parte dos pacientes foi encaminhada para Hospitais Psiquiátricos do Estado e outra parte ficou sem assistência alguma, vagando pelas ruas da cidade ou sob os cuidados exclusivos de familiares.

Por conta disso, em abril do ano de 2001, a Gestão Municipal da época contratou uma Equipe de Referência em Saúde Mental composta por um médico psiquiatra, um psicólogo, uma assistente social, uma enfermeira e uma técnica em enfermagem que, em caráter emergencial, implantou um Ambulatório de Saúde Mental que desenvolvia, dentre outras, as seguintes atividades: atendimentos individuais e em grupo, visitas domiciliares e busca ativa dos egressos de internação no antigo Anexo Psiquiátrico via integração com o Programa de Saúde da Família (PSF). O Ambulatório também dispensava as medicações psiquiátricas.

Além disso, essa equipe do Ambulatório, da qual fui membro, elaborou o Projeto de implantação de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), encaminhando-o ao Ministério da Saúde, obtendo aprovação e autorização de funcionamento no mês de dezembro do ano de 2003. Vale ressaltar, no entanto, que mesmo antes dessa autorização, a partir do mês de junho daquele mesmo ano, a Prefeitura Municipal de Alagoinhas assumiu com recursos próprios a instalação do Serviço de Saúde Mental, prestando assistência à população com transtornos psíquicos.

O CAPS estruturado em Alagoinhas, na modalidade III, funciona 24 horas, incluindo finais de semana e feriados e contempla as seguintes atividades: atendimento médico-psiquiátrico, psicológico e social, grupos terapêuticos, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias e diversas ações no território. Tem como público-alvo usuários referenciados do ambulatório de saúde mental, bem como do Programa de Saúde da Família (PSF), serviços de Emergência Psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar, destinando-se ao tratamento, reabilitação e ressocialização dos usuários junto às famílias e à comunidade.

Nessa perspectiva, o município de Alagoinhas, inscreve-se num contexto de reorientação do modelo de assistência em saúde mental, que põe em discussão a hegemonia do modelo hospitalocêntrico de tratamento, propondo intervenções de natureza extra-hospitalar e comunitária, integrada à rede de atenção básica em saúde, coadunada com os Princípios da Reforma Psiquiátrica em que o usuário e a família são convocados a participarem do projeto terapêutico. Esse enfoque pressupõe a participação da família e da comunidade, uma vez que a doença não é vista apenas como uma manifestação individual, mas como um processo também gestado no coletivo, nas interações socioculturais.

De acordo com Bichaff (2001), na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, os ambientes institucionais, a convivência cotidiana com os profissionais e os outros usuários são elementos facilitadores da construção das relações de confiança, tendo o usuário a liberdade de poder participar da construção do seu próprio projeto terapêutico, produzindo resultados que vão desde aspectos de cuidado em relação a si mesmo, até conquistas de inclusão social e cidadania.

Nesse contexto, o CAPS, portanto, é concebido como um espaço que deve oferecer um campo de vivências e experimentação importante que ajude os usuários a conquistarem um *locus* de expressão e ressignificação necessário para uma inserção diversa da que histórica e culturalmente era reservada às pessoas com transtornos psíquicos, qual seja: o lugar da segregação e do silenciamento.

Visando distinguir o Modelo Psicossocial da Clínica Manicomial, Lobosque (2001) apresenta três princípios básicos do primeiro: o da singularidade, o do limite e o da articulação. Na Atenção Psicossocial, pretende-se, então, conduzir o tratamento de uma forma que o sujeito siga o caminho que lhe é próprio, mantendo-o, ao mesmo tempo nos limites da cultura; respeitando os desejos do usuário, ou seja, “fazer caber” o “louco” na cultura, convidando esta a conviver com certa falta de cabimento, reinventando ela também os seus limites; ao mesmo tempo, percebendo a necessidade de articulação com os outros seguimentos da sociedade no combate à exclusão.



Desse modo, as intervenções no Modelo Psicossocial não podem ficar limitadas a determinada prática clínica, ou mesmo a determinada concepção teórica do psiquismo sob pena de se legitimar, com esse dispositivo, um processo de exclusão da loucura do contexto sociocultural, sempre múltiplo, diverso e marcado por diferenças e singularidades.

Nessa perspectiva, a família ocupa um lugar significativo na vida das pessoas que convivem com o transtorno mental, uma vez que, geralmente, são os familiares que identificam inicialmente algum problema e buscam o tratamento, tornando-se responsáveis pela administração das prescrições médicas e pelo cotidiano de seu familiar adoecido. Nessa convivência, enfrentam momentos de agravamento do quadro sintomatológico, bem como alterações no comportamento e manejo de situações de inatividade, agressividade, confusão, desorganização e inadequação. Nesse contexto, o cotidiano familiar é marcado por uma permanente imprevisibilidade e por questões relativas à quando será a próxima crise ou se haverá cura para aquela doença. Além disso, os familiares têm que redimensionar as expectativas quanto ao futuro de seu ente acometido daquela patologia, e também quanto ao próprio futuro face à demanda de cuidados que geram custos e perdas. Também precisam auxiliar o usuário a lidar com suas possíveis perdas e com o costumeiro empobrecimento de sua vida social, afetiva e profissional. Tudo isso constitui a experiência da sobrecarga familiar.

Para Melman (2008), o acontecimento de um transtorno mental em um membro da família agrava drasticamente o quadro de uma insegurança e desconforto, representando em geral um forte abalo, uma grande ruptura na trajetória de vida da família e do membro em sofrimento psíquico. A vivência da emergência do transtorno desestrutura as formas habituais de lidar com as situações do cotidiano e alguns familiares não estão preparados para enfrentar os problemas, não sabem como agir, encarar as dificuldades e explicar o rompimento com a realidade.

Esse quadro gera tensão, tornando-se a gravidade maior quando a duração dos sintomas se prolonga por muito tempo, havendo repetidos fracassos sociais dos pacientes, dificuldades de comunicação e interação e os frequentes insucessos nos tratamentos, produzindo, assim, mais frustração.

No Brasil, o processo de desinstitucionalização das pessoas com sofrimento mental é recente, faltando, ainda, estudos para orientar e avaliar as novas formas de intervenção na/com a família e a comunidade. De maneira geral, a abordagem familiar nos serviços é desenvolvida de maneira limitada. O profissional sabe que é preciso orientar os familiares a respeito das necessidades e do cuidado do usuário, mas isso no geral é feito sem que se pergunte, por exemplo: o que significa orientar uma família? O que a família precisa saber? Ou, ainda, o que

seus membros querem saber? Mais raramente ainda, se coloca a questão: Como esses familiares constroem os significados, as representações acerca do Serviço de Atenção à Saúde Mental e suas intervenções com o usuário?

Para Scazufca (2000), os significados e representações sobre o transtorno mental podem não ser compartilhados igualmente por todas as pessoas que vivem numa mesma casa, o que resulta em diferentes atitudes e vivências ante os problemas. Além disso, nem todos os familiares possuem condições estruturais, econômicas e emocionais para lidar com o problema. Entretanto, de alguma forma elaboram a experiência, lidam com seu sofrimento e expectativas e podem viabilizar a convivência com a doença, buscando apoio em sua rede de conhecidos, em algum sistema de crenças e em tratamentos oficiais ou alternativos. Nesse contexto, merecem destaque as concepções que esses familiares têm do serviço de assistência a esse usuário, sobretudo num modelo de assistência considerado “inovador”, com a pretensão de se constituir em substitutivo ao modelo asilar, manicomial.

Desse modo, considero relevante investigar as representações que os familiares têm dos modelos de assistência à pessoa em sofrimento psíquico, notadamente no que diz respeito à reorientação do modelo de atenção em saúde mental, preconizada pela Lei 10216, de 06 de abril de 2001, popularmente conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Diante disso, a presente tese de doutorado tem por objetivo geral compreender as representações sociais dos familiares de pacientes egressos de internações psiquiátricas, que frequentam o CAPS, sobre o processo de reorientação do modelo assistencial em saúde mental no município de Alagoinhas-Bahia. Os objetivos específicos foram: (a) Conhecer as representações sociais dos familiares de usuários do CAPS sobre o acesso deles às instituições de modelos asilar e psicossocial; (b) identificar, na perspectiva dos familiares, como ocorria o relacionamento dos atores sociais envolvidos nos modelos em foco e (c) compreender as concepções dos familiares sobre a assistência prestada e a ambiência nos dois modelos em questão.

A preocupação com a questão que orienta o presente estudo surgiu a partir da minha inserção no campo da saúde mental, como psicólogo, no município de Alagoinhas, no ano de 2001, em um Ambulatório de Saúde Mental e, mais especificamente, no ano de 2003 quando da fundação do Centro de Atenção Psicossocial- CAPS III daquela cidade, instituição que colaborei na implantação e que, posteriormente, passei a assumir a coordenação até o final do ano de 2008. Entre dezembro do ano de 2008 e maio do ano de 2010, atuei como técnico no Serviço de Psicologia da instituição. A partir de 19 de maio de 2010, voltei a assumir a coordenação do serviço, função que exerço até o presente.

Minha inquietação com a problemática em foco deu-se a partir da relação cotidiana com familiares de usuários, tanto no contexto da gestão do serviço como nos atendimentos individuais e dos grupos de família nos quais tive a oportunidade de acompanhar as angústias, sofrimentos e até assistir terapeuticamente a processos de adoecimento de familiares no enfrentamento das questões ligadas ao cuidado com a pessoa em sofrimento mental. No CAPS, pude realizar reuniões com grupos de familiares, junto ao Serviço Social. Nessas reuniões, os familiares partilhavam suas dúvidas e solicitavam da equipe de saúde mental orientações para a vida cotidiana, principalmente com as situações de crise e não adesão dos usuários ao tratamento. Relatavam também suas experiências pregressas no tocante às internações, muitas vezes prolongadas, dos seus parentes em hospitais.

O problema enfrentado neste estudo é pautado da seguinte forma: Como familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, egressos de internação psiquiátrica, representam a reorientação do modelo assistencial de tratamento em saúde mental?

Parto da hipótese de que a família, ao comparar o modelo asilar da internação psiquiátrica, no hospital, com o modelo da Atenção Psicossocial praticado no CAPS, tende a apresentar ambiguidades/contradições em suas representações. Ou seja, se por um lado, a família considera o modelo psicossocial mais humanizado, por outro, deve apresentar incômodo pelo fato desse modelo imputar-lhe grande responsabilidade no cuidado ao ente com transtorno mental, gerando-lhe sobrecarga.

Face aos objetivos, problema e hipótese supracitados, dialogo com a Teoria das Representações Sociais (TRS) entendida por Spink (2010) como um quadro de referência que permite dar sentido ao mundo e compreender as ferramentas que instrumentalizam a comunicação a partir dos resíduos arqueológicos de saberes e crenças que ficaram impregnadas no imaginário social, possibilitando, nesse particular, uma análise sobre o processo de construção do significado da doença e sobre os dilemas e as estratégias desenvolvidas pelas famílias para lidar com essa realidade.

A tese está estruturada da seguinte forma:

No primeiro capítulo, introduzo o estudo em questão, apresentando os objetivos, problema de pesquisa, hipótese, justificativa e estrutura do trabalho.

O capítulo 2, de revisão da literatura, está dividido em três seções, a saber: a primeira seção traz notícias históricas acerca da participação da família no contexto asilar/manicomial, tendo como objetivo principal promover uma reflexão, sobretudo a partir das ideias de Foucault

(1996; 2006) sobre as relações entre a família e as instituições asilares de tutela da loucura, notadamente o hospital psiquiátrico. Do vasto Estado da Arte especializado na obra do referido autor-referência deste trabalho, recorri a comentadores como Rabinow e Dreyfus (1995), Passos (2008), Caponi (2009), Torrano (2007), Castro (2009) e Menezes (2004). Esta parte da revisão pretende capturar chaves de leitura que permitam a análise das representações históricas do lugar ocupado pela família na assistência e manejo da loucura.

A segunda seção discute a relação da família com os serviços de saúde mental, ditos substitutivos ao hospital psiquiátrico, no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo como finalidade problematizar os conflitos e os desafios contemporâneos das propostas desinstitucionalizadoras e antimanicomiais que convocam os familiares a assumirem responsabilidades frente às pessoas com transtorno mental. Na construção dessa seção teórica, a interlocução se deu com autores como Rosa (2003), Vasconcelos (2003), Melman (2008), Pitta (1996; 2011), Cerveny (2004), dentre outros especialistas nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica. A construção deste tópico tem como intuito criar um cenário, no interior desta pesquisa, para alocação mais adequada da realidade a ser analisada na sequência, análise que se pretende contextualizada e como que ressonante aos movimentos históricos mais abrangentes, em que creio inscrever-se a realidade de Alagoinhas.

Na terceira seção apresento um panorama histórico, conceitual e crítico da Teoria das Representações Sociais (TRS), pretendendo estabelecer o marco teórico referencial e, com ele, possibilitar a análise dos prontuários e entrevistas que compõem o *corpus* de documentos promotores de uma reflexão acerca das representações dos familiares sobre o modelo asilar e o novo sistema de assistência e manejo da saúde mental, aqui denominado modelo psicossocial. Nesta parte, faço interlocução com Moscovici (1961; 1978; 1984; 2001; 2012), autor-referência da Teoria das Representações Sociais, seguido de outros pesquisadores com expertise nas investigações em TRS: Jodelet (2001), Farr (2010), Abric (1998), Harré (1998), Guareschi (2012), Vala (1993; 2013), Spink (1996; 2010), Minayo (1995), Sá (2002), Nóbrega (1990), Guerra (2011), Strey (2010), Souza (2008), Almeida e Santos (2011), Medrado (1998), Andrade (1999), Alves e Rabelo (1998), Potter (2012), Amblard; Cruz (2015) e Raserá (2013).

No capítulo 3 explicito o método da pesquisa: abordagem metodológica, contexto do estudo, participantes, instrumentos de produção de dados, cuidados éticos, procedimentos de coleta de dados e procedimentos de análise dos dados.

No capítulo 4 apresento os resultados e a discussão dos dados coletados nos prontuários encontrados nos arquivos do Centro de Atenção Psicossocial de Alagoinhas, bem como nas

entrevistas realizadas que evidenciam as representações dos modelos asilar e psicossocial por parte de familiares de usuários da referida instituição.

Na sequência, no capítulo 5, elaboro as considerações finais do presente estudo.

Destaco que esta tese dá continuidade ao meu estudo de mestrado, cujo objeto situava-se no campo das relações/conflitos entre família e CAPS frente às “responsabilidades de cuidado com a pessoa em sofrimento psíquico”, no contexto do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo também como *locus* de investigação o CAPS III da cidade de Alagoinhas-Bahia. Parte dos resultados da referida investigação no Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Família na Sociedade Contemporânea/UCSal, encontra-se no livro “Família e Reforma Psiquiátrica: tensões e diálogos possíveis”, de minha autoria, publicado pela Novas Edições Acadêmicas, em 2015.

Considero que o desenvolvimento do presente estudo seja relevante no âmbito de um Programa de Pós-graduação em Família na Sociedade Contemporânea pelo seu caráter interdisciplinar, uma vez que discutir sobre família no contexto da saúde mental requer contribuições de áreas do conhecimento como, a Psicologia, o Direito, a Sociologia e a Saúde Coletiva, saberes convocados a constituírem as abordagens triadas pela UCSal no seu *Stricto Sensu* em família. Convergindo nessa direção, a pesquisa propõe uma reflexão sobre relações familiares em contextos complexos, notadamente aqueles de convivência com a diferença, que impõe os desafios da inclusão e do cuidado frente à pessoa em sofrimento psíquico.

Além disso, o trabalho deseja ser um contributo para uma análise do cenário da Reforma Psiquiátrica em Alagoinhas-Bahia, provocando um repensar acerca da importância das representações da família acerca dos modelos de assistência nas diretrizes novas de atenção em saúde mental naquele município. Nesse sentido, quiçá, a presente pesquisa poderá ser um documento útil aos agentes desse movimento naquela cidade, bem como em outras, para repensar o seu funcionamento, a sua estruturação, a direção de suas rotinas sob o influxo reflexivo aqui manejado.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO CONTEXTO ASILAR/MANICOMIAL: ASPECTOS HISTÓRICOS

Na obra de Michel Foucault (2006; 2008), a noção de família aparece configurada a partir da análise dos sujeitos que vivenciam a realidade do manicômio, da prisão, do hospital, sendo suas narrativas dotadas de informações bem concretas: a da privação de liberdade do preso, a das práticas sexuais, a do silenciamento do louco, reconstituindo o tratamento dispensado a esses sujeitos incômodos da história: o criminoso, o sujeito sexual, o louco. A família se faz presente nesses cenários, provocando reflexões sobre diagnose, mapeamento, definição do papel que a mesma exerce para estruturar as formas de subjetivação do louco, do preso e do paciente. Segundo Menezes (2004), referindo-se ao uso da categoria família na obra Foucaultiana:

Trata-se bem mais de refletir acerca dos discursos que erigem categorias, sopesando os resultados invisíveis deles. Neste caso particular, bem mais que identificar a força coercitiva da família na constituição do sujeito, o que seguramente Foucault ressalta é que ela seja um *lôcus* que encerra também uma força promotora de condutas. Como lugar de poder, não pode ser concebido como exclusivamente restritivo, repressor. Para além disso, ali o sujeito torna-se o que é, inscrevendo nela seus próprios movimentos modeladores. Como o sexo, a família é uma força incitadora de subjetivação. (MENEZES, 2004, p. 303).

De acordo com o autor supracitado, na reflexão de Foucault, a família, como outras instituições, configura-se como fonte para engendrar a constituição do sujeito, por meio de mecanismos de saber-poder. A título de ilustração, as referências foucaultianas à família na História da Loucura são reveladoras da importância que essa instituição tem na constituição da subjetividade. Tais referências indicam, por exemplo, como a família se comportava em diferentes contextos sociais e momentos históricos, com a loucura e as instituições de tutela da mesma. Nessa perspectiva, os operadores da Justiça e da Psiquiatria se afinam em seus projetos que lidam com a subjetividade do louco a partir do suporte institucional familiar.

Rabinow e Dreyfus (1995) ratificam esse pensamento ao afirmarem que a família se manterá alinhada com as decisões que não mais dependem de uma autorização sua, delegando ao psiquiatra a gestão da subjetividade do seu parente louco, posto que o seu adestramento/silenciamento é o que mais lhe convém. Para isso, ela conta com a ciência,

materializada na figura do médico, detentor de um poder capaz de produzir representações, gestos, atitudes e saberes sobre a loucura, o louco e seu tratamento.

Na perspectiva de compreender as relações entre a família e os novos modelos de assistência em saúde mental, especialmente nos Centros de Atenção Psicossocial, julguei necessário recorrer a aportes reflexivos e dados históricos referentes à relação asilo e família. Tomei como ponto de partida para essa discussão uma aula de Michel Foucault, ministrada no *Collège de France* em 05 de dezembro de 1973. Essa aula encontra-se publicada na obra “O Poder Psiquiátrico” (2006) e versa sobre o asilo e a família, trazendo importantes reflexões acerca da interdição, do internamento, da ruptura entre o asilo e a família, das casas de saúde e, notadamente, sobre dispositivos disciplinares e poder familiar. A eleição desse texto, como referência para as considerações que pretendo apresentar, justifica-se por uma contribuição mais explícita e específica que Foucault (2006) nos oferece no que diz respeito a uma relação, por ele definida como privilegiada, difícil, e até mesmo problemática, que o asilo estabelece com a família.

As ideias contidas em “O poder psiquiátrico” atendem aos objetivos do presente trabalho pelas seguintes razões: de acordo com Caponi (2009), a maior diferença existente entre a “*A história da loucura na época clássica*” e o curso de 1973-1974, ministrado por Foucault no *Collège de France* está em seus objetos de estudo, posto que no primeiro caso se tratava de estudar a representação da loucura como fenômeno histórico e social, as imagens que foram produzidas sobre a loucura nos séculos XVII e XVIII e, no segundo caso, tratava-se de analisar não as percepções da loucura, mas os discursos, as ciências, os jogos de poder e de verdade que tomaram por objeto a loucura, como assinalado pela autora:

Enquanto em 1961 Foucault insistia na problemática do fechamento e violência, em 1974 sua preocupação será outra, será a de analisar o modo como se estabelecem e o modo como se circulam as relações de poder dentro desse espaço médico que é a psiquiatria. Agora mais que analisar as imagens construídas em torno da figura da loucura nos séculos XVII e XVIII, os temores que elas suscitaram, os saberes que se formaram a partir de modelos botânicos, naturalistas ou médicos, estudará os modos como se articulam saber, verdade e poder, por referência a esse fenômeno ambíguo que chamamos loucura (CAPONI, 2009, p. 96).

Ou seja, em “O poder psiquiátrico”, Foucault (2006) se propõe a responder em que medida um dispositivo de poder produz certo número de enunciados e de discursos sobre a loucura. Os dispositivos de poder passam a ser analisados como instâncias de produção das práticas discursivas e dos jogos de verdade em torno da loucura e do saber psiquiátrico.

Além disso, no curso de 1973-1974, Foucault põe em evidência a relação entre espaço disciplinar e espaço asilar, a disciplina como instância de normalização, a constituição do indivíduo pela tecnologia disciplinar e a microfísica do poder asilar.

Segundo Soalheiro e Amarante (2008), o conjunto do pensamento de Michel Foucault tornou-se referência para os que se ocupam de analisar os jogos de saber e poder fundantes da psiquiatria asilar e inspirou teses e práticas de reforma identificados, por adeptos da Reforma Psiquiátrica, como um “novo projeto” para a saúde mental. Para esses autores:

Michel Foucault, com suas pesquisas, e em suas reflexões sobre o sentido de sua obra e militância política, talvez possa nos dar algumas indicações importantes para pensar sobre a complexidade do processo político em torno da Reforma Psiquiátrica, os conflitos e impasses presentes nas relações entre os diversos segmentos e interesses envolvidos [...] (SOALHEIRO; AMARANTE, 2008, p. 136).

Contudo, é preciso lembrar que o pensamento foucaultiano nos convida a um mais-além da análise-denúncia dos jogos de dominação sobre a loucura asilada, para o exercício de uma reflexão crítica acerca das relações de poder presentes em uma psiquiatria que se pretende e intitula de “portas abertas” ou de “reformada”.

Passos (2008) afirma que a atualidade de Foucault consiste em nos ajudar a entender, no contexto atual da Reforma Psiquiátrica, que certa condenação “humanista” da prática do isolamento asilar dos chamados doentes mentais é insuficiente para desmontar a lógica da manutenção do poder médico-disciplinar, que consegue se manter com ou sem a estrutura que historicamente garantiu o espaço do seu exercício, qual seja, o hospital psiquiátrico. Ou seja: a despeito da desmontagem física da instituição psiquiátrica de antes da Reforma, práticas estruturadas no decorrer de uma longa história de internação se insurgem, sorateiramente, no interior de novas arquiteturas que albergam as formas de loucura, recapitulando antigos moldes da lide para com o louco.

Sobre essa questão, Caponi (2009) afirma que as estratégias de poder utilizadas historicamente pela psiquiatria não se limitam às instituições fechadas, persistindo, ainda, nos centros de atenção psicossocial, como podemos notar na seguinte citação:

Lamentavelmente, ainda hoje muitas vezes a reforma psiquiátrica e a desmanicomialização se limitam a descentralizar essas velhas tecnologias de poder. Muitas vezes, por falta de estrutura, de medicação adequada ou de programas de inserção comunitária, essas velhas tecnologias de poder próprias da psiquiatria clássica se reproduzem nos centros psiquiátricos de referência que no Brasil conhecemos com o nome de CAPS (CAPONI, 2009, p. 102).



Se a constatação reflexiva da autora faz sentido, suponho que a função normalizadora do asilo, legitimada pelo saber-poder psiquiátrico e psicológico, se atualiza em novas práticas reformadas, como, por exemplo, nos CAPS, configurados como serviços de saúde mental contemporâneos e sedimentados em prerrogativas humanistas e reformistas, que também se ocupam das questões relativas à família, tomando-a como campo de referência para aplicar uma “pedagogia da lida” com a doença mental, utilizando-se de certo discurso técnico-científico e, porque não dizer, de um saber-poder tão bem apropriado e difundido pelos operadores da saúde mental que se incubem, inclusive, de responsabilizar a família pelo cuidado com o parente enfermo, “instrumentalizando-a” e oferecendo o suporte considerado necessário para o êxito desse pleito.

Foucault (2006) apresenta o asilo como um sistema disciplinar, produtor de certo tipo de discurso de verdade, estabelecendo com a família uma relação muito específica e sobrecarregada que demorou muito a se elaborar e não parou de se transformar ao longo do século XIX. Para ele, esse discurso de verdade que se forma no asilo e sua relação com a família se apoiam mutuamente, gestando certo discurso psiquiátrico que tomará como objeto e campo de referência a família, as personagens e os processos familiares. O problema, portando, colocado em relevo pelo autor, consiste em saber como o discurso psiquiátrico, que nasce do exercício do poder psiquiátrico vai poder se tornar o discurso da família e sobre a família.

Para Castro (2004), o termo discurso é dos temas centrais do trabalho de Foucault, sendo definido pelo mesmo como um conjunto de enunciados que provêm de um mesmo sistema de formação, a exemplo do discurso clínico, discurso econômico, discurso da história natural e discurso psiquiátrico que se constitui em dispositivo estratégico nas relações de poder. Segundo o autor, não há uma oposição entre discurso e poder, posto que os discursos são elementos táticos no campo das relações de força.

O autor lembra que Foucault se ocupa da função do discurso como formador da subjetividade. Vale ressaltar que essa função não consistia em descobrir uma verdade sobre o sujeito, mas de fazer do sujeito, objeto de um discurso verdadeiro que pudesse se converter em uma matriz de comportamentos éticos. O discurso como objetivação do sujeito será uma modalidade fundamental na confissão e, posteriormente, das ciências humanas e da Psicanálise.

No que tange particularmente às verdades enunciadas pelo discurso psiquiátrico, Rabinow e Dreyfus (1995) afirmam que, na perspectiva foucaultiana, a loucura não era um objeto ou uma experiência limite situada fora do discurso que cada época tentou capturar nos seus próprios termos e pontuam:

[...] Foucault compreende que a doença mental foi constituída pelo conjunto daquilo que foi dito no grupo de todos os enunciados que a nomeavam, recortavam, descreviam, explicavam, contavam seus desenvolvimentos, indicavam suas diversas correlações, julgavam-na e eventualmente emprestavam-lhe a palavra, articulando, em seu nome, discursos que deviam passar por seus. [...] (RABINOW; DREYFUS, 1995, p. 69).

Na construção desses discursos de verdade, entram em cena as instituições, acontecimentos políticos, práticas e processos econômicos. No caso da gestação do discurso psiquiátrico, nota-se uma confluência de fatores que envolvem o poder médico, o asilo e a família.

Segundo Foucault (2006), a própria família, ao longo de século XIX, foi também se tornando objeto de análise e intervenção do poder psiquiátrico, que foi construindo todo um discurso acerca da relação que deveria se estabelecer entre ela, o asilo e o louco.

Em sua análise histórica, Foucault (2006) afirma que a relação asilo e família sofreu profundas transformações, distinguindo uma primeira etapa denominada de protopsiquiatria, representada por Pinel, Foderé e Esquirol, sendo esta a fase do asilo sem família, em ruptura com a família, de outra fase caracterizada pelo duplo movimento da familiarização da Psiquiatria e do asilo, e da psiquiatrização da família.

Essa segunda fase me interessa mais particularmente por se aproximar, ainda que num contexto e momento histórico distintos daquele investigado por Foucault, da atual realidade vivenciada a partir das prerrogativas da Reforma Psiquiátrica que, em certo sentido, convoca a família a entrar no “asilo” (aqui hipoteticamente entendido como um “asilo reformado”), ao tempo em que esse “asilo” também penetra na família, orientando-a sobre como cuidar do seu familiar enfermo e convocando-a, intimando-a a ser co-partícipe no processo do seu tratamento.

Passemos então à análise da reflexão de Foucault.

### **2.1.1 Asilo e família na protopsiquiatria**

Na chamada protopsiquiatria, Foucault (2006) concentra suas análises nas transformações que a Lei Francesa de 1838 introduz quanto à internação psiquiátrica. Anteriormente a essa lei, o procedimento que regia as relações entre a família e o “alienado” era a interdição definida como:

Um procedimento jurídico que, em primeiro lugar, era e devia ser pedido pela família; em segundo lugar, uma medida de ordem judiciária, isto é, era um juiz que a decidia a pedido da família, mas depois da consulta obrigatória aos membros da família; enfim em terceiro lugar, esse procedimento de interdição tinha por efeito jurídico transferir os direitos civis do indivíduo assim interditado a um conselho de família e fazia o alienado cair sob o regime da curatela. Era, portanto, se assim podemos dizer, um episódio do direito familiar validado por procedimentos judiciários. Isso era o procedimento de interdição, o procedimento fundamental: o louco era essencialmente aquele que era interditado, e reconhecia-se alguém como dissipador, pródigo, louco, etc., pela designação do seu estatuto, que era o de ser um interditado. (FOUCAULT, 2006, p. 118-119).

Já o internamento, que ocorreu durante toda a época clássica, era um procedimento de origem bastante irregular, que circundava a interdição, podendo eventualmente substituí-la, mas que não tinha estatuto judiciário homogêneo e fundamental nessa espécie de investidura sobre o louco. A investidura sobre o louco era, de fato, a interdição – episódio do direito familiar, validado pelo procedimento judiciário.

Foucault (2006) prossegue sua análise considerando que a Lei de 1838 consiste em fazer o internamento passar acima da interdição, tornando-o, desse modo, a peça essencial na investidura sobre o louco. Nesse sentido, a interdição só funcionaria como suplemento judiciário eventual, quando os direitos civis do indivíduo pudessem ser comprometidos ou comprometer a situação da sua família pelos direitos que possui.

O internamento representa, nessa perspectiva, a captura do corpo que é agora a peça jurídica fundamental não se limitando à destituição dos direitos civis ou dos direitos familiares. A captura desse corpo, na maior parte do tempo, era assegurada a pedido da família, mas não necessariamente, posto que:

O internamento, na lei de 1838, pode perfeitamente ser decidido pela autoridade prefetoral, sem que ela tenha sido acionada pela família. Em todo caso tendo ou não sido acionada pela família, é sempre a autoridade prefetoral, coadjuvada pela autoridade médica, que em última instância deve decidir sobre o internamento de alguém (FOUCAULT, 2006, p. 120).

O diagnóstico definitivo da loucura, portanto, só podia ser sacramentado a partir de uma perícia feita por alguém que recebeu qualificação da autoridade civil. O louco já não possui estatuto em relação ao campo familiar, mas no interior de um campo denominado por Foucault (2006) de técnico-administrativo ou médico-estatal, constituído pela associação do saber e poder psiquiátricos, e do inquérito e do poder administrativos.

Nesse momento, o louco emerge como um inimigo, um perigo para a sociedade e não mais como aquele que pode comprometer, por em risco os direitos, riquezas e privilégios de uma família. Na perspectiva Foucaultiana, é o inimigo social, designado pelo mecanismo da Lei de 1838 e, com isso, pode-se dizer que a família se vê destituída do controle sobre o mesmo. Essa prevalência do internamento sobre a interdição, do poder científico sobre o poder familiar, tem a finalidade de proteger concomitantemente a vida e os direitos do círculo pessoal.

De fato, durante todo o tempo em que o longo, difícil procedimento da interdição era a peça essencial, assenhorear-se de um louco era, no fim das contas, algo relativamente difícil; e, durante todo esse período, o louco podia efetivamente realizar seus estragos em seu círculo pessoal próprio e, contra esse perigo, seu círculo pessoal direto era exposto às suas fúrias. Era preciso, portanto proteger esse círculo pessoal, donde a necessidade de priorizar o procedimento rápido do internamento em relação ao procedimento longo da interdição. (FOUCAULT, 2006, p. 121).

Castro (2009), ratificando essas ideias de Foucault, afirma que a partir da Lei de 1838, é a internação que será a peça fundamental na condução dos destinos do louco, convertendo-se a interdição numa medida judicial eventual e suplementar. A internação, segundo a referida Lei, consiste em assenhorar-se do corpo do louco, sem o pedido da família, sendo decidida pela autoridade do prefeito acompanhada da autoridade médica que opina acerca do caráter alienado do sujeito em questão.

Nesse contexto, assiste-se ao surgimento de um campo técnico-administrativo, médico-estatal de intervenção, em que:

[...] o louco aparece como um inimigo e um perigo para a sociedade. No contexto dessa lei, trata-se também de proteger a família dos perigos que o alienado representa [...]. Contudo, além da proteção, a lei de 1938 marca uma ruptura entre a família e a internação. Desde o ponto de vista do saber médico, a lei representa também uma ruptura. Jamais se pode curar um alienado no âmbito da família, ela é absolutamente incompatível com a cura. (CASTRO, 2009, p. 354).

Entra em cena, portanto, o poder técnico-estatal, apoderando-se de certas atribuições que eram da família, como pontua Foucault:

[...] Vocês estão vendo que, na medida em que todos os grandes asilos funcionaram já faz cento e cinquenta anos a partir dessa forma jurídica, é importante notar que esta não favorece os poderes familiares; ao contrário, ela destituiu a família dos seus poderes tradicionais. Juridicamente, portanto, ruptura entre o asilo e a família. (FOUCAULT, 2006, p.122)

A tática médica encontrada na disciplina psiquiátrica até o século XX, praticada nos asilos, corroborava com o poder estatal, instrumentalizando-o para destituir a família do poder de responsabilização do cuidado frente ao seu parente enfermo, asseverando que nunca se pode curar um alienado na família, tendo em vista a ideia de que o meio familiar é absolutamente incompatível com a gestão de qualquer ação terapêutica.

Para Foucault (2006), formulações desse princípio podem ser encontradas ao longo de todo o século XIX:

Eu lhes darei uma apenas, a título de referência e de exemplo, porque é antiga e, de certo modo, fundadora. É um texto de Fodéré, datado de 1817, em que ele diz que quem é admitido num asilo ‘entra num novo mundo no qual deve estar inteiramente separado dos parentes, amigos e conhecidos’. E um texto mais tardio, de 1857, que cito porque vai nos servir de referencial (temos aí uma clivagem importante). ‘Aos primeiros albos da loucura, separem o doente da sua família, dos seus amigos e do seu lar. Ponham-no imediatamente sob a tutela da arte’. Logo nunca se pode curar um alienado na sua família (FOUCAULT, 2006, p. 122-123).

Explicita-se aqui a ideia de que o pensamento psiquiátrico da época em questão considerava a família como desnecessária e até mesmo maléfica no tocante ao cuidado para com o doente mental, devendo ser excluída do seu processo de tratamento e legitimando o asilo como instância potencialmente útil e exclusiva para essa finalidade.

Além disso, nessa perspectiva, durante o processo da terapia, da operação médica que deve levar à cura, todo contato com a família era considerado perturbador, perigoso, sendo, portanto, necessário evitá-lo. É o princípio do mundo estrangeiro. O poder disciplinar do asilo deve ser absolutamente estrangeiro em relação ao espaço familiar, por algumas razões apresentadas a seguir:

A primeira é o princípio da distração: Um louco, para se curar, nunca deve pensar na sua loucura. Esquecer sua loucura, não dizê-la, afastá-la do seu espírito, pensar em outra coisa, princípio da não-associação, da dissociação. Logo, se a família deve estar ausente, se o indivíduo louco deve ser colocado num mundo absolutamente estrangeiro, é por causa do princípio da distração. Ou seja, o convívio com a família faz com que o louco pense na sua própria loucura, impossibilitando, desse modo, a sua cura.

A segunda razão é que a família é identificada como sendo, se não a causa, pelo menos a ocasião da alienação, pois, o que vai provocar o episódio da loucura são as contrariedades, as preocupações financeiras, o ciúme amoroso, as tristezas, separações, ruína, miséria, etc.

Considerando que a família é a grande deflagradora e reforçadora da loucura, seria preciso separar, isolar o doente da mesma.

A terceira razão refere-se à noção apresentada por Esquirol, citado por Portocarrero (2002), da “suspeita sintomática”: Esquirol afirma que o doente mental é essencialmente maníaco e acometido de uma “suspeita sintomática”. Isto significa dizer que no processo da alienação mental, o indivíduo vai mudar de humor, suas sensações vão ser alteradas, impressões novas serão experimentadas, não verá as coisas exatamente da mesma maneira, ouvirá vozes sem suporte real, terá alucinações. O doente não compreende a causa dessas mudanças por não saber que está louco e por não conhecer os mecanismos da loucura. Não compreendendo a causa dessas transformações, ele vai buscá-la fora do seu círculo pessoal, associando tudo isso à malevolência dos que o circundam, tornando-se perseguido. A perseguição para Esquirol denominava-se “suspeita sintomática”: espécie de pano de fundo sobre o qual vão se desenrolar as relações do doente com seu círculo pessoal. Desse modo, para romper com essa “suspeita sintomática”, fazer o doente tomar consciência que está doente e que a estranheza das suas sensações vem unicamente do seu mal, seria preciso desconectar a sua existência da dos familiares que o circundam.

A quarta razão apontada pelos psiquiatras para justificar a necessidade de ruptura com a família é o fato de existirem relações de poder que são incompatíveis com a cura da loucura, por duas razões: a primeira diz respeito às relações de poder que, em si, alimentam a loucura, como ilustra Foucault:

Que um pai possa exercer sua vontade tirânica sobre os filhos e sobre o seu círculo pessoal é algo que pertence à trama de poder da própria família, é evidentemente o que vai reforçar o delírio de grandeza do pai. Que uma mulher, em função das relações de poder próprias do espaço familiar, possa legitimamente fazer valer seus caprichos e impô-los ao seu marido, é algo que pertence ao tipo de poder próprio da família, mas que evidentemente só pode alimentar a loucura da mulher. Por conseguinte é preciso privar os indivíduos da situação de poder, dos pontos de apoio de poder que são seus na sua família (FOUCAULT, 2006, p.125).

Mais uma vez, reforça-se a ideia de que o doente deveria ser apartado do seu núcleo familiar para obter a cura do seu transtorno alimentado, nessa perspectiva, no seio daquela estrutura.

A outra razão é que o poder médico é um tipo de poder diferente do poder familiar que, para ser efetivamente exercido, atuar com eficácia sobre o doente, faz-se necessário suspender tudo o que são configurações, pontos de apoio e intermediações próprios do poder familiar.

Essa razão se posicionava totalmente desfavorável à parceria da família com o serviço de saúde mental para promover o tratamento do indivíduo em sofrimento mental.

Em linhas gerais, para Foucault (2006), foram estas as razões encontradas na Psiquiatria da época, por ele denominada protopsiquiatria, para explicar a ruptura terapêutica necessária entre o asilo e a família. Consideramos relevante destacar esses argumentos que posicionam a família como um elemento negativo da cura em certo momento da psiquiatrização, para, comparativamente, analisarmos quais argumentos sustentam contemporaneamente justamente o oposto, o positivo da cura que contempla a participação da família. Este segundo posicionamento sustenta-se no discurso da Reforma Psiquiátrica orientada por uma Luta Antimanicomial com reflexos nos novos modelos de assistência em saúde mental, a necessidade premente da participação familiar no tratamento do doente mental. A que se deve essa virada?

A entrada do doente no asilo quando da protopsiquiatria implicava numa ruptura com a família. Depois de efetuado o ingresso do doente no asilo, analisando como a cura deveria se processar, percebe-se que a família nunca deveria estar envolvida como operador de cura, bem como deveriam ser distanciados quaisquer elementos, disposições, estruturas que, de alguma maneira, pudessem evocar a família para operar a cura.

Foucault (2006) considera que até os anos de 1860, período por ele demarcado como primeiro episódio do poder psiquiátrico, representado por Esquirol e seus sucessores, o que de fato cura no hospital é o próprio hospital: sua disposição arquitetônica, a organização do espaço, a maneira como os indivíduos são distribuídos nesse espaço, como se circula por ele, como se olha e se é olhado nele, tudo isso é que teria valor terapêutico em si. O destaque dado à supremacia do próprio asilo, o modelo hospitalocêntrico: o hospital, por si mesmo e com as características que lhe são inerentes, tem o poder de curar independente e necessariamente desconectado do ambiente doméstico/familiar.

Quanto ao asilo, o autor situava sua função da seguinte forma:

Qual poderá ser então o papel do asilo neste movimento de volta às condutas regulares? Certamente ele terá de início a função que se confiava aos hospitais no fim do século XVIII. Permitir a descoberta da verdade da doença mental, afastar tudo aquilo que, no meio do doente, possa mascará-la, confundí-la, dar formas aberrantes, alimentá-la e também estimulá-la. Mais ainda que um lugar de desvelamento, o hospital, cujo modelo foi dado por Esquirol, é um lugar de confronto. A loucura, vontade perturbada, paixão pervertida, deve aí encontrar uma vontade reta e paixões ortodoxas [...] (FOUCAULT, 1996, p.121).

O hospital era então definido como o lugar de eclosão da verdadeira doença e que o doente deixado em liberdade, em seu meio, na sua família, com seu regime, hábitos, ilusões

etc., não tinha competências descritivas da doença tal como ela é. Ou seja, essa doença era mascarada, impedindo que sua verdadeira natureza se revelasse para que fosse adequadamente diagnosticada e tratada.

Nesse debate, Foucault (1996) lembra que, antes do século XVIII, a loucura não era internada, posto que era considerada como uma forma de erro ou ilusão e que os lugares reconhecidos como terapêuticos eram a natureza e o teatro. As prescrições dadas pelos médicos eram a viagem, o passeio, o repouso, o retiro. Além disso, utilizava-se o teatro, na perspectiva de apresentar ao doente a comédia de sua própria loucura colocando-a em cena, emprestando-lhe um instante de realidade fictícia.

A prática do internamento, no começo do século XIX, coincide com o momento em que a loucura é representada menos com relação ao erro e, agora, muito mais com relação à conduta regular e normal. Nesse momento, a loucura não aparece mais como julgamento perturbado, mas como desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões e de ser livre. Ou seja, ao invés de se inscrever no eixo verdade-erro-consciência, passa a se inscrever no eixo paixão-vontade-liberdade. Ora, a família é o lugar de ebulição dessa segunda tríade. Portanto, o tratamento dessa loucura consiste, agora, no internamento, sendo o hospital o espaço adequado, propício e legitimado para a contenção dessa paixão, dessa vontade e dessa liberdade produtoras de adoecimento e potencializadas pelo meio em que o doente estava inserido, notadamente o familiar. Na reflexão Foucaultiana, tudo isso remete a um sistema psiquiátrico no qual a família não desempenha absolutamente qualquer papel, como se pode notar:

[...] Não só a família foi asseptizada, excluída desde logo, mas nada no que se supõe ser a operação terapêutica do aparelho asilar lembra no que quer que seja a família. E o modelo em que se pensa, o modelo que funciona é evidentemente muito mais o modelo da oficina, o modelo das grandes explorações agrícolas de tipo colonial, é a vida de quartel com suas paradas, suas inspeções. (FOUCAULT, 2006, p.133).

Era com essa lógica que os hospitais da época funcionavam. O panóptico como sistema geral de inspeção, de olhar incessante, de vigília, sem a participação da família. Portanto, um tipo de coerção inteiramente extrafamiliar. No asilo, nada lembrava a organização do sistema familiar, mas sim o modelo militar da oficina, da escola, do quartel: revista, inspeção, enfileiramento no pátio, olhar do médico. É dessa forma que funcionava o asilo até 1850.

Caponi (2009), fazendo uma leitura das reflexões de Foucault (2006), assevera que o asilo nessa época estava a serviço do poder técnico-estatal, centrado, sobretudo, na figura do médico, o mestre da loucura. Nesse espaço, o que se colocava em jogo era a produção e a



terapeutização da doença mental a partir de certas estratégias de poder que não incluíam a família, uma vez que no manicômio permite-se que:

Se articulem magistralmente dois problemas sociais: a garantia de hegemonia da ordem social (que exige ser protegida contra a ameaça de desordem) com certas exigências de cura que falam da eficiência terapêutica do isolamento e do encerramento. (CAPONI, 2009, p.100).

Portanto, o que está em relevo nesse momento é o poder disciplinar, impondo classificações nosológicas, definindo a normalidade e a patologia, impondo mecanismos de saber-poder do médico sobre o paciente e sua família e prescrevendo as terapêuticas consideradas eficazes, notadamente as centradas na exclusão e no isolamento.

Caponi (2009, p.102) reitera que uma releitura a posteriori de Foucault (2006) permite compreender que: “[...] A psiquiatria centrada em estratégias de poder tais como o interrogatório e o encerramento, fala de um excesso de poder por parte do médico”. Esse poder se manifestava no isolamento punitivo, na subjugação do alienado, nas práticas disciplinares. Segundo a autora:

O psiquiátrico será esse lugar onde a vontade perturbada, as condutas indesejadas, as paixões pervertidas se defrontam com a retidão da moralidade socialmente esperada. Entre vontade e terapêutica se estabelece um processo de oposição, de luta, de dominação. Como afirma Esquirol: é necessário subjugar o caráter inteiro de certos doentes, vencer suas pretensões, dominar seu orgulho (CAPONI, 2009, p.100).

Esse lugar, porém, não incluía a família como um elemento positivo para a terapêutica e sim negativo, um meio perturbador para o estabelecimento dessa ordem, desse disciplinamento normativo de condutas morais prescritas para o louco, diferentemente da fase posterior, denominada por Foucault (2006) “a familiarização do asilo” que passo a analisar no item que segue.

### **2.1.2 A familiarização do asilo**

Por volta dos anos 1850-1860, começa a ser formulada a ideia de que o louco deve ser posto num meio análogo à família, embora este meio não seja propriamente a família. De todo modo, concebe-se um espaço que acolhe o louco dotado desses elementos “quase familiares” que, inversamente ao cenário anterior, possui um valor terapêutico, sendo um modelo a partir

do qual se pode construir certa ortopedia psicológica e moral, inclusive fora do hospital psiquiátrico. (FOUCAULT, 2006).

As casas de saúde, a exemplo da clínica de Brierre de Boismont, no Faubourg Saint-Antoine, eram organizadas, modeladas com base na família, isto é, com um pai e uma mãe de família: vivem todos na mesma casa, fazem juntos as refeições e compartilham sentimentos familiares. A reativação do sentimento familiar e o investimento de todas as funções familiares dentro da clínica vão se constituir no operador da cura. Ruptura radical do delineamento do perfilamento da família no contexto imediatamente anterior.

Essa quase família desempenhava um papel de sobre e subfamília: Sobrefamília na medida em que representa a família ideal, que funciona em estado puro, exercendo a função ortopédica que lhe é atribuída. Subfamília, considerando que seu papel é de se apagar diante da verdadeira família, de só ativar os sentimentos de tipo canonicamente familiar para que a verdadeira família seja a beneficiária destes.

Embora a casa de saúde burguesa, familiarizada, funcionasse com base no modelo familiar, seria necessário que a família exercesse seu papel, ou seja, designasse os que são loucos e apontasse: aqui está dentre nós o louco, o anormal, que depende da medicina. Na análise Foucaultiana, de um lado havia a familiarização do meio terapêutico nas casas de saúde e, de outro, a disciplinarização da família, que a partir desse momento vai se tornar a instância de anomalização dos indivíduos, como se pode verificar na seguinte reflexão:

Enquanto a família soberana não levantava a questão do indivíduo anormal, mas da ordem hierárquica dos nascimentos, da ordem das heranças, das relações de fidelidade, de obediência, de preeminência que havia entre uns e outros – ela se ocupava do nome e de todas as subfunções do nome, a família assim disciplinarizada vai começar a substituir essa função soberana do nome pela função psicológica da designação do indivíduo anormal, da anomalização dos indivíduos (FOUCAULT, 2006, p.143).

Nesse sentido, a família se torna uma microcasa de saúde que controla a normalidade ou a anomalia do corpo e da alma, pelo exercício de controle de tipo disciplinar no interior da família.

No referido trabalho, Michel Foucault afirma que os abalos que sacudiram a psiquiatria desde o fim do século XIX colocaram essencialmente em questão o poder do médico e seu efeito sobre o doente, seu saber e a verdade daquilo que dizia sobre a doença. Ele assim analisa:

Digamos mais exatamente que de Bernheim a Laing ou a Basaglia, o que foi questionado é a maneira pela qual o poder do médico estava implicado na

verdade daquilo que dizia, e inversamente, a maneira pela qual a verdade podia ser fabricada e comprometida pelo seu poder. Cooper disse: a violência está no cerne do nosso problema. E Basaglia: a característica destas instituições (escola, usina, hospital) é uma separação decidida entre aqueles que têm o poder e aqueles que não o têm. (FOUCAULT, 1996, p. 123-124).

Ou seja, todas as grandes reformas, não só da prática psiquiátrica, mas do pensamento psiquiátrico, para Foucault (1996), se situam em torno das relações de poder, configurando-se em tentativas de deslocar, mascarar, anular ou até mesmo eliminar este poder concentrado ora nas mãos de um, ora nas mãos de outro ator social. Na visão do autor, a psiquiatria moderna é atravessada pela antipsiquiatria que recoloca em questão o papel do psiquiatra, antes encarregado de produzir a verdade da doença no espaço hospitalar.

No cerne da antipsiquiatria existe uma luta com, dentro e contra a instituição. Foucault (1996) afirma que quando no começo do século XIX foram instaladas as grandes estruturas asilares, o isolamento do louco era justificado por Esquirol, a partir de cinco principais razões: garantir a segurança pessoal dos loucos e de suas famílias; liberá-los das influências externas; vencer suas resistências pessoais; submeter-lhes a um regime médico e impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais. Todas essas razões remetem a uma questão de poder: dominar o poder do louco, neutralizar os poderes que de fora possam se exercer sobre eles, estabelecer um poder terapêutico e de adestramento, de “ortopedia”. A antipsiquiatria vai colocar em questão a instituição como lugar, forma de distribuição e mecanismo dessas relações de poder. No contexto do internamento, a exemplo, o poder do médico diminui o poder do doente, posto que, uma vez estando internado, passa a ser um cidadão sem direitos, entregue às determinações do médico e da equipe de saúde.

Foucault, situando o papel da antipsiquiatria na reação, no contracontrole a esse exercício do poder psiquiátrico, afirma:

É este círculo que a antipsiquiatria pretende desfazer, dando ao indivíduo a tarefa e o direito de realizar sua loucura levando-a até o fim numa experiência em que os outros podem contribuir, porém jamais em nome de um poder que lhes seria conferido por sua razão ou normalidade; mas sim destacando as condutas, os sofrimentos, os desejos de estatuto médico que lhes tinham sido conferidos, libertando-os de um diagnóstico e de uma sintomatologia que não tinham apenas valor classificatório, mas de decisão e de decreto, invalidando enfim a grande retranscrição da loucura em doença mental, que tinha sido empreendida desde o século XVII e acabada no século XIX. (FOUCAULT, 1996, p. 127-128).

A antipsiquiatria, na ótica de Foucault (1996), coloca em relevo, essencialmente, no campo das reformas psiquiátricas a questão do poder médico legitimado por um saber, um conhecimento que produz uma verdade sobre a loucura.

Rabinow e Dreyfus (1995), ao analisarem as tecnologias do poder, afirmam que as mesmas operam estabelecendo uma definição de objetivos e procedimentos que assumem a configuração de manifestos e reúnem exemplos de como um domínio bem ordenado de atividade humana deveria ser organizado.

Para os autores supracitados:

Estes modelos, como o Panopticon e o confessional, definem imediatamente o que é normal; ao mesmo tempo, definem as práticas que ficam fora do sistema como um comportamento desviante que deve ser normalizado [...] a tecnologia disciplinar funciona para estabelecer e preservar um conjunto gradativamente diferenciado de anomalias, que é o próprio modo pelo qual amplia seu saber e poder para domínios cada vez mais abrangentes. (RABINOW; DREYFUS, 1995, p.217).

Torrano (2007), refletindo sobre as ideias de Foucault no que tange às tecnologias do poder no universo das práticas psiquiátricas tradicionais ou reformadas, afirma que: “[...] todo e qualquer conhecimento está sempre imbuído de poder, de tal forma que um não pode ser dissociado do outro. O saber provoca efeitos de verdade e, em contrapartida, jogos de verdade conferem poder a uma prática” (TORRANO, 2007, p.7).

Caponi (2009), ao se referir às práticas de psiquiatria reformada, propõe que há certa atualização do tradicional poder psiquiátrico que se manifesta, porém, assumindo novas formas, como podemos notar na citação seguinte:

Em lugar de docilizar pelo encerramento físico manicomial, dociliza-se pelo encerramento químico, pelo isolamento que impõe o uso de psicofármacos que modelam os hábitos e as condutas, que dominam os pensamentos e os delírios, que minimizam os riscos de violência, mas que ao mesmo tempo, exigem um custo muito elevado. O custo de perpetuar a ideia da psiquiatria clássica de ausência do corpo do louco. Só quando imaginamos essa ausência de corpo podemos compreender que sejam legitimados os graves efeitos secundários e indesejados dessas drogas, tais como a impotência, o sono, a fadiga permanente, a dor física, a insensibilidade corporal (CAPONI, 2009, p.103).

Diante dessa constatação, a autora entende que deveríamos discutir o papel da psiquiatria nesses novos espaços de atendimento, observando que ainda se perpetuam velhos instrumentos de poder, a exemplo do interrogatório, do uso de drogas e atribuição de um

diagnóstico binário louco-não louco. Além disso, ela propõe uma análise do papel que o corpo, a moralidade, as paixões ocupam no atual discurso psiquiátrico.

Seguindo essa direção reflexiva, questiono: e qual o papel ocupado pela família no atual discurso psiquiátrico? Pretende o movimento contemporâneo de Reforma Psiquiátrica, orientado por uma Luta Antimanicomial e de desmedicalização, despsiquiatrização da loucura, uma transferência de poder sobre o louco para as famílias?

Na perspectiva de elucidar essas questões discutirei, no próximo tópico, as relações família e serviços de saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, no modelo psicossocial.

## 2.2 A FAMÍLIA NOS NOVOS MODELOS DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Ao analisar a história da relação da família com os serviços de saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, Rosa (2003) demarca três momentos: o primeiro, que vai da emergência da sociedade burguesa ao período que antecede a Segunda Guerra Mundial, quando surgem o modelo assistencial hospitalocêntrico e a Psiquiatria. Nesse contexto, a relação da família com o Portador de Transtorno Mental (PTM)<sup>1</sup> é mediatizada pelo sistema asilar que prescreve o isolamento social, excluindo a família da abordagem terapêutica e limitando o seu papel ao de informante e visitadora. No segundo período, que se estende do pós-Segunda Guerra Mundial até fins da década de 1970, a psiquiatria inicia um movimento de saída dos espaços asilares e vai à comunidade, propondo-se a intervir nos grupos sociais. Nesse cenário, a família passa a ter uma visibilidade em suas relações internas e é identificada como o grupo que cria e alimenta o transtorno mental por sua organização autoritária e simbiótica. Ou seja, a família tende a ser culpabilizada pela emergência de um portador de transtorno mental, tornando-se, então, objeto de intervenções terapêuticas. No terceiro período, que vai do final dos anos 1970 até a contemporaneidade, a análise da relação entre o portador de transtorno

---

<sup>1</sup> O termo Portador de Transtorno Mental (PTM), aqui empregado, refere-se à Lei 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Entretanto, esta tese pretende discutir o novo modelo de assistência à saúde mental pautada na humanização e inspira-se na noção de pessoa em sofrimento mental, tendo em vista que o conceito de portador se refere à pessoa que porta algo e que pode ser dispensado em algum momento, não sendo algo constitucional da existência humana, mas, como afirma Dalmolin (2006), essa experiência é uma condição humana inerente à vida, geradora de sofrimento e que produz determinadas rupturas entre o mundo interno e o externo, o dentro e o fora, provocando um descompasso entre o que é vivido pela pessoa e o que se espera dela naquela cultura, naquele momento social.

mental e a família é complexificada, coexistindo ou articulando-se várias perspectivas teóricas no intuito de melhor compreender as particularidades dessa relação. Socialmente, num contexto da valorização da solidariedade e da parceria comunitária, a família é revalorizada como um lugar de cuidado e afeto.

Nesse estudo, privilegio uma discussão sobre o terceiro período apontado por Rosa (2003), o pós 1970, pelo fato de o mesmo contemplar, segundo a autora, a partir de diversas perspectivas teóricas, a complexidade das relações entre família e serviços de saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. Além disso, de acordo com Sidrim (2010), o pós 1970 configura-se como um período de suma importância na trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil pelo fato de ter sido marcado pelo processo de redemocratização, face ao fim da ditadura militar. Os movimentos sociais se reorganizaram, inclusive no campo da saúde mental. A estrutura asilar psiquiátrica, tanto no aspecto físico quanto das condições de trabalho para os funcionários, foi ainda mais deteriorada, provocando crescente insatisfação entre profissionais de hospitais psiquiátricos. Em 1978, os profissionais das quatro unidades da então Divisão Nacional de Saúde Mental – Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho deflagraram um movimento de greve que:

[...] propiciou organização dos trabalhadores que, para além de pautas específicas, relacionadas às condições de trabalho, compartilharam insatisfações com a prática psiquiátrica em vigor e inauguraram movimento em prol da reformulação da assistência psiquiátrica. Assim nasceu o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). (SIDRIM, 2010, p. 38).

Amarante e colaboradores (1995) ainda pontuam que o pós 1970 foi marcado por eventos de suma importância no processo da reforma psiquiátrica brasileira, tais como: o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, realizado em 1978 no Rio de Janeiro; o I Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em 1979 em São Paulo; e o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em 1980 em Salvador-Bahia. Sidrim (2010) justifica a relevância desses eventos, pontuando:

[...] Deles, o primeiro, por contar com a participação de teóricos, vinculados ao pensamento crítico em saúde mental, tais como Franco Basaglia, Félix Guattari, Robert Castel e Erving Goffman; o segundo por favorecer articulação desse movimento com outros movimentos sociais organizados, como aqueles em prol da anistia política; e o terceiro, por favorecer o aparecimento da defesa dos direitos humanos dos pacientes, tendo como porta voz, grupos de direitos humanos, atores ainda inéditos neste processo. (SIDRIM, 2010, p. 38-39).

Entretanto, para Vasconcelos (1997), a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 em Brasília, foi o evento que, mais intensamente, favoreceu a reorganização da saúde na perspectiva da Reforma Sanitária e impulsionou politicamente a Reforma Psiquiátrica. Como consequência da organização política viabilizada nesse encontro nacional, outros eventos se sucederam: a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987; o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru (SP), também no ano de 1987, sob a bandeira “Por uma sociedade sem manicômios”, que agregou, além de técnicos da saúde mental, outros segmentos sociais como usuários, familiares, intelectuais e outros membros da sociedade civil sensíveis à causa.

Pitta (2011), ao fazer um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), considera que, apesar das divergências entre teóricos acerca do lugar, tempo e atores que desencadeiam a RPB, parece ser consenso que o processo de democratização do País no final dos anos 1970, com a efetiva participação dos movimentos sociais no sentido de transformar políticas e instituições desumanas marca o seu ponto de partida. Esses movimentos sociais se insurgiam contra a Ditadura Militar, a “indústria da loucura” e a não democracia.

A autora supramencionada propõe uma cronologia, situando eventos marcantes da RPB, como processo político e social de complexidade ímpar, que resumidamente podem ser assim descritos: a década de 1970 – período da denúncia – o modelo de assistência aos doentes mentais no Brasil era predominantemente asilar-manicomial, com expansão das internações psiquiátricas. Fase da “indústria da loucura”, em plena Ditadura Militar, em que se construíam manicômios cada vez mais lucrativos financiados por recursos públicos. Vale ressaltar que, no final dessa década, o movimento pelas reformas na assistência em saúde mental já caminhava ao lado dos movimentos sociais de usuários e familiares.

A década de 1980, denominada por Pitta (2011) como “tempos de fazejamentos”, foi marcada por acontecimentos importantes, tais como: o Encontro Brasileiro da Rede de Alternativas à Psiquiatria, em 1983, em Belo Horizonte (MG); o I Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental de São Paulo, em 1985; o Congresso de Trabalhadores de Bauru, em 1987 e a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreu na cidade do Rio de Janeiro, em 1987, sendo considerada “pioneira e tutelada”, uma vez que foi organizada pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, sem a participação dos usuários, familiares, trabalhadores e sociedade civil. Ainda no ano de 1987, foi inaugurado o CAPS Luiz da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo, considerado, nas palavras da autora,

Como “marco inaugural” de um modo de cuidar que considera o sujeito em sofrimento como estruturante de uma “clínica ampliada” que o articula no seu território e não o enclausura para tratá-lo. Tal clínica teve na psicanálise, no uso racional dos fármacos e nas práticas de inclusão social, o seu tripé de funcionamento. Tornou-se o exemplo de um novo modelo de cuidado em Saúde Mental, construindo um modo de cuidar, sobretudo de pessoas psicóticas, mas também de não psicóticas, das suas famílias, de suas moradias, de suas artes, do seu trabalho, da sua renda... no território(PITTA, 2011, p. 4.585).

Na década de 1980, merece ainda destaque a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, um manicômio, pela administração municipal da cidade de Santos, em São Paulo, inaugurando a construção da política de saúde mental daquele município. Além disso, em 1989, foi apresentado Projeto de Lei nº 3.657/89 pelo deputado Paulo Delgado (PT-MG), com três proposições básicas: impedimento da construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo Poder Público, o direcionamento dos recursos públicos para criação de dispositivos não-manicomiais de tratamento e obrigatoriedade da comunicação de internações compulsórias a Poder Judiciário. O referido Projeto foi posteriormente batizado como a Lei da Reforma Psiquiátrica, sendo aprovado e homologado pelo Presidente da República somente em abril de 2001.

Reportando-se à década de 1990, Pitta (2011) lembra que nesse período houve uma incorporação do Movimento da Luta Antimanicomial ao processo da RPB, a partir do seu I Encontro, em Salvador-Bahia, no ano de 1993, constituindo-se em decisivo fator para a consolidação de um projeto de reorientação de assistência em saúde mental no País, culminando na aprovação da Lei Federal 10.216/2001 (ANEXO A). A pesquisadora destaca que, em 1992, em Brasília, ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental, denominada “democrática”, considerando a ampla participação dos segmentos sociais implicados, sendo que 20% dos delegados foram usuários e familiares.

Sobre os anos 2000, a autora assim se pronuncia:

Pode-se dizer que o avanço mais consistente da reforma psiquiátrica brasileira acontece nessa década. Um arcabouço normativo importante trata da expansão da rede comunitária e do controle dos hospitais, onde as Portarias 336 e 189 expandem os CAPS e duas Portarias, 106 e 1.220, ambas de 2000, instituem os “Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)” a fim de viabilizar a reinserção social na comunidade dos moradores de hospitais cronicamente internados. Aliadas às portarias que deram existência institucional aos CAPS e NAPS (336/2001), se constituem em importantes instrumentos normativos da Reforma. Começa então a era mais vigorosa para a gestão da política de saúde mental no Brasil (2000-2011) onde uma equipe dedicada, sob a coordenação de Pedro Gabriel Delgado, liderança respeitada da luta antimanicomial,geriu de forma competente os interesses da Reforma Psiquiátrica,por uma década.(PITTA,2011,p. 4.586).



No ano de 2001, acontece a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, também caracterizada por ampla representação dos diversos segmentos envolvidos. Essa Conferência ocorre sob a égide da Lei 10.216/2001, discutindo proposições cruciais de uma agenda inadiável no processo da RPB, quais sejam: reorientação do modelo de assistência em saúde mental, efetivando a substituição progressiva do modelo asilar/manicomial por uma Rede de Atenção Psicossocial potente e coadunada com a garantia de direitos e cidadania dos usuários que padecem de transtornos mentais, garantia de equidade do acesso, enfrentamento dos preconceitos, estímulo à autonomia e protagonismo social.

Mas, e a participação da família em todo esse processo de construção de reformas na saúde mental e proposições de reorientação de modelo assistencial?

Parece que, contemporaneamente ao tempo de Reforma Psiquiátrica, o tema família e o cuidado com a pessoa em sofrimento psíquico assumem lugar de destaque, posto que se constituem grande desafio para os atores sociais envolvidos na questão como os familiares, os próprios usuários, os operadores da saúde mental e as instituições de saúde que se pretendem substitutivas ao modelo asilar, hospitalocêntrico, uma vez que põe em discussão o grande desafio do cuidar em liberdade.

Para Melman (2008), a desospitalização e o movimento de crítica e reforma na Psiquiatria, configuraram uma nova realidade na qual um número crescente de pessoas passou a ser assistido em serviços extra-hospitalares e, como consequência, novos elementos foram introduzidos no campo de negociações entre famílias e o campo da saúde mental, obrigando as partes implicadas a rediscutirem as bases de uma nova relação.

Situando as finalidades da Reforma Psiquiátrica, sobretudo no que diz respeito ao lugar a ser ocupado pelo louco na sociedade, seu estatuto social, protagonismo e autonomia, acesso às terapêuticas disponíveis e locais de tratamento da Rede Assistencial, os autores Neme e Rodrigues (2003), assim se posicionam:

A Reforma Psiquiátrica propõe transformar o modelo assistencial em saúde mental e construir um novo estatuto social para o louco, o de cidadão como todos os outros. Não pretende extinguir o tratamento clínico da doença mental, mas, sim, a prática do internamento como forma de exclusão social dos indivíduos portadores de transtornos mentais. Para isso propõe a substituição do modelo manicomial pela criação de uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial de base comunitária. Nesse novo modelo de cuidados, os usuários dos serviços têm à disposição equipes multidisciplinares para o acompanhamento terapêutico. Adquirem, também, o status de agentes do próprio tratamento e o direito de se organizarem em associações que podem se conveniar a diversos serviços comunitários, promovendo a inserção social de seus membros. (NEME; RODRIGUES, 2003, p. 179).

A Reforma Psiquiátrica, portanto, orientada por uma Luta Antimanicomial, pautada em propostas de “desinstitucionalização” e de severas críticas ao internamento e ao modelo asilar, convoca a família a se responsabilizar pelo cuidado com o ente portador de transtorno mental. Porém, questões conflituosas surgem, tendo em vista os encargos, impactos e dificuldades decorrentes dessa proposta.

Essa temática ganha relevância acadêmica nos anos 1990, no movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, mas ainda de maneira tímida, posto que, é nesse momento que a família passa a se constituir como ator político no interior desse movimento. Apesar disso, a família continua a cuidar independentemente de uma visibilidade pública. Nesses anos, cresce o número de pesquisas sobre a relação da família com a pessoa em sofrimento mental orientadas pelos debates suscitados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica apontando para o fato de que a família assume um lugar de provedora maior de cuidado, posto que os serviços de saúde atuam sobre os momentos de crise, tratando pontualmente, mas não prestando cuidados contínuos.

Melman (1998), ao analisar a atuação desse CAPS, em sua dissertação de mestrado, afirma que o serviço redirecionou a demanda de cuidados do doente mental para os familiares e sua rede de sociabilidade com ênfase para os cuidadores.

Rosa (2003) também se referindo ao CAPS Luís Rocha Cerqueira, no que tange à inserção dos familiares no contexto do tratamento dos usuários, informa:

A inovação dessa abordagem decorre dos deslocamentos que promove da sintomatologia e do diagnóstico para as repercussões do transtorno mental sobre as relações sociais e para a subjetividade dos familiares, mobilizando recursos, criando novas redes de sociabilidades a partir da vivência comum, inventando novas referências em saúde mental e novos laços com os serviços que são ressignificados. Descentra o olhar sobre e a partir da família para outros territórios e assim abre novas possibilidades de acolhida, reconstrução e criação de novas relações sociais, novos sentidos, novas representações, novas formas de ser e estar no mundo, e como protagonista no processo de produção de serviços assistenciais públicos, de forma integrada, e de ação junto à política de saúde mental. (ROSA, 2003, p. 83).

A elaboração de grupos de discussão e informação, de grupos psicoterapêuticos voltados para a família foi um dos passos na direção de uma maior interação do serviço com a instituição familiar.

Pereira (2002) relata que foi com o advento da greve dos profissionais de saúde do Estado de São Paulo, em 1990, que os familiares dos usuários daquele CAPS empreenderam um início de participação efetiva no serviço de saúde mental. Naquela oportunidade, fundou-se

a Associação Franco Baságlia que se tornou um importante dispositivo de integração dos familiares e de responsividade às suas demandas. A referida Associação voltou-se para a busca, por meio de reuniões e elaboração de estratégias, de estimular a participação mais efetiva dos familiares. Naquela Associação:

Formou-se então o Núcleo Familiar na entidade, que se responsabilizou pela organização de reuniões mensais, em que os participantes conversavam, trocavam experiências, ouviam palestras, assistiam a vídeos, planejavam atividades, etc. Com o tempo percebeu-se a necessidade de que houvesse estratégias mais efetivas para envolver os familiares, e em março de 1993, aconteceu a primeira reunião do grupo de familiares no CAPS. O Grupo de familiares se dividiu em dois trabalhos: A reunião de Projetos e o Grupo Terapêutico (PEREIRA, 2002, p.257).

Essa experiência do Grupo de Familiares possibilitou aos profissionais do CAPS perceber a importância do espaço de troca de experiências como um primeiro passo para a intervenção em questões ligadas ao estresse familiar ao lidar com a loucura, o preconceito e o desconhecimento em torno do assunto que têm como consequência o isolamento social, os sentimentos de frustração e impotência desses familiares frente ao adoecer psíquico.

Naquela oportunidade, a troca de experiências entre os familiares foi descrita pela autora como uma “ferramenta valiosa” para ampliar a capacidade dos familiares para lidarem com o portador de transtorno mental agora num contexto de desospitalização, em um serviço considerado substitutivo ao hospital psiquiátrico.

Pereira (2002) considera que a importância dessa experiência reside no caráter de modelo que assume para os operadores da saúde mental que objetivam tornar realidade os ideais de uma Reforma Psiquiátrica Brasileira ampla que conte com a participação de profissionais, usuários, familiares e outros segmentos da sociedade. Além disso, ela entende que a ampliação dessas abordagens para outras instituições similares ao CAPS Professor Luís Rocha Cerqueira, é de suma importância por privilegiar o apoio aos familiares no que concerne aos desafios sociais, culturais e econômicos inerentes ao lidar cotidiano com uma pessoa em sofrimento psíquico.

Nesse contexto, para a autora:

[...] a família passa a ser mais que um receptor de intervenções por parte dos profissionais, torna-se um agente ativo no próprio processo de apoio psicossocial, no desenvolvimento de projetos e no planejamento e avaliação dos próprios serviços, vindo a interferir, inclusive, na própria política de assistência psiquiátrica [...] (PEREIRA, 2002, p. 259).

Ratificando essa ideia, Rodrigues, Gonze e Benfca (2010) afirmam que o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a consequente modificação do modelo de assistência em saúde mental, permitiram maior inclusão da família, ao tempo em que lhe possibilitou desempenhar papel ativo no processo de reabilitação dos pacientes portadores de sofrimento mental, transformando-a em elemento estratégico e privilegiado das intervenções de reabilitação e reinserção psicossocial dos pacientes.

Rosa (2002), ao discutir sobre a dinâmica e o percurso da relação entre a família, os serviços psiquiátricos e o portador de transtorno mental, faz a seguinte distinção entre o modelo tradicional e os atuais serviços substitutivos de assistência em saúde mental:

Os serviços tradicionais do manicômio são estruturados com base no internamento em tempo integral e na abordagem predominantemente maciça, medicamentosa e centrada na figura do médico, delimitando sua ação sobre a família de forma pontual, particularmente no ato da internação, quando lhe é solicitado prestar informações sobre as características do portador de transtorno mental e da evolução de seu quadro clínico. A família é encarada como uma unidade separada do enfermo e por isso é excluída da intervenção terapêutica [...]. Os novos serviços (centros de atenção psicossocial, lares abrigados, pensões protegidas, hospital-dia, hospital-noite etc.), construídos no cerne do movimento da reforma psiquiátrica brasileira, calcados na internação parcial, no trabalho em equipe e na abordagem grupal, procuram resgatar a complexidade do transtorno mental, buscam construir novas formas de relação entre a sociedade e a loucura e, com isso, contribuem para a construção de novas práticas e novas representações sobre a loucura. Visam incluir a família em sua abordagem, executando um trabalho educativo de esclarecimento, de capacitação, dividindo com ela o ônus dos cuidados, à medida que nos Centros de Atenção Psicossocial o portador de transtorno mental passa o dia todo (ROSA, 2002, p. 280-281).

Para a autora supracitada, a família tende a representar o modelo da psiquiatria tradicional com suas instituições de natureza manicomial, o destino social e de cura considerado como de excelência para o portador de transtorno mental.

Por outro lado, Rosa (2002) observa que a atenção diferenciada dos novos modelos de atenção, modifica a relação da família com os serviços e com os familiares, posto que, à medida que a família é incluída na abordagem do serviço, passa a compreender melhor a natureza do transtorno, tornando-se mais sensível para aceitar o paciente em casa, aprendendo a lidar com sua “sintomatologia”, como se pode notar na seguinte citação da pesquisadora:

O que se pretende mostrar, portanto, são as alterações que a abordagem do serviço pode desencadear nas atitudes dos familiares. Há uma pedagogia institucional que interfere e de certa forma modifica a relação da família com o portador de transtorno mental. Evidencia-se, desse modo, que, se a família abandona o portador de transtorno mental é porque também foi abandonada pelos serviços assistenciais e, conseqüentemente, pelo Estado (ROSA, 2002, p. 282).

Para Gonçalves (1999), a Reforma Psiquiátrica no Brasil configura-se como um movimento histórico de caráter político, social e econômico que apresenta como uma das vertentes principais a desinstitucionalização com o conseqüente desmonte do manicômio e sua progressiva substituição por práticas que visam resgatar a cidadania do doente mental, sendo que esse resgate passa necessariamente pela convocação da família a ser partícipe na reabilitação psicossocial da pessoa com sofrimento psíquico.

Vale ressaltar, contudo, que o conceito de desinstitucionalização proposto pela autora supracitada não se restringe à substituição do hospital por modelos alternativos, mas, antes, envolve questões de natureza jurídico-política, sociocultural e ideológica. Dentre essas questões, situamos os enfrentamentos da família com os serviços de saúde mental e vice-versa, no tocante a situar as responsabilidades com o doente mental.

Corroborando com essa reflexão, Cerveny afirma que:

Esse contexto que transcende a ideia de simplesmente realizar a (des) hospitalização, na prática, trouxe efetivamente problemas de diversas ordens, ou seja, nesse percursotransitório para uma nova organização assistencial, as primeiras ações concretas se deram pela diminuição das internações em hospitais psiquiátricos e pela busca de criar recursos assistenciais de caráter extra-hospitalar. Em consequência, houve uma intensificação das exigências de comprometimento da família que tem um dos seus membros adoecido, o que modifica significativamente sua trajetória de participação neste processo assistencial. Esse processo traz à tona a emergência da solicitação da participação da família até os dias atuais. (CERVENY, 2004, p. 151).

Nesse sentido, defende-se a ideia de que o que se espera da reforma não é apenas a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, mas o respeito à sua subjetividade e dignidade, à sua autonomia e à possibilidade de reintegração do mesmo à família e à sociedade.

A partir das novas propostas, estigmatizar, excluir e recluir os loucos passaram a ser representadas como atitudes absolutamente condenáveis. Contudo, há que se questionar também a responsabilização das famílias, como se elas tivessem a capacidade de resolver as demandas geradas pela convivência e cuidados cotidianos com o doente mental.

Segundo Rosa (2003), o lugar da família no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira é reforçado no âmbito da responsabilidade do provimento de cuidado com o doente mental, apontando-a como a principal encarregada de cuidar, embora deva contar com a parceria e o apoio dos serviços de saúde mental.

Contudo, a partir da revisão da literatura consultada para a produção deste trabalho, não encontrei dados suficientes que dessem conta de assegurar que é a criação dos novos modelos de assistência em saúde mental, notadamente os CAPS, que de fato reposiciona o lugar da família como recurso de apoio para intervenção no provimento de cuidado ao portador de transtorno mental. Portanto, essa é uma questão que merece aprofundamento, sobretudo a partir da escuta dos próprios familiares, do que eles têm a dizer sobre a questão e como eles representam os modelos e serviços de atenção em saúde mental.

Rosa (2003), fazendo uma contextualização histórica do posicionamento da família nesse lugar de provimento do cuidado, lembra que a partir dos anos 1970, com a crise fiscal do Estado no Primeiro Mundo, houve uma reorientação das políticas públicas pelo ideário neoliberal, em que a família ganha outra visibilidade naqueles países e no Brasil. Segundo a autora:

Muitas funções no campo social, anteriormente assumidas pelo Estado, são devolvidas e, ao mesmo tempo, outras lhe são exigidas em virtude da reestruturação produtiva e do desemprego estrutural que se instala pela eliminação de vários postos de trabalho. A família, então, encontra-se sobrecarregada pela crise econômica que gera desemprego de seus integrantes ou com a impossibilidade de fazer parte do mundo do trabalho em função das novas necessidades ocasionadas pelo enxugamento dos gastos sociais por parte do Estado (ROSA, 2003, p.76).

Nesse contexto, as famílias passam a pressionar o Estado pela manutenção e ampliação dos serviços públicos de corte social, destacando-se uma preocupação com as repercussões das crises no interior do grupo familiar e com os processos de reforma psiquiátrica.

A partir dos anos 1980, sob a influência dos estudos feministas, dos movimentos dos familiares, do marxismo e pelas consequências das reformas psiquiátricas norte-americana e italiana, além do ideário neoliberal que postula políticas regressivas de retração da ação estatal em políticas de corte social e retorno do cuidado para o âmbito familiar, a relação da família com o doente mental no cotidiano e nas análises teóricas passa a ser complexificada (ROSA, 2003).

Nessa perspectiva, caberá às instituições de saúde mental o cuidado não mais integral, mas agora compartilhado do paciente psiquiátrico com os familiares. Nesse momento, caberá aos serviços de saúde mental, orientados pelos princípios antimanicomiais potencializar a mediação entre o doente mental e a família. Um dos grandes desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira reside na perspectiva de que os usuários, familiares, trabalhadores de saúde mental encontrem formas sensíveis de reduzir os danos gerados pela institucionalização irresponsável

que condena as pessoas em sofrimento psíquico a vagarem abandonados pelas ruas ou habitarem manicômios em longas e perversas internações. (PITTA 1996; 2011).

Porém, vale ressaltar, que essa mediação não é simples, considerando que o impacto que o transtorno mental, segundo Fausto Neto (1982), afeta sobremaneira o grupo familiar na medida em que atinge a rotina das pessoas, acarreta consequências financeiras, promove desgaste emocional e, no limite, termina por também comprometer a saúde mental dos membros desse grupo.

Para Heller (1989), é no cotidiano, na vida de todo homem, que se realizam muitas das atividades relacionadas ao provimento de cuidado. Este cuidado materializa-se por meio de atividades rotineiras que permitem a perpetuação da vida, possibilitando sua recriação, transformação. O cuidado de um portador de transtorno psíquico, segundo o autor, exige um trabalho complexo que se constrói no ensaio e erro da experiência cotidiana. Nessa construção, os familiares sofrem e aprendem, muitas vezes sem o suporte necessário, sendo exigido dos mesmos um saber e uma prática competentes sobre a matéria que, na maioria dos casos, eles não dominam, mas que o internamento, antes, respondia às demandas de cuidado total.

Vasconcelos (2003) pontua que o atual processo de Reforma Psiquiátrica apresenta muitos paradoxos e desafios. A exemplo, os novos serviços de saúde mental ainda não conseguiram desenvolver a sensibilidade necessária, ou mesmo implementar o apoio efetivo e amplo demandado pelas famílias dos usuários frente ao provimento do cuidado cotidiano com a doença mental, centralizando todo o discurso no problema do internamento e das práticas asilares, perdendo de vista a complexidade da questão.

Contribuindo com essa reflexão, Rodrigues e outros colaboradores (2010), asseveram que apesar dos avanços obtidos com este novo modelo, a integração da família no projeto terapêutico dos pacientes ainda representa um desafio que, na prática, não se fez acompanhar pela infraestrutura necessária ao cumprimento dos objetivos reabilitadores propostos pela Reforma.

Nesse ponto, cabe destacar que a família muitas vezes é culpabilizada, pelos serviços de saúde mental, por não estar prestando a atenção devida ao doente mental como, por exemplo, administrar corretamente a medicação prescrita, conduzi-lo à unidade de saúde diariamente, supervisionar a higiene do paciente, etc.

Os familiares nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a exemplo, são convocados a participar de reuniões rotineiras, que têm como objetivo esclarecer sobre a doença mental e

sobre os cuidados na abordagem e convivência cotidiana com um portador de transtorno psíquico. Quando estes não comparecem, são advertidos e responsabilizados por eventuais problemas no decurso do tratamento do usuário que frequenta as atividades do serviço.

Murta (2008), ao considerar essa responsabilização imputada à família no provimento de cuidados do doente mental, chama a atenção para as dificuldades encontradas por esses familiares que muitas vezes têm limitações no cuidar por conta de um desconhecimento da doença. Além disso, adverte que nem sempre os profissionais de saúde mental são sensíveis a essas tensões vivenciadas, sobretudo em contextos de desinstitucionalização que preconizam a necessidade do envolvimento da família no processo de tratamento.

Waidman (2004), corroborando com essas reflexões, ao discutir as relações dos operadores de saúde mental com os familiares dos portadores de transtorno psíquico no contexto da Reforma Psiquiátrica, sugere as seguintes ações:

[...] trabalhar em parceria com a família, respeitando suas necessidades, porque nem sempre as necessidades reais da família são aquelas que o profissional acredita serem; respeitar valores e crenças da família e intervir somente quando estes põem em risco a saúde e vida de um de seus membros; respeitar a individualidade de cada membro da família e ver suas necessidades individuais e a família como um todo; respeitar o direito da família de querer ou de se recusar a participar do cuidado; compartilhar saberes com a família e não impor conhecimentos [...] (WAIDMAN, 2004, p. 211-212).

A partir dessas reflexões, julgo fundamental compreender o que os familiares têm a dizer sobre a produção do cuidado nos diversos dispositivos de assistência em saúde mental, como pronunciado na seguinte citação:

O adoecimento psíquico e o processo histórico da reforma psiquiátrica fazem-se entender pelas perspectivas das próprias famílias dos usuários, a dinâmica de como vão elaborando o reconhecimento do transtorno mental, e como se relacionam com diversas formas de intervenção profissional [...] (MURTA, 2008, p. 314).

Nessa perspectiva, na próxima e última seção de revisão da literatura desta tese, apresento a contribuição da Teoria das Representações Sociais, inspirado no pensamento de Marková (2006), que considera ser importante tarefa do pesquisador extrair as representações sociais dos discursos, práticas e conhecimento de senso comum, utilizando-se de procedimentos analíticos e conceitos teóricos. No caso do presente estudo, entendo que a Teoria das Representações Sociais possibilita uma compreensão dos significados atribuídos pelos familiares a um importante processo histórico, político, ideológico e propositivo de novas



práticas, denominado de Reforma Psiquiátrica, que prescreve toda uma reorientação de modelo de assistência no âmbito da Saúde Mental.

### 2.3 SOBRE A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: UM PANORAMA HISTÓRICO, CONCEITUAL E CRÍTICO

O conceito de Representações Sociais (RS) tem suscitado inúmeros estudos no campo da Psicologia Social, Antropologia, Sociologia e outras disciplinas. Tal conceito, por encontrar-se numa área de fronteira entre estas disciplinas, tem promovido um amplo debate entre elas mediante formulações teóricas interdisciplinares e uma grande multiplicidade de estudos empíricos. Além disso, tem contribuído para o debate de inúmeros problemas sociais contemporâneos, configurando-se como importante ferramenta teórica para explicar/compreender determinados objetos de pesquisa nas ambiguidades, contradições e singularidades de experiências e práticas sociais, tais como a violência, as questões de gênero, práticas de cura, a desconstrução de identidades sociais, questões relacionadas ao binômio saúde-doença, dentre outros.

A noção de representações está presente na Sociologia Clássica desde Durkheim, com o estudo das representações coletivas em Weber, como visão de mundo, e em Marx, como o mundo das ideias e seu significado no conjunto das relações sociais.

A expressão representações sociais diz respeito tanto a um conjunto de fenômenos, quanto ao conceito que os engloba e às teorizações construídas para explicá-los, configurando um vasto campo de estudo na área da psicossociologia e um lugar de destaque nas ciências sociais.

Minayo (1995) define representação social como uma reprodução de uma percepção retida na lembrança ou no conteúdo do pensamento. Nas ciências sociais é definida como categorias de pensamento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou mesmo questionando-a.

Assim, enquanto “imagens construídas sobre o real”, as representações são objeto importante para a pesquisa no interior das Ciências Sociais; elas se expressam mediante as formas de dizer e fazer dos sujeitos sociais e, assim, se institucionalizam. Dessa forma, é necessário analisá-las e buscar compreendê-las a partir das estruturas e dos comportamentos sociais, na sua dinâmica, multiplicidade e plasticidade.

A Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici surge no âmbito da Psicologia Social no final dos anos 1950. Com essa nova teoria, Moscovici participa de uma renovação temática, teórica e metodológica da Psicologia Social ao criticar a tradição norte-americana dominante nesta disciplina, por se ocupar basicamente dos processos psicológicos individuais, sem conseguir dar conta das relações cotidianas da vida humana, no seu aspecto social ou coletivo (FARR, 2010). Uma perspectiva socialmente orientada da Psicologia, como pretende Moscovici, entretanto, considera não só os comportamentos sociais, mas os fatos sociais, na sua historicidade e singularidade, buscando os entrecruzamentos e as determinações mútuas entre individual e social.

Dentro dessa perspectiva, não basta levar em conta a influência dos contextos sociais sobre os comportamentos, estados e processos individuais, mas também a participação destes na produção das realidades sociais. Não há um homem que seja produto da sociedade ou uma sociedade que seja consequência das ações do indivíduo. Há uma proposta de superação da dicotomia indivíduo x sociedade, ao considerar que o homem, ao mesmo tempo em que é um produto da sociedade, é também construtor da realidade em que vive. Spink (1995) chama a atenção para o fato de que, ao enfatizar o poder de criação das representações sociais e seu caráter estruturado e estruturante, Moscovici inscreve sua teoria entre as perspectivas construtivistas.

De acordo com Moscovici (2001), os conceitos de atitude, opinião, atribuição, cognição social, entre outros, como são trabalhados pela Psicologia Social clássica, tendem a uma fragmentação, a um reducionismo dos fenômenos psicossociais. Moscovici pretende re-significar essas noções e utilizá-los – nunca de forma isolada, como processos em si, mas como elementos que participam das representações sociais. Assim, considera que possuem uma dimensão cognitiva, social, cultural e histórica, que envolvem uma dimensão objetiva e outra subjetiva, presentes na relação sujeito-objeto ou figura-sentido, como veremos adiante.

Na esteira de Moscovici, Guareschi (2012) distingue o conceito de Representações Sociais desses conceitos clássicos, chamando atenção para a ênfase nelas dadas ao indivíduo em detrimento do social, descritos como sendo processos decorrentes de uma disposição mental, nos quais a sociedade aparece como um conjunto de indivíduos dispersos. Para ele, na sua dimensão histórica, social e cultural, o conceito de Representações Sociais aproxima-se do conceito de ideologia. Por ser um conceito valorativo, que contempla a dimensão ética e a não-neutralidade do processo cognitivo, indissociado das concepções de homem e sociedade, as representações são sempre ideológicas. Na discussão sobre RS é necessário levar em conta

várias dimensões: o que forma as representações sociais, como elas se constituem e quais seus efeitos. Nesse sentido, é preciso considerar que é um conceito dinâmico, relacional, amplo, político-ideológico (valorativo) e, por tudo isso, social, diz ele. Elas se constituem no terreno da relação indissociável indivíduo x sociedade e sob determinadas condições sócio-históricas, e por isso mesmo expressam as relações assimétricas e desiguais de dominação na construção e apropriação do conhecimento, que por sua vez orientam a ação, podendo concorrer, enfim, para a manutenção ou transformação das práticas sociais.

A Teoria das Representações Sociais (TRS), de acordo com Guareschi (2012), ao romper com o individualismo teórico que orientou as principais teorias da Psicologia Social e seus principais conceitos, não pretende reduzir o indivíduo à sociedade, negando a especificidade do fato psíquico e a contribuição que seu entendimento pode dar à compreensão da realidade humana. Posicionando-se contra uma epistemologia de um sujeito e objeto “puros”, a TRS concentra seu olhar na relação entre os dois, recuperando a ambos e vendo a relação sujeito-objeto-mundo como constitutivas tanto do indivíduo quanto da sociedade.

Finalmente, a Teoria das Representações Sociais abre a possibilidade de se repensar a Psicologia Social do ponto de vista conceitual e prático, bem como a realidade social com a qual se depara. Ao pensar a prática, instala um desafio, que é ao mesmo tempo teórico e metodológico, que consiste em pensar o lugar do pesquisador e sua relação com seu objeto de pesquisa e/ou intervenção, apontando para a não neutralidade desse processo.

Moscovici opõe-se ao conceito de representações coletivas de Durkheim por considerar três aspectos fundamentais: em primeiro lugar, esse conceito era muito abrangente, incluindo uma gama muito ampla de formas de conhecimento (os mitos, a religião, as categorias de espaço e tempo, a ciência, entre outras); em segundo lugar, por ser uma concepção estática, adequada aos fenômenos de então, mas incapaz de dar conta da plasticidade, mobilidade e circulação das representações contemporâneas; e por fim, por serem consideradas como dados, entidades explicativas absolutas (SÁ, 2002).

Nóbrega (1990) aprofunda esse último aspecto ressaltando a oposição de Moscovici a Durkheim referente ao caráter de coerção, exterioridade, autonomia e objetividade atribuído às representações coletivas, que conduzem os homens a pensar e a agir de uma maneira homogênea, a partir de um saber partilhado e reproduzido coletivamente, que transcende o individual. É a tentativa de superar a dicotomia indivíduo-sociedade presente na teoria durkheimiana, diz ela, que levou Moscovici a elaborar sua teoria, apontando na direção de uma interseção indivisível do individual e do social.

Moscovici (2012), por outro lado, enfatiza o processo de comunicação em que as representações são formadas, a partir da interação entre os indivíduos, o que lhes confere um caráter criativo, não apenas reprodutivo, que têm a função de orientar o comportamento das pessoas. Nesse ponto, ressalta também o papel da comunicação de massa como fenômeno importante na contemporaneidade, o que nos leva a ver as representações como algo que explica a impregnação do novo nos processos de interação social e, ao mesmo tempo, como esses processos são capazes de produzir as representações.

Em sua tese de doutoramento “La psychanalyse en Image et son Public”, Moscovici (1961) formula a Teoria das Representações Sociais, tomando como objeto a apropriação da Psicanálise pelo público francês nos anos 1950, em que esse conhecimento transforma-se numa forma de conhecimento elaborado e partilhado pelo senso comum. Nesse trabalho, Moscovici, além de ampliar o conceito de representações, do coletivo ao social, funda também uma nova metodologia de análise das representações que, a partir de então, passa a ser aplicável a inúmeros objetos (podendo ser uma profissão, uma doença, uma religião, etc).

Segundo Moscovici (1978), a penetração do conhecimento científico na sociedade ocorre por meio de uma descontinuidade, de uma ruptura, entre universos de pensamento e ação diferenciados. Se de um lado essa ruptura pode ser vista como algo que o enfraquece, é, por outro lado, condição necessária para a sua inserção na sociedade, na qual adquire um novo *status* epistemológico, sob a forma de representações sociais.

No processo de produção do conhecimento (seja na arte, na técnica, na ciência ou no senso comum), além do contexto social que lhe dá corpo, há também um papel particular desempenhado pelo indivíduo conhecedor, que imprime nele a sua marca pessoal. No caso da formação das representações, parte-se sempre de observações e, sobretudo, diz Moscovici (2012), de testemunhos, que se acumulam acerca dos eventos correntes numa determinada sociedade, como o lançamento de um foguete, uma descoberta médica, um livro, um discurso de uma personagem importante, uma doença, dentre outros.

Essas observações e testemunhos são inventariadas e organizadas a partir de certo eixo de interesses e comunicadas à sociedade por alguns “relatores”: jornalistas, políticos, técnicos, cientistas, etc. Fala-se muito à respeito desses fatos por meio de livros, artigos, conferências, programas televisivos, etc. Entretanto, a maioria das pessoas permanece distanciada desses discursos, pois torna-se impossível apreender a sua linguagem e o seu conteúdo, dada a sua especificidade, o uso de jargões técnicos, etc. Entretanto, ao mesmo tempo, direta ou indiretamente, esses objetos dizem respeito à vida das pessoas, as tocam, permeiam seu cotidiano.

Sabe-se que o objeto ou o fenômeno existe, mas faltam critérios necessários para atestar sua existência material, mesmo que, de certa forma, esses sejam objetos “conhecidos” e, portanto, próximos. Algo que está fora de nós, dos nossos limites e do nosso domínio, presente no exterior, em termos de conhecimento, necessita ser por nós apropriado, interiorizado.

Para que isso ocorra, entretanto, o conhecimento penetra no “mundo da conversação”, estabelecido entre as pessoas por meio do diálogo, de leituras descontínuas, de boatos, enfim, de “falatórios”, nos quais não só as informações são transmitidas, mas cada um fala com propriedade, com “uma competência enciclopédica” acerca do objeto. A partir daí, ordenam-se as atitudes, as opiniões, as ideias e cada um passa a ser elemento de novas transmissões.

Nesse processo de comunicação, as pessoas e os grupos ocupam um lugar, do qual abordam e interiorizam os temas e os objetos, observam, coletam informações e agem, a partir dos juízos que formaram, dos ordenamentos e remanejamentos que fizeram de novos e antigos objetos, usando-os como melhor entendem, integrando-os num quadro coerente.

Esse movimento implica um duplo processo de familiarização com o real: de um lado pela atribuição de um sentido e, por outro, de uma manipulação do conhecimento. Assim, ideias e conceitos elaborados por uma área do conhecimento ou uma disciplina, como a Psicanálise, por exemplo, aparecem frequentemente como ideias ressignificadas, dada a apropriação particular e peculiar que um grupo ou segmento social faz dela, ao reelaborá-la, no transcurso entre a forma como foi concebida na sua origem e a forma como é compreendida e utilizada pelo senso comum.

Desta forma, as RS têm o papel de:

[...] preencher lacunas, suprimir a distância entre o que se sabe, por um lado e o que se observa por outro, completar as “divisórias vazias” de um saber pelas “divisórias cheias” de um outro saber [...] Ao mesmo tempo, desligados de seus vínculos, conceitos e modelos, ramificam-se e proliferam com surpreendente fecundidade e grande liberdade, tendo por único limite o fascínio que exercem e a ansiedade que provocam quando questionam demais aquilo que se quer manter fora de toda questão (MOSCOVICI, 1978, p.55-56).

Ressaltando o papel da comunicação na produção das RS, Moscovici (1978) analisa os três sistemas indutores das representações: a difusão, a propagação e a propaganda, responsáveis, respectivamente pela edificação das condutas de opinião, atitudes e estereótipos. Para ele, a transmissão do conhecimento, implica não uma disseminação de cima para baixo de informações inalteradas ou imitação dos que sabem pelos que ignoram, mas um movimento de

troca, no qual, tanto o conteúdo como o alcance das experiências e teorias se modificam, seja por meio dos veículos de comunicação, seja mediante as instituições sociais.

Para o referido teórico, é fundamental o aspecto da criação ou recriação das mensagens, das ideias, das concepções, no processo de transmissão das informações, que se diferenciam e são interpretadas, recombinações, reinventadas e traduzidas. É na comunicação que as palavras adquirem seus múltiplos sentidos, filtrados e reordenados, traduzidos e interpretados, segundo códigos, normas e valores próprios dos grupos sociais. As imagens e as falas são produzidas em seu interior, compondo, assim, segundo Moscovici (1978), a fala da sociedade, na multiplicidade e diversidade de seus significados.

Conforme Moscovici (1984), os indivíduos não são receptores passivos das crenças e valores sociais, mas produtores de representações que comunicam incessantemente a outros atores sociais, processo por meio do qual buscam a solução de problemas postos no cotidiano. Nesse contexto, os acontecimentos, ideologias e ciências constituem um “alimento”, que estimula a produção de novos saberes, destacando-se o conhecimento produzido pelo senso comum.

As representações sociais, portanto, são conjuntos de conceitos, imagens, afirmações e explicações a respeito de um objeto do conhecimento, que se constituem a partir do desenrolar das comunicações entre os indivíduos, mobilizando as pessoas em torno de uma conduta comum, sendo elemento básico para a constituição da visão de mundo num determinado grupo social. Para Nóbrega (1990), elas ainda atuam salvaguardando a imagem positiva do grupo, garantindo sua especificidade e permitindo que os atores sociais mantenham os comportamentos que os diferencia, nas relações entre os grupos, funcionando, assim, como elemento essencial para a constituição de sua identidade.

A relação entre representações sociais e identidade é também acenuada por Almeida e Santos (2011), para quem o conteúdo das representações sociais possibilita a compreensão da dimensão dos grupos sociais, tornando possível a comparação entre eles, observando suas características comuns e divergentes.

Encarada de um modo passivo, uma RS é apreendida a título de reflexo, na consciência individual ou coletiva, de um objeto que lhe é exterior. Entretanto, segundo Moscovici (1978), uma representação é dada pela relação sujeito-objeto, não podendo, portanto, ser compreendida enquanto processo cognitivo individual, pois é produzida no intercâmbio das relações e comunicações sociais. Devemos, portanto, encará-la de um modo ativo, pois seu papel consiste em modelar o que é dado do exterior, fazendo com que o ambiente em que vivemos seja re-

significado, reordenado, recriado. Neste sentido, o mundo torna-se, diz Moscovici (1978), o que pensamos que ele é ou deve ser. Deste modo, as representações sociais forjam atitudes e preparam a ação do sujeito.

As Representações Sociais possuem uma função constitutiva da realidade que conhecemos e na qual nos movemos. Nesse sentido, uma RS projeta na vida coletiva um objeto socialmente valorizado, tomando e recombina novos objetos a objetos antigos, em consonância com imagens e atitudes anteriormente formadas, num processo em que se fundem o conceito e o objeto percebido no seu caráter imaginante ou figurativo, invariavelmente vinculado ao seu aspecto significante.

Assim, a estrutura de cada representação apresenta duas faces indissociáveis: a face figurativa (passiva) e a face simbólica (ativa), o que nos revela que há uma íntima relação envolvendo figura e sentido, em constante tensão entre seus pólos, mediada pelas imagens, informações e linguagem (GUERRA, 2011).

Na Teoria das Representações Sociais de Moscovici (2012), as opiniões são encaradas tanto pelo seu caráter de comunicação, quanto pelo seu caráter de expressão. As imagens e as opiniões não são pensadas apenas como algo que traduz a posição e a escala de valores de um indivíduo ou grupo, mas como uma fatia do pensamento simbólico, longamente elaborado pelos indivíduos e coletividades e que, ao modificarem seu modo de ver, modificam-se reciprocamente.

Os preconceitos, por exemplo, não são manifestações isoladas, mas assentam-se num sistema de raciocínio e linguagem, remetem à natureza biológica e social do homem e suas relações com o mundo. Esses sistemas são interligados, comunicados entre classes sociais e gerações. É o processo de interação que dá relevo ao problema e que controla o emprego do código adaptado, conferindo um sentido às representações nas relações entre os grupos e pessoas.

Portanto, as representações sociais são sistemas que têm uma lógica e uma linguagem particulares, uma estrutura de implicações que se assenta em valores e em conceitos. Um estilo de discurso que lhes é próprio. Não são consideradas como “opiniões sobre” ou “imagens de”, mas como “teorias”, “ciências coletivas”, *sui generis*, destinadas à interpretação e elaboração do real. Elas vão além do que é imediatamente dado na ciência ou na Filosofia, sendo submetidas a um trabalho de transformação, de evolução, para se converter em um conhecimento que a maioria das pessoas utiliza em sua vida cotidiana. (MOSCOVICI, 1978).

Assim, as representações sociais são fonte de tensão, porque se referem a objetos ausentes, que são adicionados ao nosso mundo e a objetos presentes que são modificados. Esse objeto ausente, que é algo estranho e está fora do nosso universo habitual deve ser aproximado e isso se dá porque o novo, o conteúdo estranho, se desloca para o interior de outro conteúdo, anteriormente existente, permitindo, assim, sua familiaridade. Dessa forma,

[...] os conceitos sem percepções, as percepções sem conceitos, as palavras sem conteúdo e os conteúdos sem palavras buscam-se, deslocam-se e trocam-se nas sociedades diferenciadas e dinâmicas. É para isso que se empregam as representações e é daí que elas resultam (MOSCOVICI, 1978, p.60).

Desse modo, a forma como uma representação é elaborada e transforma um objeto distante em próximo, estranho em familiar e a maneira como se dá este mecanismo, intervindo no mundo exterior, pode ser compreendida por meio de dois processos básicos, que Moscovici chamou de objetivação e ancoragem. Nóbrega (1990), ao discutir a ancoragem e a objetivação, afirma que elas são articuladas de forma dialética, garantem a incorporação do estranho ou do novo, a interpretação da realidade e a orientação do comportamento, funções básicas da representação.

Segundo essa autora, a objetivação consiste em materializar as abstrações, corporificar os pensamentos, tornar físico e visível o impalpável, enfim, transformar em objeto o que é representado. Pelo processo de objetivação, o objeto é “materializado”, “reabsorvido” pelo sujeito e, assim, ao mesmo tempo, há uma incorporação e um distanciamento do objeto representado. No primeiro momento da objetivação ocorre a apropriação do conhecimento, determinado pelo acesso (desigual) à informação sobre o objeto veiculada pelos meios de comunicação pelos diferentes grupos sociais e pelo sistema de valores próprios a esses grupos.

Após esse momento, o objeto passa a ser organizado ou estruturado pela relação que o sujeito mantém com ele, em torno de um “núcleo estruturante”, que é o elemento fundamental da representação, determinado pela finalidade e condições nas quais se produz a representação. A seguir, há um processo de naturalização, que significa uma projeção da representação no mundo exterior, direcionando o comportamento para a ação. Por meio desse processo, os indivíduos tornam os elementos do modelo figurativo uma realidade tangível e, desse modo, dão-lhe uma existência palpável. O que era uma abstração passa a ter concretude. As RS, tanto pelo processo de objetivação quanto pelo de ancoragem, que veremos a seguir, são socialmente partilhados e concretizados, pois embora perpassados pela dimensão individual, são construídos



no social, na relação dos sujeitos com o objeto e na relação dos sujeitos entre si, no contexto da realidade social, que implica um sistema de valores, troca e reciprocidade.

Mediante a ancoragem, o novo ou o estranho são integrados a outros objetos já existentes, que fazem parte do universo simbólico dos indivíduos e grupos, adquirem sentido, são transformados em um conjunto de conhecimentos socialmente estabelecidos, fornecem novos elementos que permitem a interpretação do real e passam a servir de guia de compreensão e ação.

Um objeto e sua representação sofrem um enraizamento em um grupo ou sociedade a partir de sua relação com uma rede de significações já existentes numa cultura, apoiando-se ou vinculando-se àquilo que foi previamente constituído, ou seja, há uma atribuição de sentido ao novo objeto. A partir daí há um movimento de incorporação social da novidade atrelada a uma familiarização do estranho ou um enraizamento no sistema de pensamento, no qual os elementos inovadores são articulados aos rotineiros ou mesmo arcaicos.

O novo entra em contato com elementos e categorias de pensamento mais antigas e cristalizadas, operando sobre elas novas modificações, possibilitando novas interpretações dos objetos e novas leituras da realidade. Com esse processo, o novo objeto agora interpretado e re-significado, transforma-se em saber útil. A ancoragem implica, assim, na familiarização e dominação do estranho, do novo e do inusitado, por meio dos mecanismos de classificação, comparação e categorização do novo objeto (STREY, 2010).

Visto sob este ângulo, a representação social é uma forma de apropriação, produção e reprodução do conhecimento. Para Jovchelovitch (1998), a Teoria das Representações Sociais é uma teoria sobre a produção dos saberes sociais que se centra sobre a análise da construção e transformação do conhecimento social, tentando elucidar a interconexão entre o saber e o pensar na trama do tecido social.

Essas inúmeras possibilidades permitem que as representações sociais sejam classificadas como um saber prático, que diz respeito à experiência a partir da qual ele é produzido, às circunstâncias e contextos em que são engendrados, enfim, às condições sociais de sua produção. Por outro lado, pode-se classificá-lo como prático pelo fato de que a representação tem como função agir sobre o mundo e sobre os outros, na medida em que orienta comportamentos. (SPINK, 2010).

Segundo Sá (2002), sendo uma forma de saber prático, que liga um sujeito a um objeto (social, material ou ideal), as RS encontram-se numa relação de simbolização (está no seu lugar) e de interpretação (confere-lhe significado). Por outro lado, a representação é construção e

expressão do sujeito, que pode ser analisado tanto do ponto de vista epistêmico, quando são focalizados os processos cognitivos; psicodinâmico, quando enfatizados os mecanismos intrapsíquicos e motivacionais; ou ainda social, se há uma integração na análise desses processos das pertencas sociais e culturais do sujeito.

Vala (1993) considera que enquanto conteúdo e processo, a ideia de representação social refere-se a um fenômeno psicossocial complexo, que só pode ser entendido considerando-se a sua multidimensionalidade.

As representações são fatores produtores de realidade, repercutindo na maneira como interpretamos o que acontece à nossa volta e sobre as respostas que encontramos para validar as previsões e explicações acerca de determinado fenômeno. A representação é sempre representação de alguma coisa, exprimindo, desse modo, a relação de um sujeito com um objeto. Não é, entretanto, a expressão de um sujeito ou um reflexo de um objeto, mas, segundo Abric (1988), um produto do confronto da atividade mental de um sujeito e das relações complexas que mantém com o objeto.

O estudo da atividade representativa de um indivíduo pode enfatizar diferentes perspectivas de análise, como: estudo de estruturas e processos cognitivos ligados às atividades de codificação, decodificação e memorização; estudo dos processos motivacionais que dirigem a dinâmica da atividade cognitiva bem como das relações entre as estruturas cognitivas e o estudo dos investimentos pulsionais e fantasmáticos que interferem na atividade cognitiva e simbólica.

Essas considerações se referem diretamente à pergunta: “em que sentido uma representação é social?” De acordo com Vala (2013), utilizando um critério quantitativo, pode-se dizer que uma representação é social na medida em que é partilhada por um conjunto de indivíduos e, utilizando um critério genético, considera-se uma representação como social no sentido em que é coletivamente produzida.

Spink (1996) entende que o conceito de Representações Sociais remete a uma análise sobre a natureza do discurso, como elemento constitutivo da realidade. Para a autora, dentro dessa nova abordagem, passou a ser central o conceito de prática discursiva, que segundo Harré (1998), pode ser definida como as diferentes maneiras em que as pessoas, por meio do discurso, produzem realidades psicológicas e sociais. Spink (2010) revisita o conceito, ressaltando o caráter dialógico das práticas discursivas, visto que os enunciados de uma pessoa estão sempre em contato com outro ou outros, mesmo quando estes outros estão temporalmente ou espacialmente distantes; além disso, produzem novos sentidos, ou realidades sociais.

De acordo com Medrado (1998), as críticas que se dirigem ao conceito de representações sociais podem ser divididas em dois grupos: o primeiro, fundamentado numa abordagem positivista, aponta uma falta de clareza conceitual da teoria, pouco rigor metodológico e o próprio estatuto de teoria; o segundo, identificado com as novas vertentes psico-sócio-linguísticas, criticam o emprego do termo “representação”, pois este remete à ideia de um objetivismo, uma vez que postula a existência do objeto “real”, como sendo anterior às construções cognitivas e às práticas sociais.

As críticas feitas pelo primeiro grupo, na avaliação de Spink (1996), remetem à questão dos paradigmas dominantes de ciência e à contraposição entre teoria como quadro de referência conceitual no qual ela é encarada como um guia de leitura de um fenômeno e teoria como sistema formal de hipóteses que podem ser falsificadas por meio do rigor metodológico.

Respondendo às críticas que dizem respeito à ambiguidade conceitual e à abrangência excessiva da abordagem, Moscovici (2012) justifica que nunca teve como objetivo formular uma teoria fechada e que sua perspectiva tem elementos suficientes para ser enquadrada como teoria, enquanto “forma de ver o mundo”, posto que: existe um conceito agregador (representações sociais), há explicitação dos processos sócio-cognitivos de produção de representações (mecanicismo de ancoragem e objetivação), as funções das representações são bem definidas (familiarização com a novidade e manutenção das identidades sociais), e os princípios dinâmicos de reprodução e mudança social delineados.

Ao comentar as críticas de caráter metodológico, Moscovici (2001) alegou, ainda, que a sua reserva por métodos rigorosos é motivada pela necessidade de levar em consideração o potencial de crescimento do enquadre conceitual, pelo fato de ser uma teoria ainda em construção, dada a contribuição de inúmeros pesquisadores, que especialmente na França e na América Latina têm se debruçado sobre ela, no sentido de desenvolvê-la e ampliá-la. Ressalta, ainda, suas restrições a fazer do método experimental, ou dos métodos não experimentais, garantias em si mesmas para se produzir um conhecimento pertinente, enfatizando que, se a sua preferência se relaciona com os métodos de observação e de análise qualitativa, isso constitui um problema de escolha pessoal e não um problema epistemológico. Por fim, assinala que o valor intelectual de um conhecimento produzido, depende, numa medida mínima apenas, do método utilizado.

Com relação às críticas do segundo grupo, a posição da teoria é mais delicada. Vejamos alguns pontos de estrangulamento defendidos por alguns autores, seja referente à Teoria das Representações Sociais, seja ao próprio conceito de representação.

Para Medrado (1998), os questionamentos mais difíceis de serem contornados, dizem respeito ao uso “impróprio” do termo representação dentro de uma abordagem caracteristicamente construcionista, em que o conhecimento é considerado um produto das construções sociais.

Andrade (1999) aponta outra perspectiva de análise neste sentido, já vislumbrada na obra de Moscovici, ao entender o real como aquilo que tem ou passa a ter um significado, não como um objeto que tem uma existência “em si”. Segundo a autora, a RS corresponde à noção de produção, e não à de reprodução, da conduta ou das relações que pertencem ao espaço simbólico, isto é, ao espaço das significações. Assim, o sujeito cria o real na medida em que atribui significado aos objetos (ANDRADE, 1999).

O que parece uma lacuna neste sentido é quanto ao processo de produção desses significados, que não fica evidenciado, pelo menos na maioria dos estudos, em parte pela forma como o discurso é tratado e em parte pela noção de representações como determinante de práticas sociais, conexão está nem sempre possível.

Contrapondo-se ao conceito de representações como ferramenta teórica para a leitura de determinadas realidades sociais, Alves e Rabelo (1998) apontam a necessidade de se privilegiar o estudo da experiência, ao invés de estabelecer a primazia do pensamento sobre a ação, como fazem, em geral, os estudos sobre representações sociais. De acordo com os autores, é necessário superar a dicotomia entre o pensar e o fazer, visto que muitas das nossas ações são pré-reflexivas, muitas vezes naturalizadas, até mesmo por força do hábito, na qual a dimensão do corpo assume lugar central.

Para os autores supracitados, os estudos em representações tendem a enfatizar modelos fechados de significação, desconsiderando uma compreensão dos processos de produção de significado. Assim, opera-se uma cisão entre mente e corpo, atualizando a dualidade cartesiana. Há, portanto, a necessidade de reelaborar as relações entre pensamento e ação, consciência e corpo-cultura e individualidade, a partir, inclusive, da releitura particularmente da Fenomenologia e do Pragmatismo.

O conceito de experiência é o campo no qual se entrecruzam essas dimensões, abrindo pistas para a superação dessas dicotomias. Neste sentido, dois elementos centrais devem ser levados em conta: a dimensão corporal, como fundamento da experiência e da cultura e a ideia de intersubjetividade, como possível alternativa à dicotomia objetivismo x subjetivismo. Ao enfatizar um modo de compreensão fundamentado no corpo, esse enfoque compromete uma

visão intelectualista e cognitivista, que propõe um tecido dominante de ideias ou representações que determinam as práticas, as condutas sociais.

Indubitavelmente, toda essa discussão problematiza e critica a prioridade das representações sobre as práticas, comum em grande parte dos estudos sobre o tema. Em geral, as representações tendem a ser vistas como organizadoras ou mesmo determinantes das práticas. Dessa forma, enfatiza-se a coerência de ideias, valores e práticas de determinado grupo social e desconsideram-se as ambiguidades, contradições e incoerências deste grupo ou o descompasso entre representações e práticas, como observamos em alguns estudos.

Porém, de acordo com Almeida e Santos (2011), não se pode determinar uma relação direta ou linear entre o papel das representações e as condutas humanas. Ou seja, o campo das representações influencia as práticas, mas essa influência é mediatizada por conjunturas externas, particularmente pelo contexto sócio-histórico, em especial pelo controle social (sobretudo pelas relações de poder) que forja novas práticas. Assim, teríamos uma relação inversa entre representações e práticas, sendo as últimas, por vezes, transformadoras das primeiras.

Outro aspecto referente às representações como condutoras da ação, diz respeito à ideia de “consciência compartilhada”, que, em tese, estruturariam as opiniões e atitudes frente a um objeto social, persistindo a ideia de consenso, que segundo Medrado (1998) cria obstáculos à identificação daquilo mesmo que é proposto pelo conceito de representações sociais: a diversidade social. Faz-se, portanto, necessário, entender como as representações competem entre si e articulam-se em torno de discursos contrastantes, antagônicos e diversos.

Potter (2012) considera que a noção de repertórios interpretativos, embora tenha como objetivo entender a organização dos fenômenos psicossociais (atitudes, crenças, atribuições, condutas), apresenta diferenças significativas em relação ao conceito de representações sociais.

Uma primeira diferença que pode ser marcada é que a abordagem de Moscovici pressupõe a existência de dois campos distintos: conhecimento científico e senso comum, enquanto que o conceito de repertórios interpretativos considera os discursos, inclusive o científico, como dinâmicos e polissêmicos analisados à luz do contexto sócio-histórico em que são engendrados.

Além disso, este conceito não considera que os membros de um mesmo grupo social estejam sujeitos a um modelo único de respostas às situações do cotidiano. Os repertórios estão disponíveis às pessoas e são empregados em diferentes situações, a partir de diferentes filiações, necessidades e usos.

O conceito de repertórios interpretativos supera, portanto, a noção de consensualidade que propõe uma uniformidade nas ações e discursos de indivíduos pertencentes a um determinado grupo. Supera também a dicotomia conhecimento científico x senso comum, uma vez que considera a ambos como expressões linguísticas humanas, diferenciadas, mas não antagônicas.

De acordo com Raserá (2013), os repertórios interpretativos configuram-se como modo de compreensão do conteúdo do discurso e da forma como esse conteúdo é organizado. Apesar de elementos estilísticos e gramaticais estarem associados com esta organização, o foco analítico não é linguístico; ele se relaciona com o uso da linguagem, o que é alcançado por esse uso, e a natureza dos recursos interpretativos que permitem tal realização. Nessa perspectiva, os repertórios são entendidos como blocos de construção constituídos por um conjunto de termos, palavras chaves, imagens e metáforas. A partir da identificação dos repertórios interpretativos utilizados pelos falantes/escritores é possível reconhecer as suas funções e formas de uso em contextos específicos.

Explicitando mais o conceito de repertórios interpretativos, o autor supracitado esclarece que:

Os repertórios interpretativos dialogam com o conceito de discurso. Apesar de ser uma diferenciação complexa, à medida que o próprio conceito de discurso contempla inúmeras definições, podemos apontar que, de modo geral, eles desempenham funções semelhantes. Se quisermos buscar uma distinção, ela diz respeito à vinculação a tradições analíticas diferentes. Assim, o termo discurso está usualmente ligado a perspectivas foucaultianas de análise que se interessam pelas relações de poder, estudando processos de assujeitamento, e consideram o discurso como construtor de instituições e sistema sociais. O termo repertório interpretativo, por sua vez, enfatiza a agência humana na construção de sentidos, entendendo as pessoas como usuárias dos discursos, e considerando esses conteúdos mais fragmentados e múltiplos, oferecendo várias possibilidades de significação (RASERA, 2013, p. 7).

Desse modo, os repertórios não podem ser estudados isoladamente e sim dentro de uma abordagem mais ampla, considerando outros tipos de fenômenos discursivos. Tendo em vista que as representações sociais são, por um lado, uma modalidade de conhecimento prático, orientado para a compreensão do mundo e para a comunicação e por outro, construções, elaboradas por sujeitos sociais sobre objetos socialmente valorizados, a análise das representações deve considerá-las a partir do contexto em que são produzidas, no entrecruzamento entre as dimensões cognitivas, afetivas e as demandas concretas das práticas cotidianas (SPINK, 2014).

Rasera (2013), ao estabelecer uma conexão do conceito de repertórios interpretativos com a construção discursiva do processo saúde-doença-cuidado, convida os pesquisadores e profissionais do campo da saúde a reconhecer o caráter construído, construtivo e situado da linguagem na compreensão e cuidado dos processos de saúde-doença, reforçando a valorização dos processos conversacionais presentes nas interações, identificando-os como aspectos fundamentais de qualquer ação em saúde. Além disso, adverte sobre a necessidade do reconhecimento do caráter sócio-histórico dos discursos em saúde e das práticas por eles promovidas. Trata-se de um olhar em saúde interessado pelas relações dialógicas dos atores e suas práticas, mediatizada pela linguagem, produção de sentidos e afetos.

Esta dimensão é também assinalada por Guareschi (2012), que enfatiza a participação dos sentimentos, emoções e paixões na produção das representações sociais. Nesta perspectiva, amplia-se o enquadre das representações sociais, que devem incluir necessariamente, a dimensão afetiva, ao lado das demais, perspectiva pouco presente nos estudos em representações, ao menos no início da formulação da teoria.

A necessidade da incorporação da dimensão afetiva pode ser vislumbrada na definição apresentada por Jodelet (2001), segundo a qual, as representações sociais são modalidades do conhecimento prático, orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos. Portanto, as representações são formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos (imagens, conceitos, teorias, categorias), mas que não se reduzem a eles.

Uma crítica interessante apontada por Souza (2008) à Teoria das Representações Sociais é que, dentro dessa abordagem, a linguagem é compreendida como uma operação de equivalência entre a representação e aquilo que a representa, tornando-as intercambiáveis. Subjacente a essa ideia está a pressuposição de uma capacidade humana de apreender o mundo pela razão, que sobre determina a experiência humana.

O autor considera que o problema não é o reconhecimento da necessidade e da utilidade do uso da linguagem no meio social, posto que, a linguagem enquanto representação do mundo (objetivo/subjetivo) sob a forma de signos, engendrados culturalmente como repertórios comuns, pelos quais fazemos uma leitura das experiências vividas, tem todo um sentido convencional de comunicação. O problema centra-se na suposição de que a linguagem possa captar, traduzir o real, e, além disso, que o racionalismo possa, de fato, “esgotar” o real.

Depreende-se dessas considerações, que o lugar da linguagem nos estudos em representações sociais, constitui o núcleo central das críticas. Do ponto de vista metodológico, há uma preocupação excessiva em mapear os discursos de informantes, caracterizando-se “perfis” de grupos sociais, com a finalidade de encontrar regularidades, generalidades, negligenciando, portanto, a diferença, a ambiguidade, a contradição, a incoerência presentes e constituintes da dinâmica desses grupos, que é exatamente o que lhes dá originalidade.

Outro ponto que se pode destacar diz respeito ao fato de que, na perspectiva representacionista, o que é priorizado é a construção cognitiva de ideias, imagens, opiniões e atitudes, que desencadeiam uma determinada forma de ver e pensar o mundo e de se mover nele. Ou seja, as práticas seriam sempre consequência de representações sociais, construídas, desconstruídas e reconstruídas continuamente, ao longo da vida das pessoas e dos grupos sociais.

Essa perspectiva, em última instância, segundo seus críticos, tenderia à cristalização de comportamentos, visto que as representações ancoram-se sempre em ideias pré-concebidas, mesmo se operam nelas transformações e reordenamentos.

Apesar das críticas, fundamentais na construção de todo e qualquer conhecimento que se pretenda científico, o campo das investigações em Representações Sociais permanece atual tanto na configuração de teoria quanto de inspiração metodológica de pesquisa, uma vez que:

A TRS permite a compreensão e explicação aprofundada dos fenômenos sociais, por isso, é pertinente para fenômenos complexos. No processo de identificação das RS, elas não se mostram da mesma forma para todos os membros da sociedade, uma vez que os sujeitos se inserem em diversos contextos socioculturais, com crenças, experiências, interações sociais, informações e sentimentos compartilhados. As RS referem-se a este conjunto de atributos que configuram o pensamento social, e nos permitem circunstanciar dado objeto. Elas se constituem, portanto, em pontos de encontro do psicológico com o social, pois é a partir dos modelos de pensamentos transmitidos, por meio da tradição, da educação, e da comunicação social que o senso comum se organiza, teorizando o cotidiano (AMBLARD; CRUZ, 2015).

Considerando que a Teoria das Representações Sociais constitui-se em importante referencial teórico-metodológico nas pesquisas em Ciências Humanas, Sociais e da Saúde, o presente estudo utiliza-a como referencial para pensar as representações da reorientação do modelo assistencial em saúde mental na perspectiva dos familiares dos usuários que vivenciaram e, em certa medida, ainda vivenciam a transição do modelo asilar para o modelo intitulado psicossocial, preconizado pela Reforma Psiquiátrica.



## 3 MÉTODO

### 3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa de caráter descritivo-exploratório, a partir da análise de documentos e narrativas. A análise de documento é um processo de garimpagem mediante o qual as categorias de análise são compostas pelo estado da arte eleito, combinadas com uma rede conceitual específica recortada com rigor epistêmico pelo pesquisador. Os dados aqui tratados foram encontrados mediante técnicas de leitura que possibilitaram a composição de um discurso. Com esse escopo, o material recebeu um tratamento que, orientado pelo problema proposto pela pesquisa, estabeleceu os critérios de montagem das peças, como se estivesse simulando um quebra-cabeça.

Para May (2004), os documentos se constituem em uma fonte de dados importantes para entender os eventos, processos e transformações nas relações sociais. A abordagem qualitativa da pesquisa dos documentos busca uma apreensão da significação do documento, devendo levar em consideração as intenções do autor ao produzir o documento, os significados atribuídos pelo seu público potencial, incluindo o pesquisador que é parte integrante desse público e precisa agir reflexivamente. A análise qualitativa do conteúdo do documento leva em consideração o processo ou contexto social em que esse documento está inserido, devendo ser abordado a partir do entendimento do contexto da sua produção, sendo tarefa do pesquisador selecionar o que é relevante para o seu estudo em consonância com os seus objetivos e problema de pesquisa. Vale ressaltar que a abordagem do documento, em nível do significado, enfoca as relações dentro do próprio texto bem como com outros textos. May (2004) adverte que ao realizar pesquisa documental é preciso não supor que os documentos são artefatos neutros. Eles precisam ser analisados dentro do contexto social em que foram engendrados. Para o autor, “aquilo que as pessoas decidem registrar, incluir ou deixar de fora, é informado pelas decisões que se relacionam ao ambiente social, político e econômico dos quais são parte” (MAY, 2004, p. 228).

Os documentos, na perspectiva da pesquisa social, são lidos como a sedimentação das práticas sociais, tendo o potencial de informar e estruturar as decisões que as pessoas tomam diariamente e a longo prazo, constituindo-se também em leituras particulares dos eventos sociais. O referido autor parte da constatação de que este exercício de análise documental, de arquivo, de laudos, de correspondências, dentre outros materiais, já foi investigado por Foucault

em perspectiva que reflete o modo de ordenamento do mundo social, principalmente em seus estudos de medicina, doença mental, sexualidade e criminalidade, a partir de consultas a arquivos e análise dos documentos neles contidos, sobretudo para averiguar a produção de discursos que servem para justificar, fornecer razões e princípios para a normatização e controle de condutas. O que coincide com a observação que segue: o trabalho de Michel Foucault é um projeto crítico que não é tão preocupado com a relação entre o autor e o documento, mas às maneiras nas quais a utilização de um documento está ligada ao presente como os atos escritos históricos estão ligados inevitavelmente aos usos correntes. (MAY, 2004). Desse modo, o trabalho de Foucault é caracterizado por uma análise em que o texto é abordado em termos das intenções do autor e o contexto social no qual foi produzido. Além disso, os documentos, nessa perspectiva, são vistos como meios através dos quais o poder social se expressa.

De acordo com Fischer (2001), Foucault ensina aos pesquisadores um modo de investigar não “o que está por trás” dos textos e documentos, nem “o que se queria dizer” com aquilo, mas, antes de tudo, descrever as condições de existência de um dado discurso ou conjunto de enunciados, acolhendo-o no jogo de relações em que está inserido e indagar por que essa singularidade ocorre daquele modo, naquele lugar, dentro daquelas condições. O que a autora afirma, tomando como referência a letra de Foucault é que um determinado objeto de pesquisa, a exemplo de um conjunto de enunciados registrados num documento, engendra-se na dinâmica de um feixe de relações, a partir de condições de aparecimento histórico de certo discurso relativo às instituições, processos sociais e econômicos e que tudo isso pode ser descrito a partir dos próprios textos, numa determinada época, fazendo emergir aquele objeto.

Foucault (1977), ao analisar um caso de parricídio do século XIX, a partir de três relatórios médicos, um conjunto de peças judiciais e o fragmento de um memorial redigido pelo próprio acusado tinha como objetivo estudar a história das relações entre psiquiatria e justiça penal. Na apresentação do texto, Foucault afirma crer que, se decidisse publicar tais documentos, seria para fazer de algum modo o plano dessas lutas diversas, restituir esses confrontos e essas batalhas, reencontrar o jogo desses discursos, como armas, como instrumentos de ataque e defesa em relações de poder e de saber. De um modo mais preciso, na perspectiva do autor, a publicação exhaustiva desse dossiê poderia dar um exemplo do material que existia à época nos arquivos e que se oferece a possíveis análises.

a) Visto que a lei de sua existência e de sua coerência não é nem a de uma obra, nem a de um texto, seu estudo deve permitir manter afastados os velhos métodos acadêmicos da análise textual e todas as noções que derivam do prestígio monótono e escolar da escrita.

b) Documentos como estes do caso Rivière devem permitir analisar a formação e o jogo de um saber (como o da medicina, da psiquiatria, da psicopatologia) em suas relações com instituições e os papéis que são aí prescritos (como a instituição judiciária com o perito, o acusado, o louco-criminoso etc.).

c) Permitem decifrar as relações de poder, de dominação e de luta dentro das quais os discursos se estabelecem e funcionam; permitem, pois uma análise do discurso (e até dos discursos científicos) que seja ao mesmo tempo política e relacionada com o acontecimento, logo estratégica.

d) Pode-se enfim captar aí o poder de perturbação próprio de um discurso como o de Rivière e o conjunto de táticas pelas quais se tenta recobri-lo, inseri-lo e classificá-lo como discurso de um louco ou de um criminoso (FOUCAULT, 1977, p. XII-XIII).

Parece ser esta uma espécie de justificativa da opção metodológica eleita por Foucault naquele trabalho. A maneira de uso dos documentos é uma questão metodológica, bem como uma questão de natureza teórica. Para realizar essa modalidade de análise precisam ser estabelecidos problemas de relevância, alcance e relações entre os eventos. Sá-Silva e outros colaboradores(2009) consideram que a pesquisa documental configura-se como um método de escolha e verificação de dados que visa o acesso às fontes pertinentes, de acordo com o objeto e os objetivos do estudo, configurando-se como parte integrante da heurística de uma determinada investigação. O uso de documentos em pesquisa possibilita ampliar o entendimento de objetos, cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural, por exemplo, a reconstrução de uma história vivida. Nessa perspectiva, o conceito de documento ultrapassa a ideia de registro escrito, assumindo a configuração de fonte de informações, indicações e esclarecimentos que trazem seu conteúdo para elucidar determinadas questões propostas pelo pesquisador.

Segundo esses autores:

A etapa de análise dos documentos propõe-se a produzir ou reelaborar conhecimentos e criar novas formas de compreender os fenômenos. É condição necessária que os fatos devem ser mencionados, pois constituem os objetos da pesquisa, mas, por si mesmos, não explicam nada. O investigador deve interpretá-los, sintetizar as informações, determinar tendências e na medida do possível fazer a inferência (SÁ SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009, p.10).

Além disso, a análise documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, comportamentos, mentalidades, práticas, dentre outros. Neves (1996, p. 3) assim define o procedimento metodológico adotado neste trabalho:

A pesquisa documental é constituída pelo exame de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reexaminados com vistas a uma interpretação nova ou complementar. Pode oferecer base útil para outros tipos de estudos qualitativos e possibilita que a criatividade do pesquisador dirija a investigação por enfoques diferenciados.

Para May (2004), as fontes de pesquisa documental incluem, dentre outros, documentos históricos como leis, declarações, relatos de pessoas, biografias, autobiografias e relatórios técnicos. Além disso, contempla arquivos e documentos contidos em computadores. A presente pesquisa propõe-se a investigar informações contidas no arquivo de um Centro de Atenção Psicossocial que, seguindo os critérios estabelecidos por Paes (2002), pode ser classificado como um arquivo público municipal, de terceira ordem ou permanente, central, pois todos os documentos gerados concentram-se em um único arquivo e pela sua natureza, configura-se como um arquivo especializado, tendo em vista que detém sob sua custódia documentos resultantes da experiência humana num campo específico, qual seja, o campo da saúde mental e das relações estabelecidas entre os atores sociais ali envolvidos: usuários, familiares e equipe técnica de saúde.

No tocante à entrevista não estruturada, também chamada entrevista em profundidade, Richardson (2010) a configura como sendo uma técnica em que, ao invés do entrevistado responder às perguntas por meio de alternativas pré-formuladas, o pesquisador pretende obter o que considera mais relevante em seu estudo. Enquanto em uma entrevista guiada, o entrevistador objetiva colher informações detalhadas que possam ser utilizadas em uma análise qualitativa, a entrevista não estruturada procura saber como e por que algo ocorre em vez de determinar a frequência de certos eventos/ocorrências.

Para o autor, esse tipo de entrevista apresenta três possibilidades de objetivos que a enquadram como entrevista de pesquisa e não de seleção ou de aconselhamento. São eles: obter informações do entrevistado, seja de fato que ele conhece, seja de seu comportamento; conhecer a opinião do entrevistado, explorar suas atividades e motivações; mudar opiniões ou atitudes, modificar comportamentos (RICHARDSON, 2010).

Como princípios norteadores da técnica de uma entrevista não diretiva, o autor aponta que o entrevistado deve ter liberdade de falar, podendo abordar o tema da forma que ele desejar. Além disso, o pesquisador deve levar o entrevistado a desenvolver e aprofundar os pontos que coloca espontaneamente, facilitar o processo de entrevista e esclarecer a importância do problema para ele, entrevistador.

O autor ressalta:

Em geral, a entrevista não diretiva é uma técnica muito poderosa, particularmente para detectar atitudes, motivações e opiniões dos entrevistados. Exige, todavia, muita atenção e preocupação do entrevistador para evitar que se transforme em algo tedioso e frustrante. Deve-se evitar atitudes autoritárias ou paternalistas; o entrevistador deve manifestar-se cooperador e disposto a esclarecer dúvidas. Jamais deve manipular o entrevistado (RICHARDSON, 2010, p. 212).

Como técnica de análise de conteúdo das entrevistas, recorri à análise por categoria que, segundo Richardson (2010), baseia-se na decodificação de um texto em elementos que serão classificados formando grupos analógicos. De acordo com Laville e Dionne (1999), ao discutirem análise de conteúdo:

Uma das primeiras tarefas do pesquisador consiste, pois, em efetuar um recorte de conteúdos em elementos que ele poderá em seguida ordenar dentro de categorias. Dado que a finalidade é evidentemente agrupar esses elementos em função de sua significação, cumpre que esses sejam portadores de sentido em relação ao material analisado e às intenções da pesquisa. Os elementos assim recortados vão constituir as unidades de análise, ditas também unidades de classificação ou de registro. (p. 216).

Para os autores supracitados, depois de fixadas as modalidades do recorte e definidas as categorias, a partir das quais as unidades resultantes serão organizadas, o pesquisador deverá proceder à classificação dessas unidades e, posteriormente, ao estudo dos resultados.

Eles ressaltam, todavia, que a análise de conteúdo não é um método rígido, com etapas bem circunscritas. Constitui-se, sim, em um “conjunto de vias possíveis” para a revelação (sentido fenomenológico) ou reconstrução do sentido de um conteúdo. Nesse sentido, cabe ao pesquisador fazer prova de julgamento, imaginação, prudência crítica diante dos conteúdos que se revelam à sua consciência. E, ainda, advertem:

[...] O tipo de recorte selecionado e o modo como serão agrupados os elementos que emergirão serão determinantes para a qualidade da análise e a das conclusões. É a partir dessas decisões que ele poderá alcançar o sentido profundo do conteúdo ou que passará ao largo das ideias essenciais. (LAVILLE; DIONNE, 1999, p. 216).

Como possibilidade de categorização, isolei os temas, extraindo partes das entrevistas de acordo com o problema pesquisado que é enunciado da seguinte forma: Como familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, egressos de internação psiquiátrica, representam a reorientação do modelo assistencial de tratamento em saúde mental?

Minayo e Sanches (2001) pontuam que o confronto da fala e da prática social é tarefa complementar e concomitante da investigação qualitativa, não devendo o pesquisador limitar-se ao material discursivo, posto que a ênfase absoluta na fala, fundamentada na crença de que a verdade dos significados situa-se na profundidade dos textos pode transformar as “descobertas” em habilidade de manipulação dos signos. Desse modo, consideram que as etapas de observação e convivência no campo, somadas à análise das instituições colaboram para:

[...] uma análise qualitativa completa que interpreta o conteúdo dos discursos ou a fala cotidiana dentro de um quadro de referência, onde a ação e ação objetivada nas instituições permitem ultrapassar a mensagem manifesta e atingir os conteúdos latentes. (MINAYO; SANCHES, 2001, p. 246)

A abordagem qualitativa norteia este trabalho, visto que, por meio de entrevistas aprofundadas, é possível aproximar-se de certos significados que os sujeitos atribuem a determinados acontecimentos sociais, sendo que no presente estudo interessa a compreensão da reorientação do modelo assistencial em saúde mental a partir do olhar das famílias.

### 3.2 CONTEXTO DO ESTUDO

Esta pesquisa foi realizada no município de Alagoinhas (Bahia), situado na mesoregião do Nordeste Baiano e que ocupa o sexto lugar na classificação do Estado em áreaterritorial, integrando-se ao Território de Identidade do Agreste de Alagoinhas/Litoral Norte. Alagoinhas limita-se ao norte com Inhambupe, ao sul com Catu, ao leste com Araçás, ao oeste com Aramari, a nordeste com Entre Rios e a sudoeste com Teodoro Sampaio, ficando localizado no leste da Bahia, com área de 734 km<sup>2</sup>, possuindo uma população estimada de 144.495 habitantes, segundo dados do IBGE (2015).

A cidade é servida pelas malhas rodoviária e ferroviária, estando ligada a Salvador por meio da BR 101 e da BR 116, numa distância de 107 km. A BR 101 serve a cidade fornecendo importante acesso e meio de escoamento de produtos para cidades do Nordeste como Recife e Aracaju, além de cidades como Vitória e Rio de Janeiro, no Sudoeste do País. Também corta a cidade a BR 110, que a une ao Nordeste pelo interior da região. Possui, ainda, rodovias estaduais que ligam a cidade à BR 116 e também à Linha Verde. É a terceira Região administrativa do Estado, abrangendo uma série de órgãos públicos, tais como: o 3<sup>a</sup> Núcleo Regional de Saúde (NRS-3), a Empresa Baiana de Águas e Saneamento (EMBASA), o 3<sup>o</sup> Núcleo Regional de Educação (NRE-3), o Tribunal Regional do Trabalho (TRT), o Instituto Nacional do Seguro

Social (INSS), a Empresa Brasileira de Desenvolvimento Agrícola (EBDA), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a Secretaria da Fazenda, a Receita Federal, os Correios, o Ministério Público e o Ministério do Trabalho.

É o município sede da Microrregião Nordeste composta de 18 municípios (Acajutiba, Alagoinhas, Aporá, Araçás, Aramari, Cardeal da Silva, Catu, Crisópolis, Entre Rios, Esplanada, Inhambupe, Itanagra, Itapicuru, Jandaira, Ouriçangas, Pedrão, Rio Real e Sátiro Dias).

O Sistema de Saúde de Alagoinhas está habilitado na condição de Gestão Plena pela NOB/96, Resolução CIB/BA nº 030/97 e Pacto com Comando Único Res. CIB/BA nº 154/2008. No intuito de atingir a integralidade da assistência, a NOAS/01, propôs para o aprimoramento do processo de descentralização uma estratégia de regionalização, com a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), no qual foram definidas áreas geográficas nas quais se dariam o planejamento dos fluxos e pactuações entre os gestores, no intuito de organizar efetivamente uma rede hierarquizada e regionalizada, visando reduzir as desigualdades sociais e territoriais, propiciando maior acesso da população a todos os níveis de atenção à Saúde.

Assim, Alagoinhas passou também, a ser pólo da Macrorregião Nordeste, abrangendo duas regiões de saúde: a de Alagoinhas e a de Ribeira do Pombal, com um total de 33 municípios, sendo 18 da Regional de Alagoinhas e 15 na Regional de Ribeira do Pombal, totalizando uma população de 820.834 (oitocentos e vinte mil, oitocentos e trinta e quatro) habitantes. A Rede SUS própria municipal é formada por 22 Unidades Básicas de Saúde que abrigam 25 equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), quatro equipes do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), duas equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), 16 equipes de Saúde Bucal, uma equipe ampliada de Atenção Básica que atua como referência para a população descoberta de PACS/PSF, uma unidade Móvel de Saúde, duas unidades de Centro Especializado de Odontologia (CEO), um Centro de Especialidades Médicas (Policlínica Municipal), um Centro de Atenção Psicossocial CAPS III, um Ambulatório de Psiquiatria, um Laboratório Municipal, uma Farmácia Básica Popular do Brasil, uma unidade de Reabilitação Funcional, um Centro de Referência Saúde do Trabalhador (CEREST), SAMU 192 Regional e um Hospital Maternidade Municipal, esses dados constam no Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial (PAR/2015)<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> O Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial – Região Alagoinhas-BA-2015: documento produzido pela Comissão Intergestora Regional (CIR) em parceria com o Conselho Municipal de Saúde e Grupo de Trabalho CIR-Alagoinhas disponibilizado para consulta pelo Núcleo Regional de Saúde-3ª Região (NRS 3).

O contexto específico da pesquisa envolveu o CAPS e o extinto Anexo Psiquiátrico ao Hospital Regional Dantas Bião daquele município. De acordo com dados encontrados no Relatório Anual de 2015<sup>3</sup>, o CAPS foi credenciado junto ao Ministério da Saúde em dezembro do ano de 2003, atendendo as exigências da Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002 do Gabinete do Ministério da Saúde (ANEXO B), documento normativo de funcionamento dos CAPS em suas diferentes modalidades. O CAPS de Alagoinhas, por se enquadrar na modalidade III, funciona 24 horas, incluindo feriados e finais de semana. O Centro de Atenção Psicossocial, de acordo com definição da supracitada Portaria é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, configurando-se como um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida, devendo ofertar atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

O Relatório Anual referido informa que atualmente, naquele CAPS, são atendidos 1.844 usuários cadastrados no serviço, considerando todo o banco de dados composto por ativos e inativos, desenvolvendo os seguintes procedimentos: atendimentos psiquiátricos, psicológicos e de serviço social, bem como de enfermagem, assistência farmacêutica, educação física, reduzindo significativamente os encaminhamentos para internações em hospitais psiquiátricos. Além disso, triagens, acolhimentos noturnos e de final de semana, perícias médicas, atendimentos individuais e em grupos terapêuticos, acompanhamento psicológico, oficinas terapêuticas, reuniões com familiares, visitas domiciliares, ações educativas e atividades sócio-culturais no território. A equipe multiprofissional é composta por: sete enfermeiros (seis assistenciais e uma coordenadora de enfermagem), oito técnicos de enfermagem, três psicólogas, dois assistentes sociais, um terapeuta ocupacional, um farmacêutico, dois servidores dando suporte à farmácia, um psiquiatra, um médico generalista, um educador físico, uma cozinheira, quatro funcionárias de higienização, cinco estagiárias para apoio administrativo, uma coordenação administrativa e uma coordenação técnica e guarda municipal.

Em termos de espaço físico, o CAPS conta com uma sala de coordenação, uma recepção, sala de arquivamento de prontuários, três consultórios, uma farmácia, posto de enfermagem, dois quartos totalizando cinco leitos para acolhimentos noturnos masculinos e femininos, quatro

---

<sup>3</sup> Relatório Anual de atividades desenvolvidas no Centro de Atenção Psicossocial- CAPS III Tom Brasil- Alagoinhas-Ba 2015 disponibilizado para consulta pela Secretaria Municipal da Saúde de Alagoinhas.



salões para atividades grupais/oficinas/reuniões, cozinha, refeitório, almoxarifado, banheiros/sanitários e área livre para recreação.

No que se refere ao extinto Anexo Psiquiátrico ao Hospital Regional Dantas Bião (HRDB), dados registrados no Alagoins Jornal<sup>4</sup> e texto apresentado no evento alusivo ao Dia da Luta Antimanicomial em 2015, intitulado “Resgate das memórias da saúde mental em Alagoins”, promovido pela Secretaria Municipal da Saúde, no Centro de Cultura, revelam que se tratava de uma unidade hospitalar inaugurada em 1982, com serviços de internamento, abrigando seis enfermarias com sanitários e chuveiros para 24 pacientes, sendo 12 leitos masculinos e 12 femininos, dois consultórios, refeitório com oito mesas grandes e bancos de concreto, copa, dois postos de enfermagem, um pátio com bancos de concreto. A referida unidade servia para atender a uma região composta, naquela época, por 21 municípios, totalizando uma população em torno de 500 mil habitantes.

A porta de acesso para o internamento era a emergência do HRDB que encaminhava os pacientes com transtornos mentais, incluindo as situações de abuso de álcool e outras drogas. A unidade sempre ficava lotada, considerando que muitos familiares costumavam informar o endereço errado para garantir a permanência dos seus parentes no hospício.

Os pacientes eram acompanhados por dois plantonistas médicos psiquiatras diários, uma enfermeira, 10 auxiliares de enfermagem, um psicólogo, um terapeuta ocupacional, uma copeira, um funcionário de higienização e seguranças noturnos em regime de plantão de 12 horas. Os pacientes quando não estavam contidos ou confinados nas enfermarias, podiam circular no pátio de recreação ou sala de Terapia Ocupacional. O horário para visitas de familiares era restrito ao período vespertino.

A estrutura física era deficitária, insalubre, com falta de manutenção das redes elétrica e hidráulica, gerando entupimento dos vasos sanitários, constantes curtos-circuitos implicando em interrupção do fornecimento de energia, deixando frequentemente a unidade às escuras, além disso, havia constante falta de medicamentos básicos e outros vencidos, insuficiência de profissionais, acarretando sobrecarga e pedidos de afastamento.

Em função desse quadro, a Vigilância Sanitária da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia-SESAB, interditou a unidade em setembro do ano de 1999, desativando-a, sendo alguns

---

<sup>4</sup> Alagoins Jornal. Reforma do Anexo Psiquiátrico de Alagoins, página 05, Dezembro, 2001. Texto escrito por Roque Costa, ex-funcionário do Anexo Psiquiátrico, na função de técnico de enfermagem. Atual membro do Conselho Municipal de Saúde, militante da Luta Antimanicomial.

pacientes encaminhados para Hospitais Psiquiátricos do Estado e outros devolvidos à família ou às ruas da cidade.

### 3.3 PARTICIPANTES

A princípio, a seleção dos participantes contemplou um total de treze familiares de usuários do serviço. Desses treze, seis casos não foram incluídos na análise dos resultados por não apresentarem as provas documentais suficientes exigidas nos critérios de inclusão do presente estudo, quais sejam: as evidências por meio de relatórios, declarações, fichas clínicas, evoluções de equipe multiprofissional, dentre outras, que comprovassem a internação daqueles usuários no Anexo Psiquiátrico, bem como os vínculos com aqueles familiares-cuidadores.

Assim, participaram do estudo sete familiares, na condição de cuidadores dos usuários desde a época das suas internações no Anexo Psiquiátrico até o presente momento no CAPS III. Na Tabela 1, a seguir, constam dados relativos a cada um dos participantes da pesquisa:

**Tabela 1 - Perfil dos participantes do estudo. Alagoinhas, 2015**

<b>Participantes<sup>5</sup></b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Ocupação</b>	<b>Parentesco</b>
Betânia	F	60	Ensino Médio	Doméstica	Mãe
Juliana	F	72	Superior	Advogada	Madrasta
Leda	F	70	Fundamental	Doméstica	Tia
Cleide	F	42	Superior	Assist. Adm.	Irmã
João	M	60	Fundamental	Motorista	Irmão
Maria	F	61	Alfabetização	Dona de Casa	Madrasta
Doralice	F	37	Fundamental	Dona de Casa	Filha

Constata-se que seis familiares são do sexo feminino e apenas um do sexo masculino, com idades variando de 37 a 72 anos, tendo diferentes níveis de escolaridade e de ocupação. Os parentescos também foram diversos, sendo duas madrastas, uma irmã, um irmão, uma mãe, uma tia e uma filha.

<sup>5</sup> Todos os nomes são fictícios para preservar a identidade dos participantes.

### 3.4 INSTRUMENTOS DE PRODUÇÃO DE DADOS

Para a coleta de dados foram utilizados: (a) os prontuários dos usuários que se enquadram nos critérios de inclusão do estudo, com vistas à obtenção das provas documentais de que os mesmos são egressos de internações do antigo Anexo Psiquiátrico, bem como a identificação dos seus respectivos familiares/cuidadores; (b) roteiro de entrevistas individuais com os familiares-cuidadores para capturar as representações que os mesmos têm da reorientação do modelo de assistência em saúde mental naquele contexto.

### 3.5 CUIDADOS ÉTICOS

Para assegurar os cuidados éticos com pesquisa envolvendo seres humanos, segui as recomendações que constam na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O sigilo quanto à identificação dos participantes que constam nos prontuários e entrevistas foi garantido, pois substituí os nomes reais por nomes fictícios. O estudo se deu mediante carta institucional e respectivo Termo de Anuência Institucional (APÊNDICE A) requerendo da Secretaria Municipal de Saúde de Alagoinhas (SESAU) o acesso aos prontuários dos usuários e submeti à apreciação do Comitê de Ética da Universidade Católica do Salvador, obtendo parecer de aprovado em 28 de agosto de 2015, por meio da Plataforma Brasil (ANEXO C).

Realizei as entrevistas após esclarecimentos sobre os objetivos e a destinação acadêmica para obtenção do título de doutor em Família na Sociedade Contemporânea, sobre manutenção do sigilo das identidades e por fim, a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B), na qual informei também sobre a liberdade de informação e participação, os riscos e benefícios, dentre outros elementos que constam como exigências éticas na referida resolução.

### 3.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Fiz atriagem dos documentos para esta pesquisa com a preocupação de reduzir ao mínimo a arbitrariedade do processo e, para essa garantia, procurei o Serviço Social para a seleção desse material, considerando que no CAPS III da cidade de Alagoinhas, o referido

serviço realiza, de modo privilegiado, as mediações entre a equipe técnica de saúde mental e os familiares na definição das responsabilidades de cuidado com os usuários. A partir dessa consulta preliminar, acessei os documentos arquivados nos prontuários que respondiam aos objetivos estabelecidos no presente estudo, além de fazer uma leitura completa de cada prontuário para melhor compreensão dos casos em análise. Selecionei os documentos, considerando-os como fontes de informações acerca das antigas internações psiquiátricas, bem como no que se refere aos vínculos dos cuidadores com os respectivos usuários.

Na perspectiva de atingir os objetivos desta pesquisa, combinei estratégias metodológicas, utilizando pesquisa documental a partir da consulta aos arquivos de prontuários de usuários do Centro de Atenção Psicossocial- CAPS III da cidade de Alagoinhas-Bahia, com histórico de internações em hospitais psiquiátricos, sobretudo no antigo Anexo Psiquiátrico ao Hospital Regional Dantas Bião, naquele mesmo município. Além disso, utilizei como instrumento um roteiro para entrevista não estruturada, tal entrevista é definida por Laville e Dionne (2007) como um tipo de abordagem na qual o entrevistador apóia-se em um ou vários temas ou em algumas questões iniciais previstas com antecedência, para improvisar suas perguntas em função de suas intenções, considerando as respostas obtidas de seu interlocutor.

As entrevistas foram realizadas com familiares que frequentam o Centro de Atenção Psicossocial e que efetivamente acompanham esses usuários desde a época das internações, no sentido de identificar e compreender representações e significados que esses familiares atribuem ao processo de reorientação do modelo assistencial. Realizei as entrevistas de acordo com a disponibilidade de tempo e local de cada participante, de modo que as mesmas aconteceram tanto no próprio CAPS, quanto nas residências e nos locais de trabalho dos familiares.

Realizei a coleta de dados no período de setembro a novembro de 2015, sendo que filmei e registrei as entrevistas de forma cursiva para análise e tratamento dos dados.

### 3.7 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

A análise de conteúdo foi realizada de acordo com as orientações metodológicas de Bardin (2009) que considera ser toda comunicação, transferência de significados de um emissor a um receptor, de modo dito ou escrito, passível de submissão a uma análise de conteúdo,

definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens.

Vale ressaltar, entretanto, que a análise de conteúdo não deve ser extremamente limitada ao texto ou à técnica, em excessivo formalismo, que venha a prejudicar a intuição e a capacidade criativa do pesquisador e nem tão subjetiva, que implique em sobreposição das suas próprias ideias ou valores, no qual a mensagem analisada do texto apenas sirva para ratificar as hipóteses do investigador. Bardin (2009) rejeita a ideia de rigidez e de completude, explicitando que a sua proposta da análise de conteúdo transita entre dois pólos que envolvem a investigação científica, quais sejam: o rigor da objetividade e a riqueza da subjetividade.

De acordo com o autor supra-referenciado, a análise de conteúdo envolve três fases: (a) pré-análise; (b) exploração do material; e (c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado, por meio de quatro etapas: (a) leitura flutuante, momento de contato com os documentos da coleta de dados, em que se começa a conhecer o texto como um todo; (b) escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; (c) formulação das hipóteses e dos objetivos; (d) determinação dos indicadores, por meio de recortes de texto nos documentos de análise. A exploração do material é a segunda fase, que consiste na definição de categorias. Esta é a fase da descrição analítica do material textual coletado, submetendo-o a um estudo, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos, sendo a codificação, a classificação e a categorização, processos básicos nesta fase. A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação, em que há o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais: momento privilegiado da intuição, da análise reflexiva e crítica. (BARDIN, 2009).

Seguindo essa orientação metodológica, fiz uma leitura flutuante de todo o conteúdo coletado e selecionado, seguida de uma leitura mais detalhada, focada e dirigida, destacando os temas que se repetiam com mais frequência nas falas dos entrevistados. Vencida essa etapa, realizei a codificação e categorização do conteúdo para posterior tratamento das informações e análise crítico-reflexiva.

A partir da análise das entrevistas realizadas com os sete familiares que se enquadraram no perfil traçado do presente estudo, extraí as seguintes categorias analíticas dos depoimentos:

**Tabela 2 - Descrição das categorias analíticas**

<b>Categorias Analíticas</b>	<b>Definição</b>
1. Acesso	Diz respeito tanto à disponibilização de informações referentes ao tratamento do usuário, quanto à possibilidade do familiar circular/interagir nas dependências da instituição.
2. Relacionamento com a equipe de profissionais	Refere-se ao acolhimento prestado pelos profissionais dos serviços de saúde mental em foco, tanto aos usuários quanto aos próprios familiares.
3. Ambiência dos serviços	Está relacionada às condições físicas, de higiene e dos serviços ofertados pelas unidades de saúde em análise.
4. Modelo assistencial	Contempla descrições gerais da assistência prestada nos modelos asilar e psicossocial, sobretudo no tocante às formas de tratamento dispensadas nos referidos contextos.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Nesta seção, organizei os resultados da pesquisa da seguinte forma: na primeira parte, intitulada “conhecendo as histórias”, apresento os achados da exploração documental realizada a partir das consultas aos prontuários, fazendo uma breve exposição dos casos dos usuários que se enquadraram no perfil metodológico do estudo para a seleção dos familiares que foram entrevistados, no sentido de oferecer ao leitor uma melhor contextualização e compreensão das narrativas.

Na segunda parte, denominada “ouvindo as vozes dos familiares”, articulo os conteúdos dos discursos com as categorias de análise estabelecidas, quais sejam: acesso, relacionamento com a equipe de profissionais, ambiência dos serviços e modelo assistencial, fazendo a discussão a partir de um diálogo com o referencial teórico desta tese na perspectiva de atender aos objetivos delineados.

### **4.1 CONHECENDO AS HISTÓRIAS DOS USUÁRIOS**

As histórias dos usuários apresentadas a seguir, como foram coletadas nos prontuários do Antigo Anexo Psiquiátrico, em diversos casos, apresentam lacunas nas informações decorrentes das subnotificações dos registros dos profissionais de saúde mental, como também da deterioração dos arquivos por conta da ação do tempo e da má conservação.

#### **4.1.1 As histórias de Fernando e Tereza, enteados de Dona Maria**

Tereza tem 50 anos de idade, é negra e foi admitida no CAPS no ano de 2003, com diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar. Foi adotada por uma família, em função de ruptura com seu pai biológico que, inclusive, já faleceu. Mãe biológica também falecida. É a mais velha numa prole de nove irmãos, sendo que dois deles, também apresentam transtorno mental e etilismo. Atualmente é cuidada pela madrasta.

Concluiu o Ensino Médio, trabalhou como balconista e empregada doméstica, mas foi considerada incapaz para o exercício das atividades laborativas, pelo médico que a acompanhava no hospício.

Os achados no prontuário revelam histórico de seis internações no Antigo Anexo Psiquiátrico. Quando em crise, agitava, ficava agressiva, tinha ideias suicidas e queimava as roupas, sendo contida química e mecanicamente no asilo.

Após admissão no CAPS, passou a participar ativamente das oficinas e grupos terapêuticos, apresentando melhora significativa do quadro, voltando a exercer funções como diarista em casas de família.

Por sua vez, Fernandotem 34 anos de idade, é negro e foi admitido no CAPS no ano de 2005, com diagnóstico de Esquizofrenia. Pais biológicos falecidos, necessitando dos cuidados da madrastra para gerir-se. É o sétimo, numa prole de nove irmãos, sendo que dois deles também apresentam transtorno mental e etilismo. Analfabeto, “pega carrego” de compras na feira livre. Os achados no prontuário sinalizam que o início da doença foi potencializado pelo uso recorrente de maconha e cocaína.

A partir desse momento, o usuário passou a ser internado no Antigo Psiquiátrico com quadro de delírios e alucinações, retraimento social, comportamentos inadequados, agressividade, evoluindo com piora, sendo isolado e por várias vezes, contido mecânica e quimicamente. Atualmente, frequenta regularmente o CAPS, participando das atividades terapêuticas, com melhora do quadro e presença mais efetiva da madrastra.

#### **4.1.2 A história de Celsa, filha de Dona Betânia**

Celsa tem 59 anos de idade, é parda, apresenta diagnóstico de Esquizofrenia Paranóide e foi admitida no CAPS no ano de 2004. Sua genitora faleceu por problemas decorrentes de alcoolismo e, a partir de então, foi criada por Dona Betânia (mãe de criação). Pai ignorado. A usuária tem seis filhos, com histórico de um aborto.

Dados encontrados no prontuário informam que a partir do ano de 1997, a paciente passou por cinco internações no Anexo Psiquiátrico, com quadro de insônia, irritação, logorréia, disforia. Foi interdita, com a declaração da referida instituição, afirmando que a mesma



apresentava doença de caráter irreversível, sem condições de reger sua pessoa, devido ao caráter alienante do transtorno.

A partir do momento da sua admissão no CAPS, evolui com melhora significativa do quadro, com efetiva participação nas atividades.

#### **4.1.3 A história de Vânia, irmã de Cleide**

Vânia tem 41 anos de idade, é negra e foi admitida no CAPS em 2006, com diagnóstico de Esquizofrenia Paranóide. Informações coletadas em prontuário dão conta de que a mesma foi vítima de estupro aos 12 anos de idade. Sua genitora suicidou-se em função de problemas mentais. É a filha caçula numa prole de doze filhos. Interditada, tendo uma irmã com transtorno mental que, por um longo período deteve a sua curatela. Essa referida irmã surtou e foi acolhida no CAPS, sendo a curatela transferida para outra irmã.

Histórico de cinco internações no Anexo Psiquiátrico, além de muitas outras em hospitais psiquiátricos do Estado da Bahia, apresentando quadro de agitação psicomotora, delírios persecutórios, alucinações, agressividade, bruscas mudanças de comportamento, tentativas de suicídio, sendo o quadro psicopatológico agravado após perda de um irmão em acidente automobilístico.

Nessa “via crucis” pelos hospícios, sofrera toda sorte de intervenções, a exemplo de contenções mecânicas, violência institucional, exclusão do convívio familiar e social.

A usuária, ao ser admitida no CAPS, foi por diversas vezes acolhida em regime de 24 horas, em função das recorrentes crises psicóticas.

O CAPS demandou, em diversas ocasiões, intervenções do Ministério Público, no sentido de implicar os irmãos no cuidado com a usuária, que vivia peregrinando pelas casas desses familiares, sem pouso fixo, agravando o seu sofrimento psíquico.

A inserção no CAPS possibilitou-lhe relativa melhora, a partir de uma mediação que o Serviço fez com os familiares e o Poder Judiciário, na perspectiva de oferecer melhores condições de vida à usuária.

#### **4.1.4 A história de Simone, sobrinha de Leda**

Simone tem 48 anos de idade, é parda e foi admitida no CAPS em 2003, com diagnóstico de Transtorno Esquizoafetivo. Ocupa a sexta posição numa prole de nove filhos. Coursou até o primeiro ano do Magistério. Pais falecidos. Dificuldades de convivência familiar que se intensificaram após falecimento da sua genitora.

Os dados pesquisados no prontuário revelam que a usuária teve sua primeira crise aos 18 anos de idade, quando sofreu tentativa de estupro, em outra cidade, onde residia com a sua avó. Ao retornar para Alagoinhas, foi internada no Anexo Psiquiátrico por diversas vezes, além de outros hospícios, apresentando quadro de agitação psicomotora, discurso desconexo, disforia, desinibição. Quando não internada, costumava perambular despida pelas ruas, deixando de se alimentar, em situação de significativa vulnerabilidade social.

Apesar da quantidade de irmãos, o CAPS necessitou acionar o Ministério Público no sentido de convocar os familiares para inserção num Projeto Terapêutico que garanta melhores condições de cuidado à usuária que vive de casa em casa, sem uma residência em que a mesma identifique como sendo seu território, gerando grande desconforto e oscilações do humor. Apesar de tudo isso, ela tem se beneficiado das atividades ofertadas no cotidiano do CAPS, diminuindo os episódios de crises, e sendo acompanhada pela tia.

#### **4.1.5 A história de Itamar, enteado de Juliana**

Itamar tem 50 anos de idade, é branco e foi admitido no CAPS em 2006 com diagnóstico de Psicose não-orgânica não especificada. Foi abandonado na maternidade, sendo adotado por uma parteira que faleceu, posteriormente, por problemas cardíacos. Seu padrasto constituiu outra família, vindo também a falecer por problemas cardíacos, ficando o usuário morando sozinho em uma casa de condições precárias, ambiente sujo, fétido. Após falecimento dessa parteira, o usuário descompensou, não admitindo que fosse doente e resistente a qualquer intervenção terapêutica. A vizinhança começou a reclamar das condições insalubres da casa e do estado geral de saúde do usuário em questão.

Os achados do prontuário informam que ele tem um histórico de múltiplas internações no Anexo, bem como em outros hospitais psiquiátricos, com sintomas de auto e

heteroagressividade, agitação psicomotora, sendo alvo de intervenções policiais e dos Serviços de Urgência e Emergência.

Atualmente é cuidado pela segunda companheira do seu padrasto e frequenta regularmente as atividades do CAPS, com remissão significativa dos sintomas, melhora das condições sociais, recebe o Benefício de Prestação Continuada-BPC e, na medida do possível, tem gerido a sua própria vida. A sua cuidadora é bastante presente no acompanhamento que o CAPS faz ao usuário.

#### **4.1.6 A história de Idália, irmã de João**

Idália tem 53 anos de idade, é branca, cursou o ensino médio completo e foi admitida, em 2008, com diagnóstico de esquizofrenia. É a terceira de uma prole de cinco irmãos, sendo quatro mulheres e um homem, pais falecidos.

Os achados nos documentos demonstram uma trajetória longa de adoecimento com histórico de várias internações no Anexo Psiquiátrico da cidade de Alagoinhas. Com a interdição do Anexo Psiquiátrico, a usuária permaneceu em cárcere privado, em condições insalubres e sub-humanas. Os dados encontrados no prontuário revelam que a mesma viveu em espaço confinado no fundo da casa separada por meio de uma grade de ferro por onde a mesma recebia sua alimentação e no mesmo lugar a usuária fazia suas necessidades fisiológicas.

Por um longo período, a usuária foi tutelada por sua genitora, uma mulher idosa que acabou sendo encaminhada para um abrigo. Essa mudança provocou vários desentendimentos entre os irmãos nas definições das responsabilidades de cuidado, o que demandou uma intervenção do Ministério Público junto ao CAPS.

#### **4.1.7 A história de Jacionita, mãe de Doralice**

Jacionita tem 58 anos de idade, cursou até a 5ª série incompleta do Ensino Fundamental, é empregada doméstica e foi admitida no CAPS, em 2005, com diagnóstico de Psicose não orgânica não especificada. É a quarta filha numa prole de seis irmãos, seu pai faleceu por problemas de alcoolismo quando a mesma tinha 15 anos de idade e sua genitora faleceu quando ela tinha 36 anos de idade. Dados do prontuário ainda revelam que sua genitora “era muito

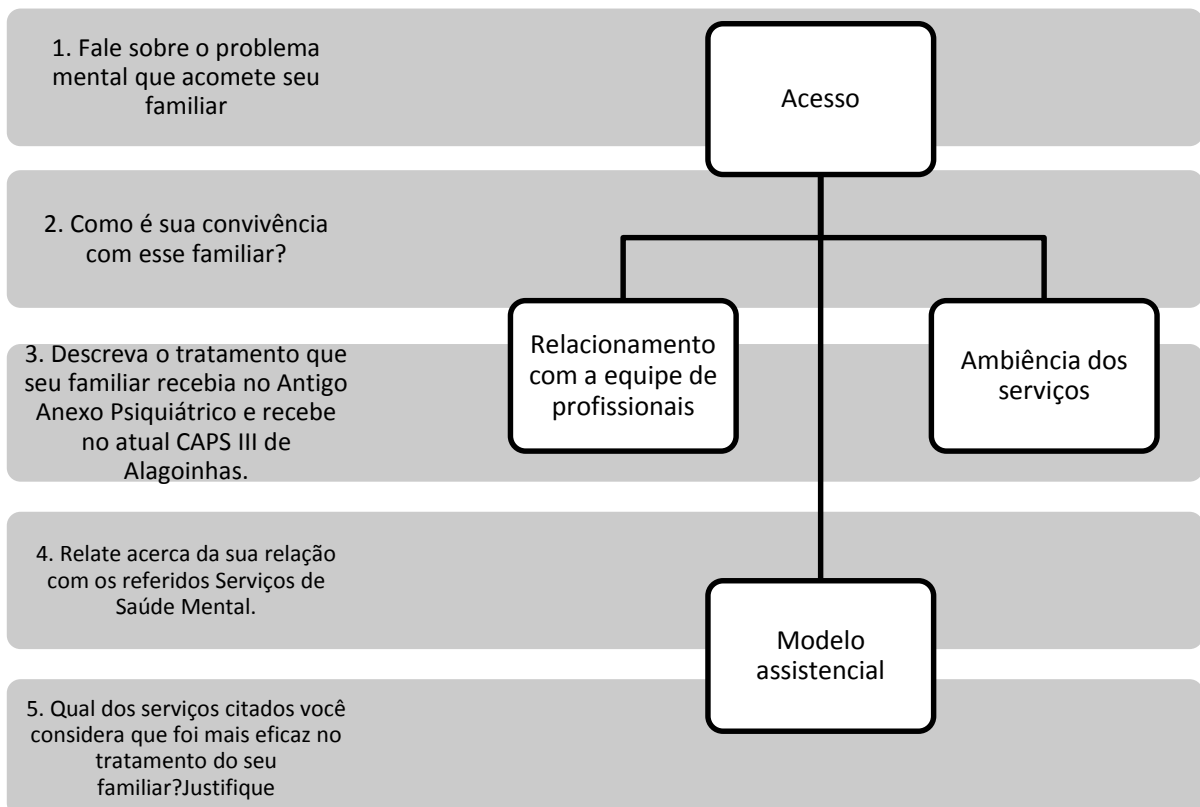
nervosa”, agredia os filhos e não conversava com ela. Sente-se também discriminada pelas irmãs. No prontuário consta referência de transtorno mental do tio materno, primo e filho mais novo. Aos 41 anos de idade, apresentou distúrbio psiquiátrico, sumindo de casa, sendo internada no Anexo Psiquiátrico. Quando em crise, não tomava banho, nem se alimentava. Após admissão no CAPS, passou a apresentar melhora significativa, inserindo-se em oficinas de geração de renda.

#### 4.2 OUVINDO AS VOZES DOS FAMILIARES

Evoquei os conteúdos das falas dos familiares a partir do seguinte roteiro norteador da entrevista: 1-Fale sobre o problema mental que acomete seu familiar; 2-Como é sua convivência com esse familiar?; 3-Descreva o tratamento que seu familiar recebia no Antigo Anexo Psiquiátrico e recebe no atual CAPS III de Alagoinhas; 4-Relate acerca da sua relação com os referidos Serviços de Saúde Mental; 5-Qual dos serviços citados você considera que foi mais eficaz no tratamento do seu familiar?

As perguntas eliciaram respostas cujos conteúdos puderam ser relacionados às quatro categoria analíticas, como mostra a figura a seguir:

**Figura 1 - Relação das perguntas com as categorias analíticas**



### 4.2.1 Acesso

Schmidt e Figueiredo (2009) consideram que a avaliação da qualidade de serviços de saúde mental passa por uma permanente reflexão sobre a clínica nesses serviços para qualificar o trabalho da atenção psicossocial, a partir das percepções dos seus atores: usuários, familiares, trabalhadores. As autoras apontam a categoria acesso, intimamente vinculada às noções de acolhimento e acompanhamento como elemento fundamental para a análise da assistência e para a qualificação permanente dos serviços, podendo ser aplicada na organização do cotidiano da clínica nesses espaços.

Defino acesso como uma categoria que diz respeito tanto à disponibilização de informações referentes ao tratamento do usuário, quanto à possibilidade do familiar circular/interagir na instituição de saúde mental. Nesse sentido, no presente estudo, circunscrevo a ideia de acesso às características do serviço e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso pelos usuários, incluindo os familiares. Destaco que em seu aspecto organizacional, remete ao desenho do serviço, estando diretamente atrelado tanto ao acolhimento, compreendido como uma atitude que envolve a disponibilização dos recursos do serviço: quem atende; o que pode oferecer; como pode acolher para produzir respostas aos demandantes quanto ao acompanhamento, visto como um analisador da qualidade da assistência. Para Goldberg (1996), o acompanhamento é um princípio fundamental do cuidado afirmando que o serviço tem que prestar a continuidade da assistência para que seus objetivos sejam possíveis.

Assim, os participantes revelaram o que segue quanto ao acesso:

*Não! Quase eu não tinha... Agente entrava (no Anexo Psiquiátrico), fazia a visita, entrava, saía, vou lhe dizer, não lembro nem o nome de nenhum (funcionário)... entrava e saía, que era multidão mesmo. Passava lá uma tardezinha né... ia pra lá visitar, não tive acesso (Dona Maria)*

*Era tudo fechado, era como se fosse uma prisão... Quando eu fui para o CAPS já era mais moderado. De início, no Anexo, não: era fechado, eu me lembro que era fechado não tinha acesso não com facilidade que posteriormente foi acontecendo. Hoje eu tenho toda a abertura, hoje eu venho aqui, pego remédio pra minha filha especial quando eu venho, que tenho necessidade de vim aqui pedir alguma coisa... pedir relatórios então quando eu venho aqui eu posso, a porta é aberta, isso eu acho que facilita bastante não só para os doentes, para os familiares e para a comunidade que ninguém tem medo de passar aqui em frente o CAPS (Dona Betânia)*

O acesso, o acolhimento e o acompanhamento estão, portanto, imbricados, pois é o desenho do serviço que potencializa ou restringe esse acesso, sendo o modo como o

acolhimento é feito, determinante para os desdobramentos do atendimento. Dito de outra forma, acolher é um processo que depende tanto da estrutura ou dos aspectos físicos do acesso, quanto dos recursos clínicos da equipe, como atender, escutar e avaliar as demandas. No tocante ao acompanhamento, trata-se de um recurso de continuidade do cuidado que depende do trabalho da equipe, das condições materiais do serviço e da rede, constituindo-se em etapa fundamental para a avaliação da qualidade de um dispositivo assistencial de saúde mental. (SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009).

Quanto à questão do acesso, pude verificar a partir das falas anteriormente apresentadas, que os familiares entrevistados representam o antigo Anexo Psiquiátrico, como um modelo fechado, no qual o acesso era restrito, impossibilitando uma maior interação dos mesmos com o Serviço de Saúde Mental, sobretudo no que se refere às informações.

*Nossa mudou muito sem dúvida nenhuma, porque lá (Anexo Psiquiátrico) agente quase não tinha acesso ...chegava lá pra fazer as visitas porque só íamos lá nos horários de visita e aí ela tava distante ... quando eu chegava sempre encontrava ela deitada em um leito (Dona Leda).*

*Sabe o acesso que a gente tinha era até uma porta, essa porta tinha uma grade agente não conseguia ver lá dentro onde ela passava, onde dormia, onde ficava, de onde nós conseguíamos ver agente via um lugar horrível tipo uma grade e fica tipo, tipo um, uma parede que você não consegue ver. Você não tem acesso a ver onde é que o paciente tá, se tá em um leito legal, como ele tá convivendo, inclusive voltou cheia de pediculose, de escabiose e assim várias coisas quando ela passou por todos esses hospitais. E hoje não; aqui o CAPS você tem esse acesso inclusive até acompanhante, familiar ficar próximo e aí é bem diferente (Dona Juliana).*

Os achados desta pesquisa corroboram com a ideia de Foucault (2006), apontada na revisão de literatura, de que as práticas psiquiátricas efetivadas nos asilos até o século XX legitimavam o poder estatal, instrumentalizando-o no sentido de destituir a família do cuidado frente à pessoa em sofrimento mental, asseverando que nunca se pode curar um alienado na família, tendo em vista o pensamento de que o meio familiar é incompatível com a gestão de qualquer ação terapêutica.

Constato aqui o fato de que o modelo asilar alijava a família do processo de cuidado para com o doente mental, excluindo-a do tratamento e legitimando o asilo como instância potencialmente útil e exclusiva para essa finalidade.

*Bom, lá com esses hospitais psiquiátricos era péssimo né, que a gente não tinha acesso a médico, não tinha acesso a enfermeiro... Lá você não tem essa convivência como você tem aqui... no hospital ... eu não conseguia falar com médico nem com enfermeiro. Simplesmente o meu contato lá foi com o motorista da Ambulância, e chegando lá com a recepcionista, fui coloquei Vânia no leito e vim embora (Dona Cleide).*

*Não, porque eu não chegava até a sala, lá tinha o quarto e vários pacientes, então a gente não podia ir até o quarto, agente ficava na sala de estar na espera para visitar o parente, então eu nunca passei para aquela ala porque eles não permitia entendeu? Se a gente levasse uma maçã, uma pêra, ia até ali e pronto, não podia ultrapassar para ver o local, ia só à sala de espera para ver o paciente... ... é como eu tô te dizendo, não podia passar dali. Uma vez eu fui na porta... não! É proibido você ...aguarde sua mãe aqui na sala de estar...era restrito só àquele local, só até a sala de estar (Dona Doralice).*

Portanto, a inserção de uma pessoa com transtorno mental no antigo Anexo Psiquiátrico, implicava numa ruptura com a família. Depois de efetuado o ingresso do doente no asilo, a família era distanciada de quaisquer elementos, disposições, estruturas que, de alguma maneira, pudessem evocá-la a colaborar na terapêutica. O modelo manicomial se posicionava totalmente desfavorável à parceria da família com o serviço de saúde mental para promover o tratamento do indivíduo em sofrimento mental.

Ao contrário, a experiência vivenciada no CAPS III, foi representada pelos familiares como aquela que possibilita o acesso às informações, aos profissionais e às dependências do Serviço de Saúde, ratificando, assim, o apontado por Pereira(2002), ao analisar a inserção da família nos dispositivos de assistência em saúde mental, orientados pela Reforma Psiquiátrica:

[...] a família passa a ser mais que um receptor de intervenções por parte dos profissionais, torna-se um agente ativo no próprio processo de apoio psicossocial, no desenvolvimento de projetos e no planejamento e avaliação dos próprios serviços, vindo a interferir, inclusive, na própria política de assistência psiquiátrica (PEREIRA, 2002, p. 259).

Os dados do presente estudo sugerem que os familiares representam o CAPS como um espaço que oferece um campo de vivências e experimentação importante, possibilitando aos mesmos um *locus* de expressão necessário para uma inserção diversa da que histórica e culturalmente é destinada às pessoas com transtornos psíquicos, qual seja: o lugar da segregação, do silenciamento e da não valorização dos vínculos sociais e de família.

#### **4.2.2 Relacionamento com a equipe de profissionais**

A categoria 2, relacionamento com a equipe de profissionais, refere-se à aproximação/contato dos trabalhadores dos serviços de saúde mental em foco, tanto com os usuários quanto com os familiares deles.

Ratifico aqui a importância da participação dos profissionais nos diversos momentos de atividades nos serviços de saúde mental com usuários e familiares, como forma de integração. Nas ações cotidianas dos serviços, a interatividade dos profissionais com os familiares e usuários pode se configurar como uma possibilidade de produção de sentido e resgate da cidadania, construindo uma autonomia possível a cada usuário em um lugar onde se permite invenção de espaços próprios de convivência, potencializadora do vínculo terapêutico.

Sendo assim, avaliar como se dá a interação do trabalhador de saúde com os usuários e familiares no processo de cuidado em saúde mental é de extrema importância. A reabilitação psicossocial, como estratégia de cuidado no contexto da reforma psiquiátrica, busca resgatar a potencialidade de produção de comunicação, relações e vínculos com os usuários dos serviços de saúde mental. Redefine-se como um saber-fazer que autoriza considerar o transtorno psíquico como mais um dado na história de um sujeito que vive em determinado território, estabelece relações sociais, faz parte de uma determinada família e sofre subjetivamente.

Para Almeida e Mishima (2001), ao considerarem que a unidade produtora dos serviços não é um profissional isoladamente, mas sim a equipe; que o foco central de atenção não é o indivíduo exclusivamente, mas a família e seu entorno; que as intervenções necessárias para proporcionar o cuidado à saúde devem se sustentar no conhecimento que contemple as determinações bio-psico-sociais da saúde-doença e cuidado na autonomia e responsabilização dos profissionais com os usuários, famílias e comunidade; a assistência à saúde passa a ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo, em que a interdisciplinaridade, bem como a multiprofissionalidade são necessárias.

Onde ocorre um encontro entre um profissional de saúde e um usuário ou familiar, verifica-se produção das relações de escutas e responsabilizações, que se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) de intervenção. Estes, por sua vez, não estão livres dos conflitos inerentes a toda relação interpessoal, uma vez que a interação entre duas pessoas constitui campo complexo na existência.



Apesar de as dificuldades nas interações eu-tu, os profissionais de saúde mental têm papel fundamental na assistência à família. Para promover o vínculo e um bom relacionamento interpessoal entre o usuário, o profissional e a família, o estabelecimento de relações harmoniosas é fundamental no processo de cuidado. Para tanto, os profissionais devem desenvolver atitudes que demonstrem sensibilidade e empatia, contribuindo para a assistência humanizada. No contexto da saúde mental, é fundamental que a equipe multiprofissional entenda os significados e as diferentes formas de ver a saúde e a doença e que, em seu agir, leve em consideração os significados culturais de cada pessoa, e seja coerente com as necessidades dos familiares. (RUEDELL; BECK; SILVA; LISBOA; PROCHNOW; PRESTES, 2010).

A construção de vínculos entre os profissionais e os familiares pode amenizar as representações negativas do serviço de saúde mental, as experiências dolorosas, bem como auxiliar os familiares no enfrentamento da sobrecarga, do medo e da angústia, inerentes ao processo de cuidado com a pessoa em sofrimento psíquico. Sendo assim, a comunicação pode ser um instrumento fundamental na inter-relação entre profissionais, usuários e familiares, possibilitando uma vivência mais tranquila para todos os envolvidos. Nessa direção, ratifica-se a necessidade de que os operadores da saúde mental reflitam acerca de sua atuação, a fim de ampliá-la e qualificá-la, reconhecendo que junto ao usuário sob seus cuidados, há uma família que também está sofrendo e necessita de atenção e cuidados. Desse modo, o alcance da qualidade da assistência desejada aos usuários e seus familiares nos dispositivos de assistência em saúde mental requer maior implicação dos trabalhadores.

No que se refere à questão do relacionamento com os profissionais de saúde, pude extrair dos depoimentos uma representação positiva do modelo psicossocial, marcado por um olhar sensível dos profissionais frente às demandas tanto dos usuários quanto dos seus familiares, o que é ilustrado na fala seguinte:

*Eu acho que de todo mundo que tem seus parentes e que trazem pra cá [referindo-se ao CAPS] e que vêem como são tratados, que isso tem uma importância muito grande para a família: se um estranho que é profissional está tratando tão bem esse paciente, porque eu não vou fazer a mesma coisa? Então, os profissionais de saúde passam o modelo correto para as famílias (Dona Betânia).*

Os familiares entrevistados destacaram a convivência próxima com os profissionais do CAPS III no cotidiano das atividades terapêuticas, nas orientações quanto ao uso dos medicamentos, no auxílio em questões referentes aos relatórios, benefícios assistenciais, etc.

Ficou evidente que no modelo asilar, vivenciado no antigo Anexo Psiquiátrico, a realidade apontava para um modelo médico centrado, havendo distanciamento afetivo dos profissionais em relação aos usuários e familiares e a verticalização do cuidado.

*Hoje eu estou vendo ela muito bem tratada. Viu! Hoje eu estou vendo ela muito bem arrodada de pessoas que têm o maior amor por ela, que dá atenção, Ave Maria, o pessoal de lá é excelente, o CAPS aí agora. Que antes? Ave, misericórdia! Hoje o lugar que ela tá mesmo bem cuidada é o CAPS, as pessoas gostam muito dela, trata, dão atenção. O pessoal agente vê que cuida é com amor, tem amor à profissão né, o importante é isso. Agente vê que tem dedicação, tem amor (Dona Maria)*

*Pela equipe, pelas pessoas que trabalham, eu acho que o grupo em si, todos, todos eu acho, não dá pra falar só uma pessoa, eles podem até explicar melhor porque eles estão aqui convivendo né? Mas eu acho que o grupo todo, do porteiro a quem cuida, a quem é enfermeiro né? Trabalha por amor, porque é difícil...( Sr. João).*

No que se refere à questão do relacionamento com os profissionais de saúde, podemos extrair dos depoimentos uma representação positiva do modelo psicossocial, marcado por um olhar sensível dos profissionais frente às demandas tanto dos usuários quanto dos seus familiares, corroborando com os estudos de Rosa (2002), ao estabelecer um comparativo entre os modelos asilar e psicossocial, dando destaque ao aspecto da inserção da família nos serviços de saúde mental e sua interação com a equipe multiprofissional.

*Sempre que fui ao CAPS fui bem atendida né, eles sempre me explicaram direitinho, lógico que hoje agente está com uma coordenação, uma equipe maior onde tem mais profissionais e que você consegue passar por psicólogos né? Psiquiatras, eu já conversei com médicos aqui, então pra mim eu acho que essa é a grande diferença, essa é uma equipe bem maior e mais qualificada do que antigamente... O de hoje com certeza, justamente por isso, por ter uma equipe mais qualificada até mais acolhedora né? Você pode contar com coordenadores, pessoas que você realmente pode sentar, conversar, viver e vivenciar esse problema dela né? (Dona Cleide)*

Os familiares entrevistados destacaram a convivência próxima com os profissionais do CAPS III no cotidiano das atividades terapêuticas, nas orientações quanto ao uso dos medicamentos, no auxílio em questões referentes aos relatórios, benefícios assistenciais, etc. Ficou evidente que no modelo asilar, vivenciado no antigo Anexo Psiquiátrico, a realidade era outra, uma vez que não havia essa aproximação com os profissionais.

*O conhecimento da gente com o pessoal do CAPS é uma coisa especial diferente porque com os outros hospitais nem tinha intimidade com funcionários e também ele não deixava a gente ter intimidade, uma conversa e ficar mais próximo com ela (Dona Doralice).*

#### 4.2.3 Ambiência dos serviços

Essa categoria está relacionada às condições físicas, de higiene e dos serviços ofertados pelas unidades de saúde em análise.

Aqui defino ambiência como o espaço da estrutura física e técnica dos ambientes que seja facilitador ou inibidor de uma atenção sensível, acolhedora e capaz de ofertar conforto, privacidade, segurança, expressão de subjetividades, elementos potencialmente decisivos no processo de atenção psicossocial. Portanto, a ideia de ambiência no universo da saúde mental tem grande importância para a configuração dos serviços no seu aspecto concreto estrutural, impactando de maneira significativa na interação e vínculos com os usuários do serviço.

*[...] Cada um tem seu leitozinho né? Eles botam eles a vontade pra acolher o que eles possam acolher. Tem aquela atenção, higiene também tem muita, acho importante. São separados, quer dizer, quarto masculino e feminino, não é tudo misturado, aquela coisa misturada, faz o que quiser fazer, eles têm muita atenção porque têm mesmo, eu digo a qualquer um mesmo (Dona Maria)*

Os serviços de saúde mental podem ter uma ambiência potencializadora ou coercitiva da liberdade e autonomia dos seus atores frente às atividades neles desenvolvidas. Os usuários e seus familiares podem ou não movimentar-se neste espaço com liberdade, vivenciando bem estar e prazer. Este entendimento vai ao encontro do conceito de ambiência considerando por Alves e Guljor (2006) como uma ferramenta capaz de potencializar o processo de reabilitação psicossocial, pois a construção de um ambiente confortável e que investe na produção de subjetividades acaba por proporcionar espaços de liberdade, autonomia e cidadania, criando uma atmosfera que facilita a manutenção do conforto, bem estar e a interação entre os usuários, família e equipe. Assim sendo, um cuidado qualificado está, dentre outros fatores, também condicionado ao ambiente.

Para Santos-Filho (2007), de acordo com o preconizado pela Política Nacional de Humanização (PNH), a assistência em saúde deve valorizar as relações baseadas no vínculo e na confiança, reconhecendo as singularidades do adoecer e as diferentes dimensões das

necessidades em saúde. Neste contexto, destaca-se a importância da estrutura física dos serviços no processo de produção da saúde.

A título de ilustração, o local onde são desenvolvidas as atividades de um CAPS, configura-se como espaço arquitetônico, componente concreto que se une ao componente simbólico do trabalho com a psicose. Na percepção de cuidado que visa a reabilitação psicossocial do usuário, a ambiência tem influência significativa, pois interfere na construção de um ambiente terapêutico. O ambiente de cuidado é reconhecido como terapêutico quando ocorrem interações positivas entre o ser cuidado, o ser que cuida e o ambiente.

A ambiência, portanto, é concretizada nas relações de cuidado, que incluem promoção da higiene do espaço físico, da higiene corporal, oferta adequada de alimentação e medicamentos. Vale ressaltar que a alimentação, as condições de higiene e o cuidado corporal são valorizados tanto pelos usuários como pelos familiares. Neste cenário acolhedor, que contribui para o processo de produção de saúde, a ambiência passa a ser um dos fatores provedores da mudança de modelo. A equipe tem papel fundamental na construção do ambiente de cuidado que não é estático, mas caracterizado por uma estrutura em movimento que envolve aspectos físicos e relacionais. Por tudo isso, a discussão sobre ambiência remete à possibilidade de construção de um contexto de cuidado qualificador da assistência prestada aos usuários e familiares do serviço. Uma ambiência de cuidado saudável, terapêutico, na saúde mental, compreendida na perspectiva da humanização dos territórios de encontros entre quem cuida e as pessoas que são cuidadas, potencializa a reabilitação psicossocial. (RIBEIRO, COIMBRA, BORGES, 2013).

*[...] Eu acho o de lá (CAPS) pra mim [...] a alimentação lá é ótima, eu fico lá observo assim sobre alimentação eu acho assim ótima. Eu chego lá de manhã o povo lá tá tendo merenda 9 horas, o povo lá 3 horas tá tendo merenda (Dona Leda).*

A estrutura disponibilizada pelos serviços de saúde mental precisa favorecer um ambiente terapêutico e, quando necessário, garantir modificações a fim de promover melhorias nas condições do cuidar, já que ele está presente em todas as etapas da assistência integral.

Nos depoimentos pude aferir que a ambiência é considerada pelos familiares como estruturante do processo terapêutico. Na análise das respostas enquadradas nessa categoria, os familiares apresentaram uma tendência a representarem a ambiência do CAPS como mais humanizada, acolhedora, limpa, organizada, além de incluir a família. Ao contrário, o antigo Anexo Psiquiátrico foi representado como um lugar obscuro, sujo, além de apartar a família da sua ambiência.

*Assim, um local onde não tinha muita limpeza, ela ficava quando ela dava as crises, a gente deixava ela lá acolhida. E aí não tinha a limpeza, eu acredito também devido ao que nessas crises dela, ela gostava de fazer necessidades e aí pra você também estar tendo uma pessoa pra (limpá-la), eu acredito que seja isso, mas eu via dessa forma, não tinha ventilação, tudo isso não era um ambiente muito legal [...] Bom, assim esse modelo agora realmente você tem os leitos onde você consegue acolher melhor. Tem ventilação, aqui (CAPS) realmente o ambiente é melhor, lá o ambiente [...] lá hospital psiquiátrico antigamente, eu era criança eu me lembro disso, eu acho que o ambiente em si não era legal, era meio obscuro (D. Cleide).*

Esse achado remete ao destacado por Foucault (2006), na revisão teórica desta tese, ao considerar que no modelo asilar, sob a égide do poder psiquiátrico, o que de fato interessava ao hospital era o próprio hospital: sua disposição arquitetônica, a organização do espaço, a maneira como os indivíduos são distribuídos nesse espaço, como se circula por ele, como se olha e se é olhado nele, tudo isso é que teria valor terapêutico em si. O destaque dado à supremacia do próprio asilo, o modelo hospitalocêntrico: o hospital, por si mesmo e com as características que lhe são inerentes tem o poder de curar independente e necessariamente desconectado do ambiente doméstico/familiar.

Na reflexão de Foucault (2006), no sistema psiquiátrico asilar, a família não desempenha absolutamente qualquer papel. O que importava era o panóptico como sistema de inspeção, de vigília, sem a participação da família. Portanto, um tipo de coerção inteiramente extra familiar. Portanto, a ambiência do asilo, afastava o indivíduo do sistema familiar.

Em contrapartida, o que é preconizado pela Reforma Psiquiátrica é que os serviços substitutivos ao asilo, orientados pelo modelo psicossocial, criem uma ambiência facilitadora do “cuidar em liberdade”, em espaços humanizados, acolhedores, inclusive dos familiares dos usuários.

#### **4.2.4 Modelo assistencial**

Essa categoria contempla descrições gerais da assistência prestada nos modelos asilar e psicossocial, sobretudo no tocante às formas de tratamento dispensadas nos referidos contextos.

Nas reflexões de Silva Junior e Alves (2007), o modelo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e

assistenciais. Trata-se de uma forma de articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver as demandas de saúde de uma coletividade.

Nessa perspectiva, os modelos de atenção em saúde não podem ser considerados apenas como uma estratégia de organizar os serviços, nem tampouco um modelo administrativo do sistema de saúde, uma vez que se configuram como certa maneira de articular técnicas e tecnologias no sentido de atender as necessidades e dar resolubilidade aos problemas de saúde individuais e coletivos, não se tratando de normas rígidas a serem seguidas, mas, sim, possibilidades variadas que orientam as intervenções em saúde.

Os modelos assistenciais estão vinculados a certas representações da saúde e da doença, das tecnologias disponíveis em determinada época para as intervenções e nas escolhas éticas e políticas que priorizam os problemas a serem enfrentados. Sobre essa discussão, Merhy (2002) assim se posiciona:

O tema de qualquer modelo de atenção à saúde faz referência não a programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do indivíduo, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares. E isto sempre será uma tarefa tecnológica, comprometida com necessidades enquanto valores de uso, enquanto utilidades para indivíduos e grupos<sup>6</sup>(MERHY, 2000, p. 2).

Sendo assim, os modelos assistenciais configuram determinados arranjos tecnoassistenciais que podem ou não contemplar, dentre outros aspectos, escuta aos usuários, familiares e trabalhadores dos seus problemas de vida, o contato com a cultura na rua, nos coletivos e redes sociais dos usuários dos serviços de saúde, integralidade, humanização e rede de cuidados.

Os modelos de atenção ou modelos assistenciais têm sido conceituados como combinações técnicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados contextos, incluindo ações sobre a ambiência, o acesso, as relações interpessoais, os equipamentos comunitários e os atores de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade (PAIM, 2003).

Na esfera da saúde mental, os modelos de assistência têm se transformado ao longo dos anos e demonstrado que é possível cuidar das pessoas com transtornos mentais em liberdade, mediante um modelo de saúde que esteja integrado aos diversos níveis de complexidade da rede

---

<sup>6</sup> “Modelo de atenção à saúde como contrato social” - texto apresentado na XI Conferência Nacional de Saúde 2000.

de atenção em saúde e não somente restrito ao hospital psiquiátrico, inscrito num modelo asilar/manicomial, que cronifica os seus pacientes.

*Eu acho que o acompanhamento no primeiro (Anexo Psiquiátrico) era mais privativo, a gente não participava, só ouvia as queixas dos pacientes, dos parentes, a gente não sabia como a coisa ocorria. [...] era tudo fechado, era como se fosse uma prisão. Ali no Anexo já era tudo fechado eu me lembro não tinha acesso com facilidade que posteriormente foi acontecendo (Dona Betânia).*

*O tratamento eu não sei muito como era porque era muito fechado, então isso causava pavor na gente, eu sabia, eu ouvi falar que tinha choques, eu não sei até quando esses choques funcionavam, porque também, pelo menos as pessoas ficavam muito assustadas, mas é de quando ele (CAPS) veio pra cá, veio ficando tão mais aberto que a gente começou a entrar com os nossos pacientes e sentir que eles estavam tranquilos. Que o que facilitou tudo isso foi o relacionamento mais amistoso e mais confiante entre os pacientes e os profissionais de saúde (Dona Betânia).*

O modelo psicossocial, a exemplo, pauta-se na criação de dispositivos de escuta dos seus usuários, familiares e profissionais, buscando a integralidade, humanização e qualidade da atenção, coadunadas com a produção de atos de cuidar de pessoas, grupos sociais e lugares.

As representações do modelo psicossocial que extraí dos depoimentos dos familiares entrevistados apontam para uma avaliação positiva do mesmo, como política pública de atenção à saúde mental. Por outro lado, os significados que esses mesmos atores atribuem ao modelo asilar/manicomial são negativos, fato que remete a uma reflexão, já apontada na revisão de literatura deste trabalho, quanto ao espaço que passa a ser ocupado pela família nos serviços substitutivos de cuidados em saúde mental, orientados pela Reforma Psiquiátrica.

*[...]Para tratamento de doente mental igual ao CAPS eu nunca vi. O suporte do CAPS é ótimo para o doente mental, para a família do doente visitar, assistir, acompanhar você tá entendendo? A medicação dela quando estava em casa era liberada do CAPS pra minha mãe, era liberado diária, já ia no saquinho as doses tudo certinho, os horários certinhos, tudo direitinho e a medicação maciça mensal o CAPS mesmo pegava direto na farmácia, e só liberava a quantidade diária pra ela (Dona Doralice).*

Sobre essa questão, Sidrim (2010) entende que a tão difundida reabilitação psicossocial proposta nas diretrizes da reforma psiquiátrica, somente se efetiva ao resgatar a fala do usuário como cidadão e por em questão o seu *status* incapacitante, possibilitando sua inscrição numa

ordem na qual os direitos civis, políticos e sociais lhes sejam restituídos. Isso significa: circular nos espaços da cidade, participar da construção do seu projeto terapêutico singular no serviço de saúde mental ao qual, porventura, esteja vinculado, ter acesso e produzir no espaço da cultura, exercer direitos políticos, sendo que nesse contexto, a família tem um papel fundamental na consolidação dessa proposta.

A análise dos resultados desta pesquisa sugere que os familiares tendem a representar a desinstitucionalização psiquiátrica no município de Alagoinhas-Ba, como um processo que vem incluindo a família e intensificando seu cuidado com a mesma, seja facilitando o acesso ao serviço de saúde mental, ou acolhendo-a melhor ou ainda pelo estabelecimento de relações interpessoais mais horizontalizadas, nas quais predomina o diálogo e o acesso às informações. Assim, os espaços oferecidos à família pelo CAPS têm permitido a inclusão desta no trabalho terapêutico com o usuário. Os familiares que convivem com uma pessoa em sofrimento psíquico, muitas vezes, encontra-se fragilizada, debilitada, sobrecarregada e sem alternativas ou recursos de apoio frente às situações que se apresentam no cotidiano.

Além disso, os resultados apontam para a ideia de que os familiares tendem a representar o asilo como um lugar no qual a pessoa em sofrimento psíquico precisava ser afastada da sociedade e do seu lar, sendo mantida sob os cuidados dos “especialistas”, além do confisco dos seus direitos civis, da sua capacidade de se tratar e de exercer a sua cidadania.

*[...] A sociedade hoje participa do CAPS, de primeiro, quando os portões eram fechados, no Anexo, a sociedade não participava. De primeiro os pacientes não iam pra rua desfilar 7 de setembro, não iam pras festas e hoje em dia esse novo modelo está condicionando uma abertura não só para eles se sentirem melhores e também para a família ficar mais junto. Melhor do que antes (Dona Betânia).*

Esses depoimentos remetem às funções das representações sociais, destacadas por Abric (1998) como a função de orientação de condutas, que guia os comportamentos e as práticas, e a função justificatória, que legitima as tomadas de posição e os comportamentos efetivados, sendo nesse caso, a manutenção do doente mental no sistema asilar, sob a tutela do Poder Psiquiátrico. A partir dessas representações, cria-se uma lógica, que pode ser expressa por cuidar/tratar/hospitalizar, reforçando o sistema asilar e de tutela do doente mental.

Corroborando com essa reflexão, Barros (1994) esclarece que, historicamente, os “alienados” foram excluídos de participar da vida social e de exercer sua cidadania, por vincular-se às representações de periculosidade e improdutividade. Essas representações se



assemelham àquelas acerca do louco/doente mental do século XVII, quando houve a grande internação. Os familiares entrevistados neste estudo, de certa forma, representaram o Antigo Anexo Psiquiátrico como um modelo semelhante ao descrito anteriormente.

*[...] É, no antigo modelo eu percebia um modelo fechado, frio. Quem era internado lá muitas vezes não era tratado de maneira humana, hoje em dia já percebo que aqui as atividades são feitas assim no sentido de ela (usuária) conviver socialmente melhor, então pra mim esse modelo é muito melhor do que o do passado (Dona Juliana).*

Além disso, de acordo com os resultados obtidos, verifiquei que, de maneira geral, os familiares representam negativamente os hospitais psiquiátricos significando-os como instituições que reforçam a exclusão e a manutenção do estigma social.

Apesar de os estudos de Mastazo e Kirschbaum (2003) acerca da hospitalização, do impacto da doença mental na família e dos problemas ocasionados com a alta do paciente, apontarem para dificuldades pessoais, socioeconômicas e de relacionamento familiar, sugerindo a ideia de que os familiares defendiam a permanência ou o retorno do paciente para o hospital e o seu afastamento do meio social, na presente pesquisa constatei o oposto, uma vez que os depoimentos desses atores revelaram um olhar positivo para o modelo psicossocial experienciado no CAPS.

*[...] Antes do CAPS era difícil, por não saber lidar com a doença né? Não conhecia a doença, não sabia cuidar e ela também não aceitava. Depois que a gente começou, encaminhou ela, ela vinha, mesmo assim, passava medicação e ia pra casa, antes não tinha um conviver, vir todo dia pro CAPS, então essa foi uma etapa muito difícil, aí depois que teve a terapia, começou a vir, frequentar, vir todos os dias, aí a mudança é muita ... Hoje ela entende, como se fosse aqui porque aqui, ela... o que passa pra ela, ela leva pra casa né, o que ensina aqui é como se fosse uma escola né, a criança aprende na escola e leva pra casa, o que ela aprendeu assim e o CAPS ajuda né aí ela segue o que fala aqui no CAPS (Sr. João).*

Randemark e Queiroz (2004) corroboram com os achados do presente estudo, ratificando a ideia de que os familiares que têm parentes usando outros tipos de serviço em saúde mental, que não o hospital, consideram que seus parentes têm condições de viver junto à família, representando o manicômio como uma instituição negativa e de exclusão, uma vez que marginaliza a pessoa em sofrimento psíquico.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa contrariaram, em certo sentido, minha hipótese inicial de que a família, ao comparar o modelo asilar da internação psiquiátrica no hospício com o modelo da Atenção Psicossocial praticado no CAPS, tende a apresentar ambiguidades/contradições em suas representações, ou seja, a hipótese de que se por um lado, a família considera o modelo psicossocial mais humanizado, por outro deve apresentar incômodo pelo fato desse modelo imputar-lhe grande responsabilidade no cuidado à pessoa com transtorno mental, gerando-lhe sobrecarga.

Apesar de os depoimentos apresentarem o elemento da sobrecarga, do sofrimento e das dificuldades inerentes aos cuidados com o transtorno mental, os familiares não manifestaram contradições/ambiguidades, sendo assertivos na defesa de que o processo de Reforma Psiquiátrica no município de Alagoinhas-Ba, sobretudo a partir da implantação do CAPS III, trouxe significativas mudanças na assistência prestada aos usuários e familiares que frequentam o serviço de saúde mental. Ressalto que em momento algum, os familiares defenderam a ideia de retorno ao antigo modelo asilar.

A não confirmação da minha hipótese com os achados da pesquisa remetem às reflexões de Thomas Khun (1998), ao apresentar uma definição científica de teoria como uma síntese aceita de um campo de conhecimento, consistindo em hipóteses necessariamente falseáveis, mas não por isto erradas, dúbias ou tampouco duvidosas que devem ser permanentemente confrontadas entre si e com os fatos no conjunto de evidências científicas que alicerçam novos conceitos.

O autor supracitado ressalta que uma “teoria científica” é a soma indissociável de dois subconjuntos, quais sejam: o subconjunto de fatos naturais, evidências verificáveis, mas não obrigatoriamente reprodutíveis e um subconjunto de hipóteses científicas vinculadas à descrição destes fatos; das ideias necessariamente falseáveis, testáveis frente às evidências que vão configurando os conceitos. Sempre que se verifica algum fato novo, contrariando uma hipótese, modificam-se pressupostos, produzindo novas ideias. Desse modo, o conhecimento científico evolui em virtude da descoberta de novos fatos, como pude constatar na presente investigação.

A instituição asilar foi representada, nesta pesquisa, como um lugar de exclusão, que mantinha a pessoa com transtorno mental fora do convívio social e familiar. Os familiares

investigados tenderam a representar o tratamento oferecido naquele contexto como frio, desumano, que destituiu o sujeito de seus direitos, de sua liberdade, marcado pelo preconceito.

Ao contrário disso, o modelo psicossocial, vivenciado no contexto do CAPS III, significa para as famílias uma nova forma de tratamento, na qual as mesmas revelam perceber as mudanças ocorridas na maneira de tratar os usuários e a eles mesmos. Esses familiares que vivenciaram os dois modelos afirmaram, neste estudo, que o CAPS propicia condições de ambiência física, afetivo-relacional e de assistência que viabilizam a convivência do usuário no seio da família, promovendo algo bem distante do testemunhado no antigo manicômio, uma vez que o Centro de Atenção Psicossocial promove alegria, acesso, convivência, cidadania, respeito, direito à informação, lazer.

O estudo permitiu uma aproximação com as representações dos familiares acerca da reorientação do modelo assistencial daquele município, a partir dos relatos de suas experiências cotidianas, revelando as dificuldades, enfrentamentos, percepções sobre as instituições e formas de tratamento dos modelos asilar e psicossocial vivenciados no Anexo Psiquiátrico e no atual CAPS III, respectivamente.

As referências trazidas por Foucault (2006) auxiliaram teoricamente no sentido de compreender as relações históricas entre asilo e família no processo de “cuidado” frente à pessoa com transtorno psíquico, a partir de diferentes estratégias, como, por exemplo, os procedimentos de interdição e internamento.

Os novos dispositivos de assistência em saúde mental, notadamente os CAPS, ao proporem a participação da família no processo de tratamento se distanciam do modelo manicomial. Porém, considero que os mesmos ainda devem ser ampliados e contemplar em suas dinâmicas de assistência o cuidado com os familiares no sentido, inclusive, de instrumentalizá-los para a compreensão do processo do adoecer psíquico, do papel das instituições de saúde mental nesse contexto e das formas adequadas de abordagem e manejo nas situações de crise.

Essas visões, confirmando o preconizado pela Teoria das Representações Sociais trazem reflexos significativos no modo como a família representa e, de certo modo, participa do processo da Reforma Psiquiátrica.

O conceito de representações sociais e sua progressiva teorização criaram possibilidades para a emergência de uma nova perspectiva de entendimento sobre a atividade cognitiva e simbólica dos indivíduos nas suas interações cotidianas. Portanto, tem servido como chave de

análise para inúmeros fenômenos sociais com os quais nos deparamos atualmente. Os estudos suscitados pela TRS estão diretamente relacionados aos problemas contemporâneos, trazendo contribuições sobre as visões do mundo, as concepções construídas pelos diferentes grupos, nas condições em que foram gestadas.

A Teoria das Representações Sociais surgiu com a finalidade de superar tanto o reducionismo psicologizante quanto o sociologizante, considerando que a malha social constrói as consciências individuais e que estas são por ela construídas. Deve-se considerar, antes de tudo, que a TRS aponta para uma mudança na perspectiva de abordagem dos fenômenos psicossociais e, por isso, ela rompe com a orientação cognitivista e comportamentalista dominante na Psicologia Social Americana, que manteve, por décadas, a hegemonia na área.

A interdisciplinaridade daí decorrente tem sido uma fonte fecunda na descrição, compreensão e análise dos objetos que têm investigado e na intercomunicação entre pesquisadores de várias disciplinas, promovendo amplos debates com diversidade de análises, referenciais e críticas produzidas.

Portanto, o presente estudo tomou como referencial básico a TRS, no sentido de compreender as representações sociais dos familiares de pacientes, egressos de internações psiquiátricas, sobre o processo de reorientação do modelo assistencial em saúde mental no município de Alagoinhas-Bahia. Verifiquei nesta investigação que as representações descritas, a partir das categorias acesso, relacionamento com a equipe de profissionais, ambiência e modelo assistencial, utilizadas como chaves para uma aproximação com a forma de pensar dos entrevistados, permite-me defender a tese de que a internação, vivenciada no Antigo Anexo Psiquiátrico daquele município, significa para a família o distanciamento do usuário e seu isolamento.

Os usuários e os familiares, nas concepções apreendidas, a partir dos depoimentos, eram tratados, no modelo asilar/manicomial, com desprezo, sendo confiscado o direito à convivência, à informação, à participação social, gerando sofrimento para os mesmos.

No contexto pesquisado pude aferir que os familiares entrevistados compreendem a Reforma Psiquiátrica como um processo que efetivamente trouxe mudanças no modo de tratar o usuário, propondo um novo tipo de cuidado, assistindo a pessoa em sofrimento psíquico com mais liberdade.

O CAPS III de Alagoinhas foi avaliado pelos familiares entrevistados, como modelo de assistência em saúde mental, que tem favorecido a mediação dos usuários com os familiares e

equipe técnica, trilhando uma atenção psicossocial compartilhada, em rede, que não esquizofreniza a responsabilidade no tocante ao cuidado com a pessoa em sofrimento psíquico, como se constatava no antigo Anexo Psiquiátrico, entidade representativa do modelo asilar/manicomial.

Compreender os olhares, percepções, representações do processo de reorientação do modelo de assistência em saúde mental do município de Alagoinhas, preconizado pela Reforma Psiquiátrica, na perspectiva dos familiares, investigando, inclusive, as dinâmicas de relacionamento que se estabelecem com os serviços de assistência a partir dessas representações que são norteadoras de condutas; conhecer as significações dos modelos asilar e psicossocial para os familiares de usuários do Centro de Atenção Psicossocial daquele município e identificar nos discursos produzidos pelos familiares, a partir das suas representações, a avaliação que os mesmos fazem dos Serviços de Saúde Mental em foco foram os objetivos deste estudo.

Os achados revelaram que familiares identificam o modelo psicossocial como promotor de melhorias nas condições de vida e saúde dos usuários, vivenciadas no tratamento do CAPS, ao contrário do modelo asilar/manicomial, representado nesta pesquisa como segregador e iatrogênico. Além disso, os familiares colocam em discussão a eficácia do modelo asilar, destacando a importância do modelo psicossocial.

No tocante ao método utilizado, deparei-me com certas dificuldades na pesquisa documental, tendo em vista a subnotificação de informações, além da deterioração de alguns arquivos. Essa limitação foi superada por meio da combinação metodológica com as entrevistas, possibilitando uma melhor compreensão do fenômeno investigado.

Para May (2004), uma das vantagens desse tipo de fonte de dados é a possibilidade de realização de um estudo longitudinal, porque as informações ficam guardadas, podendo ser acessadas a qualquer tempo, desde que conservadas.

Os modelos de assistência em saúde mental estão intimamente conectados às condições econômicas, históricas, políticas e culturais que caracterizam as diferentes regiões e países, determinando as práticas singulares de cuidado, ora incluindo e, por vezes excluindo a família do processo.

A reforma psiquiátrica é um movimento social, que deve estar articulado a um conjunto de iniciativas engendradas nos campos legislativo, jurídico, administrativo e cultural, tecendo uma rede de atenção que visa em última análise, transformar a relação entre a sociedade e a

loucura. Como prática social, esse movimento é construído coletivamente, nas diferenças, nos conflitos e nas contradições, devendo incluir os diversos atores sociais implicados, quais sejam: os próprios usuários, profissionais, comunidade e os familiares que, indubitavelmente, necessitam de uma atenção, um olhar, um cuidado e um acolhimento diferenciados.

Ao finalizar este estudo, sem a pretensão de esgotar o tema, considero que o mesmo se constitui como um instrumento útil para a avaliação da política de saúde mental, tanto no âmbito na realidade local de Alagoinhas, quanto em esfera nacional, a partir do olhar da família.

Por tudo isso, considero que este estudo abre possibilidades para novas investigações acerca da compreensão dos gestores e dos profissionais de saúde mental sobre o universo representacional dos familiares quanto à reforma psiquiátrica e a importância da inclusão dos mesmos nas práticas assistenciais de cuidado, acolhendo-os nas suas angústias, crises, incertezas, oferecendo-lhes subsídios, recursos, informações e apoio para uma melhor convivência com o sofrimento psíquico.

## REFERÊNCIAS

ABRIC, J. **Pratiques sociales et représentations**. Paris: Press Universitaires de France, 1998.

ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S, **A teoria das Representações Sociais**. In: TORRES, C. V.; NEIVA, E.R. *Psicologia Social: principais temas e vertentes*. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ALMEIDA, M. C. P. de; MISHIMA, S. M. **O desafio do trabalho na atenção a saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho**. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 5, n. 9, p. 150-30, 2001.

ALVES D.S., GULJOR A.P. **O cuidado em saúde mental**. In: PINHEIRO, R., MATTOS R.A., organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/IMS-UERJ/Abrasco; p.221-40, 2006.

ALVES, P. C. e RABELO, M. C. **Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença**: ALVES, P. C. (org). *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/Relume Dumará, 1998.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 2 ed. Rio de Janeiro:Fiocruz,2008.

\_\_\_\_\_. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro:Fiocruz,1995.

AMBLARD, I. e CRUZ, F. L. **Sentidos de vitória/derrota para os pais segundo atletas do alto rendimento**. In: *Psicologia: Ciência e Profissão/Conselho Federal de Psicologia*. Brasília, DF, Brasil: CFP, 1981 -v.35, n.3, 2015.

ANDRADE, Maria Antônia Alonso de. **Cultura Política, identidade e representações sociais**. Recife: Fundação Joaquim Nabuco/Ed. Massangana, 1999.

BARDIN, Lourence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa. Ed. 70, 2009

BARROS, D. **Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber**. In P. Amarante (Ed.), *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (pp.171-196). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

BICHAFF, R. **A percepção do usuário sobre o modelo assistencial.** In: caderno de textos - III Conferência Nacional de Saúde Mental - M.S - Brasília - DF, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental:** 1990-2004. Brasília, 2004.

CAPONI, Sandra. **Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico.** Ciência e Saúde Coletiva, janeiro-fevereiro, ano/vol.14, número 001. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, Brasil, PP.95-103, 2009.

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

\_\_\_\_\_ El Vocabulario de Michel Foucault: **Un recorrido alfabético por los temas, conceptos y autores.** Buenos Aires: Ed. Prometeu, 2004.

CERVENY, C.M. (org.). **Família e...**, São Paulo, Casa do Psicólogo, 2004.

DALMOLIN BM. **Esperança equilibrista:** Cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

FARR, R. M. **As Raízes da Psicologia Social Moderna.** Petrópolis: Vozes, 2010.

FAUSTO NETO, A. M. **Família operária e reprodução da força de trabalho.** Petrópolis, Vozes, 1982.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. **Foucault e a análise do discurso em educação.** Cadernos de Pesquisa em educação. São Paulo, n. 114, dez. 2001.

FOUCAULT, Michel. **O Poder Psiquiátrico.** Martins Fontes: São Paulo, 2006.

\_\_\_\_\_ **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão.** Graal: Rio de Janeiro, 1977.

\_\_\_\_\_ **História da Loucura na idade clássica.** São Paulo: Perspectiva, 2008

\_\_\_\_\_ **Microfísica do Poder.** Graal: Rio de Janeiro, 1996.



GOLDBERG, J. **Reabilitação como processo – O Centro de Atenção Psicossocial**. In: PITTA, A. M. F. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.

GONÇALVES, A.M. **A mulher que cuida do doente mental em família**. [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem/UFMG, 1999.

GUARESCHI, P. **O que é mesmo psicologia social? Uma perspectiva crítica de sua história e seu estado hoje**. In JACÓ-VILELA, AM. and SATO, L., orgs. *Diálogos em psicologia social* [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012. p. 25-45. ISBN: 978-85-7982-060-1.

GUERRA, G.C.M. **A institucionalização de representações sociais: uma proposta de integração teórica**. *Rege*, São Paulo – SP, Brasil, v. 18, n. 3, p. 339-359, jul./set. 2011.

HARRÉ, R. **The singular self: An introduction to the psychology of personhood**. London: Sage, 1998.

HELLER, A. *O cotidiano e a história*. 3ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1989.

JODELET, D. **Les Représentations Sociales**. 4 ed. Paris: PUF, 1994.

\_\_\_\_\_. **Representações sociais: um domínio em expansão**. In: JODELET, Denise (org). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, p. 17-44, 2001.

JOVCHELOVITCH, Sandra. **Representações Sociais: para uma fenomenologia dos saberes sociais**. *Revista Psicologia e Sociedade*. São Paulo: ABRAPSO, v. 10, n. 1, 1998.

KUHN, Thomas S. **A Estrutura das Revoluções Científicas**. Editora Perspectiva, São Paulo, 1998

LAVILLE, Christian e DIONNE, Jean. **A construção do Saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Experiências da Loucura**. Garamond: Rio de Janeiro, 2001.

MARKOVÁ, I. **Dialogicidade e representações sociais: as dinâmicas da mente** Petrópolis, RJ, Vozes, 2006.

MASTAZO, R., & KIRSCHBAUM, D. **Usuários de um centro de atenção psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca do tratamento psiquiátrico.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, 11(6), 26-39, 2003.

MAY, Tim. **Pesquisa Social: questões, métodos e processos.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

MEDRADO, B. **Das representações aos repertórios: uma abordagem construcionista.** *Psicologia e Sociedade.* São Paulo: ABRAPSO, v. 10, n. 1, 1998.

MELMAN, J. **Família e doença mental:** repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo, Escrituras Editora, 2008.

\_\_\_\_\_. **Repensando o cuidado em relação aos familiares de pacientes com transtorno mental.** Dissertação de Mestrado em Medicina. São Paulo, USP/D.M. 1998

MENEZES, J. E. X. **Usos foucaultianos da categoria família.** In: JACQUET, Christine e COSTA, Livia Fialho (org). *Família em mudança.* São Paulo: Companhia Ilimitada, 2004.

MINAYO, Maria Cecília & SANCHES, O. **Quantitativo-Qualitativo:** Oposição ou Complementaridade? *Cad. Saúde Públ.* Rio de Janeiro, 9(3):239-262, jul/set, 1993

MINAYO, Maria Cecília. **O conceito de Representações Sociais dentro da Sociologia Clássica.** In: GUARESCHI, Pedrinho A. e JOVCHELOVITCH, Sandra (org)- *Textos em Representações Sociais.* Petrópolis: Vozes, 2ª edição, 1995.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

MOSCOVICI, S. **La Psychanalyse son image et son public.** Paris: PUF, 1961.

\_\_\_\_\_. **A Representação Social da Psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978

\_\_\_\_\_. **Representações Sociais: investigações em Psicologia Social.** 9 ed. Petrópolis, RJ, Vozes, 2012.

\_\_\_\_\_. **Das representações coletivas às Representações Sociais: elementos para uma história.** In: JODELET, Denise (org.). *As Representações Sociais.* Rio de Janeiro: EdUERJ. p.45-66, 2001.

\_\_\_\_\_. **The Phenomenon of social representations.** In: FARR, M., MOSCOVICI, S. (Eds.). Social representations. Cambridge: Cambridge University Press, 1984.

MURTA, Genida Ferreira (org). **Saberes e práticas:** guia para o ensino e aprendizado de enfermagem. São Paulo: Difusão Editora, 2008.

NEME, C.M.B., RODRIGUES, O. M. P. R. (org.) **Psicologia da Saúde:** perspectivas interdisciplinares. São Carlos: RiMa, 2003.

NEVES, José Luis. **Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades.** Caderno de pesquisas em administração, São Paulo, v.1, nº3, 2º sem./1996.

NÓBREGA, Sheva Maia da - **O que é Representação Social.** Tradução parcial, revisada e ampliada do trabalho “La maladie mentale au Brésil: étude sur les représentations sociales de la folie par des sujets intemés à l'hôpital psychiatrique et leurs familles”, 1990(mimeo).

OLIVEIRA, Moacir Lira. **Família e Reforma Psiquiátrica: tensões e diálogos possíveis.** Saarbrücken, OmnisCriptum GmbH e CoKg, Novas Edições Acadêmicas,2015.

PAES, Marilena Leite. **Arquivos: teoria e prática.** Rio de Janeiro: FGV, 2002.

PAIM, J. S. **Modelos de atenção e vigilância da saúde.** In: ROUQUAYROL, Z. M.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan, p. 567-586,2003.

PITTA, A. (org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil.** São Paulo, Hucitec, 1996.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(12):4579-4589,2011.

POTTER, J. **Representing reality.** Londres: Sage, 2012.

RABINOW, Paul e DREYFUS, Hubert. Michel Foucault-Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro. **Forense Universitária**, 1995.

RANDEMARK, N., Jorge, M., & QUEIROZ, M. A reforma psiquiátrica no olhar das famílias. **Texto & Contexto Enfermagem**, 13(4), 543-550, 2004.

RASERA, E.F. **A Psicologia Discursiva nos estudos em Psicologia Social e Saúde**. In: Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia, 13(3):815-834, set.-dez. 2013. UERJ, 2013.

RIBEIRO J.P.; COIMBRA V.C.C.; BORGES, A.M. **Grupo de familiares de um Centro de Atenção Psicossocial: experiências de seus usuários**. Rev Enferm, UFSM [Internet]. 2012 [acesso em 2013, março; 2(2): 375-85. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/4582/3762>.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo, Atlas, 2010.

RODRIGUES, F. D., GONZE, G. G. e BENFICA, T. M. S. **A inserção da residência no Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência: considerações preliminares**. In: FILGUEIRAS, M. S. T., RODRIGUES, F. D. e BENFICA, T. M. S. (org). **Psicologia Hospitalar e da Saúde: Consolidando práticas e saberes na Residência**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

\_\_\_\_\_. **As condições da Família Brasileira de Baixa Renda no Provimento de cuidados com o Portador de Transtorno Mental**. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo, Cortez, 2002.

RUEDELL, L. M; BECK, C. L. C; SILVA, R. M; LISBOA, R. L.; PROCHNOW, A.; PRESTES, F. C. **Relações interpessoais entre profissionais de enfermagem e familiares em Unidade de Tratamento Intensivo: estudo bibliográfico**. **Cogitare Enferm** Jan/Mar; 15(1): 147-52, 2010.

SÁ, C. P. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2002.

SACAZUFCA M. **Abordagem familiar em esquizofrenia**. **Revista Brasileira de Psiquiatria** 2000; 22(1): 50-1.

SANTOS-FILHO S.B. **Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos**. **Ciência & Saúde Coletiva**. 12(4): 999-1010, 2007.

SÁ-SILVA, J. R, ALMEIDA, C. D. e GUINDANI, J. F. **Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas**. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. Ano I-Nº I-Julho de 2009.

SCHMIDT, M.B. e FIGUEIREDO, A.C. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 130-140, março 2009.

SIDRIM, M.I.C. **As representações sociais da reabilitação psicossocial: um estudo sobre os CAPS**. Curitiba: Juruá, 2010.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes & ALVES, Carla Almeida. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D. Andrea Corbo (org). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p 27-41. ISBN: 978-85-98768-24-3, 2007.

SOALHEIRO, N. I. e AMARANTE, P. D. Reflexões em torno da temática da política e das reformas no campo da psiquiatria, a partir de Michel Foucault e do Movimento dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental. In: PASSOS, Izabel C. Friche. (Org.). **Poder, normalização e violência: incursões foucaultianas para a atualidade**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008. (Coleção Estudos Foucaultianos).

SOUZA, M. L. M. **As Representações Sociais da comunidade sobre elementos culturais e turísticos da Vesperata em Diamantina – MG**. Dissertação (Mestrado em Cultura e Turismo) Universidade Estadual de Santa Cruz. Ilhéus, 2008.

SPINK, Mary Jane - O estudo empírico das Representações Sociais. In: **O conhecimento no cotidiano**. São Paulo: Brasiliense, 1996.

SPINK, MJ. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. 72 p. ISBN: 978-85-7982-046-5

STREY, M. N. Gênero. In: NEVES, M. **Psicologia Social Contemporânea**. Petrópolis, RJ, Vozes, 2010.

TORRANO, L. H. **Michel Foucault & Tecnologias do Poder: a psicanálise**. Revista Aulas Dossiê Foucault, 3: 1-11, 2007

TORRANO, Luísa Helena. **Michel Foucault & Tecnologias de Poder: a Psicanálise**. Revista Aulas, Dossiê Foucault, Nº 3-dezembro 2006/março 2007.

VALA, Jorge. **Representações sociais: para uma psicologia social do pensamento social** In: VALA, J. e MONTEIRO, M.B. **Psicologia Social**. Lisboa: Fundação Calouste Gouberkian, 1993.

\_\_\_\_\_ **Racisms: Social representations, racial prejudice and normative pressures”**.  
Papers on Social Representations, 22, 6.1-6.29, 2013.

WAIMAN, M.A.P. **O cuidado às famílias de portadores de transtornos mentais no paradigma da desinstitucionalização**. 2004. 277f. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

## APÊNDICE

### APÊNDICEA – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL



MUNICÍPIO DE ALAGOINHAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

#### TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Eu, Reginaldo Paiva de Barros, Secretário Municipal da Saúde de Alagoas-Bahia, autorizo a realização da pesquisa **“Do hospício ao Centro de Atenção Psicossocial: um estudo das representações sociais de familiares acerca do processo de Reforma Psiquiátrica no município de Alagoas-Ba”**, a ser realizada pelo doutorando **Moacir Lira de Oliveira**, sob a orientação do prof.Dr.José Euclimar Xavier de Menezes, no Centro de Atenção Psicossocial-CAPS III Tom Brasil, desta Secretaria da Saúde, estando ciente de que a identidade de todos os participantes será mantida em sigilo. Declaramos, a fim de viabilizar a execução do projeto de pesquisa supracitado sob a responsabilidade dos pesquisadores Moacir Lira de Oliveira e Prof.Dr.José Euclimar Xavier de Menezes, que a **Coordenação da Média Complexidade desta Secretaria Municipal da Saúde**, conforme Resolução CNS 466/12, assume a responsabilidade de fazer cumprir os Termos da Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99, 303/2000, 304/2000, 340/2004, 346/2005 e 347/2005), além de zelar para que o pesquisador cumpra os objetivos do projeto.

De acordo e ciente,

  
Reginaldo Paiva de Barros  
Secretário Municipal da Saúde de Alagoas-Bahia

Alagoas-Ba, 05 de maio de 2015.

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado(a), autorizo a Universidade Católica do Salvador, por intermédio do doutorando Moacir Lira de Oliveira, devidamente assistido pelo seu orientador Professor Doutor José Euclimar Xavier de Menezes, a desenvolver a pesquisa abaixo descrita:

1-Título da pesquisa: Do Hospício ao Centro de Atenção Psicossocial: Um estudo das representações sociais de familiares acerca do processo de Reforma Psiquiátrica no município de Alagoinhas-Ba.

2-Objetivos: Primário - Compreender as representações sociais dos familiares de pacientes, egressos de longas e repetidas internações psiquiátricas, sobre o processo de reorientação do modelo assistencial em saúde mental no município de Alagoinhas-Bahia, e secundários - Conhecer as significações dos modelos asilar e psicossocial para os familiares de usuários do CAPS III daquele município; identificar nos discursos produzidos pelos familiares, a partir das suas representações, o lugar da responsabilização no cuidado do seu familiar no contexto do CAPS; destacar os conflitos vivenciados na convivência com o serviço de saúde mental; refletir sobre a importância de entender a Reforma Psiquiátrica do ponto de vista das famílias e de empreender uma aproximação entre as leituras leiga e profissional do processo de reorientação do modelo assistencial.

3-Descrição de procedimentos: Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa de caráter descritivo-exploratório, a partir de uma combinação de estratégias metodológicas, utilizando **pesquisa documental** por meio da consulta aos arquivos de prontuários de pacientes do Centro de Atenção Psicossocial- CAPS III da cidade de Alagoinhas-Bahia, com histórico de internações em hospitais psiquiátricos, inclusive no antigo Anexo Psiquiátrico ao Hospital Regional Dantas Bião naquele mesmo município. Haverá, também, consulta a registros das atas das reuniões com familiares dos mesmos. Além disso, será utilizada como instrumento a **entrevista não estruturada** com familiares que circulam no Centro de Atenção Psicossocial e que acompanham esses usuários desde a época das internações, residindo na mesma casa, no sentido de identificar e compreender representações, significados que esses familiares atribuem ao processo de reorientação do modelo assistencial. As entrevistas serão gravadas, transcritas e, finalmente, será feita a **análise de conteúdo** do material coletado.

4-Justificativa para a realização da pesquisa: O desenvolvimento do presente estudo é relevante, uma vez que discutir sobre família no contexto da saúde mental requer contribuições de áreas do conhecimento como o Direito, a Psicologia, a Sociologia e a Saúde Coletiva, saberes convocados a contribuir no aprofundamento de uma reflexão sobre relações familiares em contextos complexos, notadamente aqueles de convivência com a diferença, que impõe os desafios da inclusão e da co-responsabilização pelo cuidado frente à pessoa com transtorno psíquico. Além disso, o trabalho pretende ser um contributo



para uma análise das representações da reorientação do modelo assistencial no âmbito de um Centro de Atenção Psicossocial, na ótica dos familiares, provocando um repensar acerca do lugar ocupado pela família no cenário da Reforma Psiquiátrica.

5-Desconfortos e riscos esperados: O participante poderá sentir-se desconfortável ao compartilhar informações pessoais e confidenciais, como no caso das questões referentes às questões subjetivas que envolvem, nas narrativas, o resgate de memórias referentes ao adoecimento psíquico de familiares e seu tratamento em instituições psiquiátricas. Contudo, se for perceptível e expressada tal situação, o sujeito não precisa responder a qualquer pergunta ou parte de informações, se sentir que ela é muito pessoal ou sentir desconforto em falar. Foi devidamente informado dos riscos acima descritos e de qualquer risco não descrito, não previsível, porém que possa ocorrer em decorrência da pesquisa será de inteira responsabilidade dos pesquisadores.

6-Benefícios esperados: Reveste-se, portanto de significativa importância a tentativa de descrever as representações sociais dos familiares de pacientes, egressos de internações psiquiátricas, sobre o processo de reorientação do modelo assistencial em saúde mental no município de Alagoinhas-Bahia, pela oportunidade que propicia para a produção de novos conhecimentos e de oferecer subsídios para a avaliação das políticas públicas no âmbito da saúde mental, podendo não existir benefícios diretos e/ou os esperados com o conhecimento gerado.

7-Informações: Os participantes têm a garantia que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. Também os pesquisadores supracitados assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo.

8-Retirada do consentimento: O voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.

9-Aspecto Legal: Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde – Brasília/DF.

10-Confabilidade: Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém, os voluntários assinarão o termo de consentimento livre e esclarecido para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

11-Quanto à indenização: Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário.

12-Os participantes receberão uma cópia deste Termo assinada por todos os envolvidos (participantes e pesquisadores).

13-Dados do pesquisador responsável: Moacir Lira de Oliveira – Doutorando do Programa de Pós-graduação em Família na Sociedade Contemporânea-Universidade Católica do Salvador.

Endereço: Rua Tupy Caldas, nº 374, Bairro Santa Terezinha, Alagoinhas-Ba, CEP 48010-480

Telefone (75) 9930-5964/3181-6538 – e-mail: mocalira@gmail.com

**ATENÇÃO:** A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica do Salvador.

CEP/UCSal:Endereço: Av. Cardeal da Silva, nº 205 – Federação – Salvador/BA – CEP: 40231-902-Tel: (71) 3203-8913 | Email: cep@ucsal.br

Alagoinhas-Ba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

---

ASSINATURA DO(A) VOLUNTÁRIO(A)

---

Moacir Lira de Oliveira

Pesquisador

---

Prof. Dr. José Euclimar Xavier de Menezes

## APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA

**ROTEIRO DA ENTREVISTA****LOCAL:****DATA:****NÚMERO DA ENTREVISTA:****IDENTIFICAÇÃO:**

Nome:

Idade:

Sexo:

Nível de Escolaridade:

Ocupação:

Grau de Parentesco:

Tempo de convivência:

- 1- Fale sobre o problema mental que acomete seu familiar.
- 2- Como é sua convivência com esse familiar?
- 3- Descreva o tratamento que seu familiar recebia no Antigo Anexo Psiquiátrico e recebe no atual CAPS III de Alagoinhas.
- 4- Relate acerca da sua relação com os referidos serviços de Saúde Mental.
- 5- Qual dos serviços citados você considera que foi mais eficaz no tratamento do seu familiar? Justifique.

## APÊNDICE D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE  
SALVADOR - UCSAL



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Do hospício ao Centro de Atenção Psicossocial: um estudo das Representações Sociais de familiares acerca do processo de Reforma Psiquiátrica no município de Alagoinhas-Ba.

**Pesquisador:** Moacir Lira de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 46943515.3.0000.5628

**Instituição Proponente:** Universidade Católica do Salvador

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.204.624

**Apresentação do Projeto:**

O presente estudo versa sobre as representações sociais de familiares acerca do processo de Reforma Psiquiátrica no município de Alagoinhas-Ba. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo-exploratório, a partir da análise de documentos e narrativas, a ser aplicado mediante entrevistas individuais com familiares de usuários do Centro de Atenção Psicossocial-CAPS III, da cidade de Alagoinhas-Ba, egressos da internação psiquiátrica.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Compreender as representações sociais dos familiares de pacientes, egressos de longas e repetidas internações psiquiátricas, sobre o processo de reorientação do modelo assistencial em saúde mental no município de Alagoinhas-Bahia.

**Objetivo Secundário:**

Conhecer as significações dos modelos asilar e psicossocial para os familiares de usuários do CAPS III daquele município; identificar nos discursos produzidos pelos familiares, a partir das suas representações, o lugar da responsabilização no cuidado do seu familiar no contexto do CAPS;

**Endereço:** Av. Cardeal da Silva, nº 205  
**Bairro:** Federação **CEP:** 40.201-902  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3203-8913 **Fax:** (71)3203-8975 **E-mail:** cep@ucsal.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE  
SALVADOR - UCSAL



Continuação do Parecer: 1.204.624

destacar os conflitos vivenciados na convivência com o serviço de saúde mental; refletir sobre a importância de entender a Reforma Psiquiátrica do ponto de vista das famílias e de empreender uma aproximação entre as leituras leiga e profissional do processo de reorientação do modelo assistencial.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

O participante poderá sentir-se desconfortável ao compartilhar informações pessoais e confidenciais, como no caso das questões referentes ao resgate de memórias ligadas ao adoecimento psíquico de familiares e seu tratamento em instituições psiquiátricas. Contudo, se for perceptível e expressada tal situação, o sujeito não precisa responder a qualquer pergunta ou parte de informações, se sentir que ela é muito pessoal ou sentir desconforto em falar. Eles serão devidamente informados dos riscos acima descritos e de qualquer risco não descrito, não previsível, porém que possa ocorrer em decorrência da pesquisa será de inteira responsabilidade dos pesquisadores.

No Brasil, o processo de desinstitucionalização das pessoas com sofrimento mental é relativamente recente, faltando, ainda, estudos para orientar e avaliar as novas formas de intervenção na/com a família e a comunidade. De maneira geral, a abordagem familiar nos serviços é desenvolvida de maneira limitada. O profissional sabe que é preciso orientar os familiares a respeito das necessidades e do cuidado do usuário, mas isso é feito sem que se pergunte, por exemplo: o que significa orientar uma família? O que eles precisam saber? Ou, ainda, o que eles querem saber? Mais raramente ainda, se coloca a questão: Como esses familiares constroem os significados, as representações acerca do Serviço de Atenção à Saúde Mental e suas intervenções com o usuário? Para Scazufca (2000), os significados e representações sobre o transtorno mental podem não ser compartilhados igualmente por todas as pessoas que vivem numa mesma casa, o que resulta em diferentes atitudes e vivências ante os problemas.

Além disso, nem todos os familiares possuem condições estruturais, econômicas e emocionais para lidar com o problema. Entretanto, de alguma forma elaboram a experiência, lidam com seu sofrimento e expectativas e podem viabilizar a convivência com a doença, buscando apoio em sua rede de conhecidos, em algum sistema de crenças e em tratamentos oficiais ou alternativos. Nesse contexto, merece destaque a concepção que esses familiares têm do serviço de assistência a esse paciente, sobretudo num modelo de assistência considerado "inovador", com a pretensão de se constituir em substitutivo ao modelo asilar, manicomial. Dessa modo, considera-se relevante

Endereço: Av. Cardinal da Silva, nº 205  
 Bairro: Federação CEP: 40.231-002  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)3203-8813 Fax: (71)3203-8975 E-mail: cep@ucsal.br

Continuação do Parecer: 1.204.624

investigar as representações que os familiares têm dos modelos de assistência à pessoa em sofrimento psíquico, notadamente no que diz respeito à reorientação do modelo de atenção em saúde mental, preconizada pela Lei 10216, de 06 de abril de 2001, popularmente conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

**Introdução:**

**Tamanho da Amostra no Brasil:** 10

**Benefícios:**

Reveste-se, portanto de significativa importância a tentativa de descrever as representações sociais dos familiares de pacientes, egressos de internações psiquiátricas, sobre o processo de reorientação do modelo assistencial em saúde mental no município de Alagoinhas-Bahia, pela oportunidade que propicia para a produção de novos conhecimentos e de oferecer subsídios para a avaliação das políticas públicas no âmbito da saúde mental.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto bem estruturado, factível, com boas possibilidades de produzir conhecimento oportuno ao desenvolvimento da pesquisa proposta.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Cumprir com proficiência os Termos de apresentação obrigatória.

**Recomendações:**

Que observe os tempos necessários e previstos para a execução do projeto e providencie o relatório final da pesquisa para monitoramento.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado, sem pendências

**Considerações Finais a critério do CEP:**

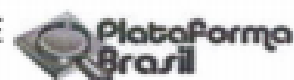
Conforme Reunião do Colegiado, em 19/08/2015, ficou deliberado que o projeto se encontra aprovado, sendo acatado o Parecer do Relator.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCE / Termos de	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE	11/06/2015		Aceito

Endereço: Av. Cardinal da Silva, nº 205  
 Bairro: Federação CEP: 40.231-902  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)3203-8913 Fax: (71)3203-8975 E-mail: cep@ucsal.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE  
SALVADOR - UCSAL



Continuação do Parecer: 1.204.634

Assentimento / Justificativa de Ausência	ESCLARECIDO.doc	20:39:30		Aceito
Outros	TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL ASSINADO.JPG	15/08/2015 20:49:51		Aceito
Outros	SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA 1.JPG	15/08/2015 20:50:52		Aceito
Outros	SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA 2.JPG	15/08/2015 20:51:20		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA DE ROSTO.jpg	22/08/2015 10:53:52		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_528013.pdf	22/08/2015 10:59:11		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO DETALHADO.doc	07/07/2015 21:19:08		Aceito
Outros	ROTEIRO DE ENTREVISTA.docx	07/07/2015 21:19:52		Aceito
Outros	CURRICULO Moscir Lira de Oliveira.docx	07/07/2015 21:26:37		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_528013.pdf	07/07/2015 21:28:49		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 28 de Agosto de 2015.

Assinado por:  
Ana Maria Fernandes Pitta  
(Coordenador)

Endereço: Av. Cardinal da Silva, nº 205  
Bairro: Federação CEP: 40.231-902  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3203-8913 Fax: (71)3203-8975 E-mail: cep@ucsal.br

## APÊNDICE E – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR  
SUPERINTENDÊNCIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA  
CURSO DE DOUTORADO

*Recebido em 05/05/2015*  
*L. H. L.*

Salvador-Bahia, 14 de abril de 2015

Ofício nº 047/15-PPPG

Ilmo.Dr. Reginaldo Paiva de Barros  
M.D.Secretário Municipal de Saúde de Alagoinhas-Bahia

Prezado Senhor,

Vimos, por meio deste, solicitar a V.Sa. que se digne a permitir a realização de uma pesquisa no Centro de Atenção Psicossocial-CAPS III Tom Brasil, instituição vinculada a essa Secretaria de Saúde. A referida pesquisa intitulada: **“Do hospício ao Centro de Atenção Psicossocial: um estudo das representações sociais de familiares acerca do processo de Reforma Psiquiátrica no município de Alagoinhas-Ba”**, apresenta como objetivo geral compreender as representações sociais dos familiares de pacientes, egressos de internações psiquiátricas, sobre o processo de reorientação do modelo assistencial em saúde mental no município de Alagoinhas-Bahia e, como objetivos específicos, conhecer as significações dos modelos asilar e psicossocial para os familiares de usuários do CAPS III Tom Brasil; identificar nos discursos produzidos pelos familiares, a partir das suas representações, o lugar da responsabilização no cuidado do seu familiar no contexto do CAPS e destacar os conflitos vivenciados na convivência com o serviço de saúde mental. Além disso, busca refletir sobre a importância de se entender a Reforma Psiquiátrica do ponto de vista das famílias e de se empreender uma aproximação entre as leituras leiga e profissional do processo de reorientação do modelo assistencial em saúde mental.



## ANEXOS

ANEXO A - LEI No 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.



### **Presidência da República** **Casa Civil** **Subchefia para Assuntos Jurídicos**

#### **LEI Nº 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.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - 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;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

*Jose Gregori*

*José Serra*

*Roberto Brant*

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 9.4.2001

## ANEXO B - PORTARIA 336 DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002

**PORTARIA 336 DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002**

Portaria n.º 336/GM em 19 de fevereiro de 2002.

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais;

Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001;

Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, resolve:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante.

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

Art. 4º Definir, que as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas:

4.1 - CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana;

4.1.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.1.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro;

c - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

4.2 - CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

4.2.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.2.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3 - CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;

b - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

4.3.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);

b - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias;

i - a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

4.3.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 02 (dois) médicos psiquiatras;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental.

c - 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3.2.1 - Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

a - 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;

b - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio;

4.3.2.2 - Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

a - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico;

b - 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço

c - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

4.4 – CAPS i II – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.

4.4.1- A assistência prestada ao paciente no CAPS i II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);



- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas e atendimentos domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;
- g - desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;
- h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias;

#### 4.4.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS i II, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por:

- a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;
- b - 01 (um) enfermeiro.
- c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.5 – CAPS ad II – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características:

- a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;
- b - sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;
- c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- d - coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;
- e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

h - manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

4.5.1. A assistência prestada ao paciente no CAPS ad II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

h - atendimento de desintoxicação.

4.5.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;

d - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Art.5º Estabelecer que os CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o

tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor. A descrição minuciosa destas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS, conforme definida no Artigo 2o.

Art. 6º Estabelecer que os atuais CAPS e NAPS deverão ser recadastrados nas modalidades CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II pelo gestor estadual, após parecer técnico da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. Parágrafo único. O mesmo procedimento se aplicará aos novos CAPS que vierem a ser implantados.

Art.7º Definir que os procedimentos realizados pelos CAPS e NAPS atualmente existentes, após o seu recadastramento, assim como os novos que vierem a ser criados e cadastrados, serão remunerados através do Sistema APAC/SIA, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

Art.8º. Estabelecer que serão alocados no FAEC, para a finalidade descrita no art. 5o, durante os exercícios de 2002 e 2003, recursos financeiros no valor total de R\$52.000.000,00 (cinquenta e dois milhões de reais), previstos no orçamento do Ministério da Saúde.

Art.9o.. Definir que os procedimentos a serem realizados pelos CAPS, nas modalidades I, II (incluídos CAPS i II e CAPS ad II) e III, objetos da presente Portaria, serão regulamentados em ato próprio do Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Art.10. Esta Portaria entrará em vigor a partir da competência fevereiro de 2002, revogando-se as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA