



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

ANTONIO JEIMISON DA SILVA PEREIRA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMILIARES DE PESSOAS
COM TRANSTORNO MENTAL SOBRE O CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL – CAPSi**

CAMPINA GRANDE

2014

ANTONIO JEIMISON DA SILVA PEREIRA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMILIARES DE PESSOAS
COM TRANSTORNO MENTAL SOBRE O CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL– CAPSi**

*Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Graduação
em Psicologia da Universidade
Estadual da Paraíba, em cumprimento
a exigência para obtenção do grau de
Licenciado/Formação em Psicologia.*

Orientadora: Dra Maria Lígia de Aquino Gouveia

CAMPINA GRANDE

2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

P436r Pereira, Antônio Jeimison da Silva.

Representações sociais de familiares de pessoas com transtorno mental sobre o Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPSi [manuscrito] / Antônio Jeimison da Silva Pereira. - 2014. 39 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.

"Orientação: Profa. Dra. Maria Ligia de Aquino Gouveia, Departamento de Psicologia".

1. Representações sociais. 2. Pessoas portadoras de necessidades especiais. 3. Família. I. Título.

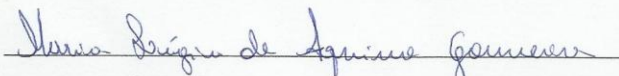
21. ed. CDD 362.2

ANTÔNIO JEIMISON DA SILVA PEREIRA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMILIARES DE PESSOAS COM
TRANSTORNO MENTAL SOBRE O CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL INFANTIL- CAPSi**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Graduação em
Psicologia da Universidade Estadual da
Paraíba, em cumprimento a exigência
para obtenção do grau de
Licenciado/Formação em Psicologia.

Aprovado em: 01/04/ 2014



Profª Dra Maria Lígia de Aquino Gouveta/UEPB

Orientadora



Profª Dra Jailma Souto Oliveira da Silva/UEPB

Examinadora



Profª Dra Sibelle Maria Martins de Barros/UEPB

Examinadora

(...) é preciso partir
é preciso chegar
é preciso partir é preciso chegar...
Ah, como esta vida é urgente!
(Mário Quintana)

AGRADECIMENTOS

À Deus, primeiramente, por ter me concedido a oportunidade de concluir esse curso que foi tão desejado, mesmo não sabendo do que se tratava. Desde cedo a Psicologia me fisgou. Agradeço a ele por me nutrir de esperança e de fé, dando a certeza que os que confiam nele são como os montes de Sião, que não se abalam, mas permanecem para sempre. A ele o meu eterno agradecimento!

A minha mãe, Rosa, por sempre acreditar em mim, por ser essa pessoa tão batalhadora e exemplo de que quando queremos, conseguimos. Por sempre estimular o desejo de estudar, de ir em busca de algo melhor. Por sempre, em meio a tantas dificuldades mostrar que há uma solução. Por me apoiar sempre em minhas decisões. Sou eternamente grato. Sem você, esse sonho não teria se tornado realidade.

A minha tia, Dinete, uma segunda mãe, muito obrigado pelas puxadas na orelha quando precisei, pelas broncas que serviram para me tornar uma pessoa melhor. Obrigado, por sempre estar do meu lado, me aconselhando, e mostrando o caminho a seguir. Sem o seu apoio, não teria chegado até aqui!

Ao meu irmão, Douglas, meus agradecimentos por sempre ter tolerado minhas exigências, meus aborrecimentos. Durante esses anos que passamos distante um do outro, vi a importância que tens em minha vida. Obrigado, por sempre nas minhas angústias me ouvir, e mostrar, do seu jeito, que apesar das dificuldades iria conseguir.

Aos meus primos, em especial à Gidiane, Rafael, e Larissa que sempre acreditaram no meu potencial durante essa caminhada. Tenho profundo carinho por vocês.

A minha namorada, Emiliana, por compartilhar de momentos difíceis, mas também de momentos agradáveis. Pelo apoio, quando eu mais precisei estavas do meu lado. Pela compreensão, pelo companheirismo que sempre guiou o nosso relacionamento.

Aos meus amigos, em especial Ana Paula, Nathália, Deivide, Conceição, Flávia, Glória que fizeram com que Campina Grande ficasse cheia de brilho, cheia de luz. Muito obrigado por conhecer na minha essência, e aceitar como sou. Pelas boas conversas, conselhos e por estarem sempre ao meu lado. Com vocês, esses cinco anos longe de casa, se tornaram bem melhor.

A Jayane e a Thayse, pessoas estas que desde a primeira vista já nos tornamos amigos. Conversas vai, conversas vem, e certa vez conversávamos sobre esse momento,

momento este que tínhamos medo e não saberíamos se chegávamos até aqui. E hoje, estamos aqui provando disso tudo. Mas, como não lembrar das nossas aventuras? Dos nossos cuzcuz? Da gente estudando até altas horas, das nossas saídas? Hoje, agradeço por tornarem os dias nessa cidade bem melhores, mais alegres. Com vocês descobri o verdadeiro significado da amizade.

A minha orientadora, Lígia Gouveia, pelos ensinamentos repassados de uma maneira tão serena, tão calma e sempre apontando que as coisas irão dar certo, basta ter foco! Por aceitar me orientar com essa temática, mesmo não sendo objeto de seus estudos. Muito obrigado!

A Banca, Sibelle e Jailma, que participaram e contribuíram efetivamente da minha formação. Por serem exemplos de profissionais comprometidos, responsáveis. Por sempre estimular mais e mais a busca pelo conhecimento, e por aceitar participar da banca examinadora.

Aos demais professores que passaram ao longo da minha formação, em especial Livia Sales por ter dado o ponta pé inicial e estimular o desejo de conhecer essa área tão obscura que é a Saúde Mental. Á Elianne Madza, pelo exemplo de professora que és, pela simplicidade na sua transmissão. A Joana Dar'c, pela amizade, pelo companheirismo. A Thelma Grisi, pelos conhecimentos bem adquiridos quando fazia parte de seus projetos, conhecimentos esses valiosos e que me servirão para a vida. Não poderia esquecer de Marcelina Gonzaga, Fabiola Aquino, Cristiane Galvão, Ivana Fechinne, por esses tenho grande admiração.

Aos meus Colegas e amigos da turma 2009.2 que me receberam e acolheram de braços abertos, tornando cada dia mais proveitoso. Por vivenciarmos momentos tão bons, mas ao mesmo tempo passar por momentos desagradáveis, mas são coisas que a vida nos prega, e hoje somos quase uma família, por que não uma família extensa? Todos, sem distinção fizeram parte do crescimento, afinal crescemos juntos, fizemos escolhas diferentes, mas o sentimento que nos unia e nos une, é maior do que isso. Sentirei Saudades!

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMILIARES DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL SOBRE O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL– CAPSI

PEREIRA, Antonio Jeimison da Silva Pereira

O presente estudo tem como objetivo analisar as representações sociais de familiares de usuários a respeito do serviço – CAPSi. O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial Infantil, no município de Campina Grande-PB. Participaram do estudo 10 familiares de crianças com transtorno mental que frequentavam a assembléia familiar realizada pelo serviço CAPSi há mais de um ano. A análise dos dados foi realizada através da análise temática de Bardin. Os resultados apontam representações de sofrimento e preconceito em torno da doença mental; representação do CAPSi antes de ser usuário como lugar de doido ou lugar de assistência completa a pessoa portadora de transtorno mental e depois de utilizar os serviços do CAPSi, este passa a ser representado como importante para o desenvolvimento do usuário, mas precário em termos da gestão do mesmo.

Palavras Chave: Representações Sociais; Família; Usuários do CAPS¹

¹ Graduando em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Jeimison_bs@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O interesse por esta temática surgiu quando o autor deste trabalho vivenciou durante um ano a realidade de familiares que freqüentavam quinzenalmente a assembléia de famílias no Centro de Atenção Psicossocial CAPS II – Novos tempos, em Campina Grande. Nestas assembléias os familiares falavam sobre suas histórias e dificuldades frente o sofrimento mental. Segundo Melmam (2006, p.20) o adoecimento de um familiar representa para a família um grande abalo, um corte no caminho dos envolvidos, o despreparo para lidar com as novas situações que surgem, gerando um desconforto, duvidas e desafios no processo de cuidar de um portador de sofrimento mental.

A loucura já foi (re) vista de variadas maneiras ao longo da história da humanidade, desde manifestações demoníacas, a comunicação com os deuses. Não obstante a isso, diversas foram as formas de como tratar o louco, desde o momento denominado por Foucault de grande internação, momento em que se internavam as pessoas que se distanciava do dito “normal”, até a criação dos serviços substitutivos.

Mas o movimento que criou os serviços substitutivos teve uma longa trajetória e ainda está em construção, foi com a realização de uma conferência em saúde no ano de 1992 e da constituição instaurada no país em 1988 que o direito a cidadania de pessoas com transtorno mental entra de forma mais forte na arena social, trazendo como consequência o processo de descredenciamento dos leitos dos hospitais psiquiátricos, denominando-se assim, este movimento, de Reforma Psiquiátrica.

Foi definitivamente com a lei 10.216, projeto de lei do deputado Paulo Delgado, que novos modelos de atendimento aos portadores de transtornos mentais começam a ser instituídos, passando a família a ter um papel central no tratamento e inclusão dessas pessoas.

REFERENCIAL TEÓRICO

Loucura: uma perspectiva histórica

A loucura na Grécia antiga era vista como um privilégio, pois era através de delírios que os homens tinham acesso a verdades divinas. O que o “louco” expressava era importante, pois ele seria capaz de inferir, “adivinhar” o comportamento e o destino das pessoas. Essa visão sobre a loucura também corrobora com a idéia de Sócrates (469 – 399 a.C), considerado pai da filosofia e, como já dizia Platão, médico da alma. Ele defendia a loucura como expressões de deuses, pois estava ligada as interferências ou sofrimentos procedentes de desejos divinos, expiação de culpas, de encostos, de feitiços, de mal olhados ou de possessões espirituais. A loucura não estava posta a nenhum preconceito e era ligada a práticas que chegassem aos deuses.

Nesta época pode-se dizer que a loucura tinha um espaço definido que poderia de alguma forma expressar esse ser “louco”, sem a necessidade de extingui-lo ou excluí-lo. O “louco” era importante para a sociedade, pois tinham o poder de inferir o destino das pessoas, eram os mensageiros dos deuses, as pessoas que estavam em uma condição mais próxima dos deuses. Assim, nesta época, a loucura não era considerada doença, e suas causas eram de cunho externo e sobrenatural, e não orgânicas e/ou internas e natural.

Posteriormente, surge a concepção organicista de Hipócrates (460 – 370 a.C), que fez uma mudança na compreensão dos desencadeadores da loucura, passando do sobrenatural para o natural. Defendia que a saúde do homem dependia de uma boa relação com a natureza a qual este homem estava inserido (SILVA, 2012). Para Hipócrates o equilíbrio do organismo se dava a partir do funcionamento de quatro humores presentes no corpo humano, que são: o sangue, a bílis negra, a bílis amarela e a fleuma. E segundo ele é a partir do desequilíbrio que as doenças surgem, assim como também a loucura.

Nesta mesma perspectiva a loucura era vista como uma umidade no cérebro, segundo o médico Coos as alucinações, delírios eram produtos do movimento do cérebro que induziam variações no que se ouve ou no que se vê em relação a posição do cérebro em determinado momento (CIRILO, 2002). Com essa concepção da loucura os tratamentos tinham objetivos de livrar os enfermos de seus “maus humores”, já que Hipocrates defendia a representação de saúde-doença na perspectiva humoral.

Neste contexto filosófico Platão vê a loucura de maneira mais organicista, fisiológica, uma vez que a logos, a razão, ficava na parte encefálica da cabeça, e que esta era superior as duas almas inferiores que se localizavam no coração e nas vísceras. Platão tinha a concepção de que essas três almas faziam parte da mente, já que qualquer desvio específico em cada uma, daria origem a uma desordem mental, loucura (CIRILO, 2002).

Durante o período da idade média a sociedade foi fortemente influenciada pela igreja católica, em que a representação saúde/doença tinha cunho religioso. Nesta época a concepção de loucura como expressão divina desaparece e dar lugar ao cristianismo que ganhava força na ocasião e possuía a verdade absoluta. Nesta época os santos eram reverenciados e os sacerdotes da igreja aconselhavam as pessoas para curar algo que considerasse “estranho”. Ao contrário de como a loucura era vista anteriormente, devido a essa “estranheza” que os doentes mentais possuíam, os loucos passaram a ser classificados como feiticeiros, que se comunicavam com os seres diabólicos e sua cura não poderia ser alcançada pela medicina sendo, portanto, conseguida através da fé, crença e rituais de prece.

A concepção da loucura como expressões demoníacas, como foi caracterizada na idade média, foi quebrada com o renascimento. Neste período histórico o homem era visto como o centro do universo, a passagem do pensamento teocêntrico para o antropocêntrico, que preconizava o racionalismo científico, levou a loucura a ser compreendida de outra forma, como perda da razão, da vontade, do livre arbítrio e como desajuste da moral (SILVA, 2012).

Depois de a loucura ser vista como manifestações divinas e como expressões demoníacas, a loucura foi sendo concebida como uma causa social junta com a causa dos mendigos, ladrões, prostitutas e todos que de alguma forma ameaçavam a ordem social da época. Assim hospitais foram construídos para abrigar, enclausurar as pessoas que se distanciavam da idéia de homem racional. Estes hospitais não possuíam objetivo de cura, apenas separar essa classe social dos tidos como “normais”. Esse período ficou conhecido como a grande internação, a qual denominou Foucault.

No final do século XVIII surge a revolução francesa fundamentada no lema da fraternidade, igualdade e a liberdade dos homens que surgem questionamentos ao modelo de internação e exclusão de determinados grupos da sociedade que se diferenciava das demais levando a algumas modificações na forma de enclausuramento (AMARANTE, 2007). No século XVIII, Phillip Pinel, que marcou o início da

psiquiatria como especialidade médica, estava na organização do hospital Bicetrê, em Paris, passando a adotar uma maneira de separar os alienados (loucos) dos outros encarcerados (prostitutas, ladrões, leprosos). Além de organizar o espaço asilar, argumentando que o isolamento possibilitaria uma observação mais apurada do objeto a ser estudado, surge, a partir daí, a idéia do normal – anormal, sendo este ultimo ligado aos transtornos mentais.

Os transtornos mentais passaram a ser encarados como doença mental. Sendo o alienado uma pessoa incapaz e o seu leito, o asilo, um lugar de se ordenar (AMARANTE, 2007), tendo em vista que o isolamento e o tratamento moral (as gaiolas, camisas de força, os quartos escuros para isolamento e vigilância, o trabalho como meio disciplinar, etc.) teriam o objetivo de retirar os alienados do estado de confusão e restituir-lhes a razão.

É a partir do século XIX que o hospital psiquiátrico recebe a denominação de “espaços para loucos”, refletindo cada vez mais a maneira excludente com a qual a sociedade lida com as pessoas que não se enquadrava nos padrões, desta forma, ocorreu grande propagação de abrigos, hospitais psiquiátricos, asilos, prisões e outros meios de isolamento (SILVA, 2011).

No Brasil, com a chegada da família real portuguesa no século XIX é que a temática veio a ser objeto de atenção. Havia uma necessidade de retirar da rua o doente mental, bem como os que causavam desordem. Em 1852 o Imperador D. Pedro I inaugurou o primeiro hospício no Brasil na cidade do Rio de Janeiro que denominou de Hospital Pedro II (AMARANTE, 2007). Logo de início 144 pacientes ocuparam o espaço, sendo que o mesmo tinha capacidade para 350 leitos.

A psiquiatria asilar, prática exercida na época, em meados do século XX passa a ser alvo de algumas críticas através dos movimentos sociais que logo foi designado como anti-psiquiátricos. Esse movimento tinha a finalidade de desconstruir o espaço asilar e conseqüentemente fortalecer a desinstitucionalização. Na época surgiram alguns movimentos com propostas de transformação das praticas institucionais, como por exemplo, na Itália (a psiquiatria democrática), nos Estados Unidos (a psiquiatria comunitária), e na Inglaterra (comunidades terapêuticas) (SILVA, 2011). Com isso os pacientes passaram a ser vistos como portadores de necessidades especiais que excediam a pratica da medicina. Surge então um movimento dos próprios trabalhadores da saúde mental no país com o objetivo de mudar a forma de tratamento até então praticado dando origem à reforma psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica

Parece contraditório, mas foi a partir das duas grandes guerras mundiais, cerca de 200 anos depois de Pinel, que emergiram questionamentos em todo o mundo em relação ao objetivo da psiquiatria, seu saber e seu poder, por sua vez influenciados pelas repercussões nazistas. Vários estudiosos descrevem as instituições psiquiátricas de cunho de exclusão e estigmatização, características essas que mais tarde foram alvo de denúncia e questionamentos a respeito da prática vigente e necessidades de transformações desses fazeres.

Em alguns lugares, iniciaram diversas formas de tentar mudar a prática nos hospitais psiquiátricos, que a priori era um movimento que tinha como principal objetivo humanizar os asilos. Visto que essa crítica provinha da própria estrutura asilar, de onde surgiam altos índices de cronificação e que por ser o manicômio uma instituição de cura, deveria ser pensada e reformulada suas práticas, uma vez que havia se distanciado dos seus objetivos (MORAES, p 13, 2011).

Neste contexto, nos Estados Unidos surgiu na década de 60, um movimento denominado psiquiatria comunitária, que consistia uma aproximação da psiquiatria com a saúde pública. De acordo com Amarante (1998), esse movimento tinha a finalidade de intervir nos distúrbios mentais, mas também com o objetivo de promover e prevenir a sociedade destes, com intuito de “formar uma comunidade mentalmente sadia”. Foi a partir da psiquiatria comunitária que o termo doença mental foi substituído por saúde mental.

Também na década de 60, na Inglaterra, foi iniciado o movimento denominado de antipsiquiatria, com Laing e Cooper. Este movimento suscitou vários questionamentos não só em relação à psiquiatria, mas a própria doença mental, como o intuito de mostrar que o saber psiquiátrico não respondia a questão da loucura, uma vez que o internamento fugia dos padrões iniciais do tratamento e recuperação. De acordo com Roudinesco (1998), a antipsiquiatria teve ao mesmo tempo uma duração efêmera e um impacto considerável no mundo inteiro, ressaltando que a proposta teve a idéia de extinguir o manicômio e eliminar a noção de doença mental.

A experiência inglesa de comunidade terapêutica é realizada no próprio manicômio, não desfazendo a origem do problema que é a institucionalização. É a partir do modelo de Basaglia, na Itália, que a desinstitucionalização mostra ser possível por

meio da construção de novas maneiras de sociabilidade e subjetividade para aqueles que necessitam de assistência psiquiátrica (AMARANTE, 1995).

Então surge o movimento que promove a ruptura epistemológica e metodológica entre o saber/prática psiquiátrica, vistos até então. A psiquiatria democrática italiana não isenta a existência da doença mental, porém propõe uma nova forma de olhar para o fenômeno. Olhar esse que beneficia a complexidade da loucura como algo da condição humana e que vai além do saber psiquiátrico, algo que perpassa o sujeito, a família, a comunidade e demais atores sociais.

De acordo com o Instituto Franco Basaglia (2006), a finalidade da reforma psiquiátrica é transformar o modelo assistencial em saúde mental e construir um novo estatuto para o louco, o de cidadão como todos os outros. Não pretendia abolir o tratamento clínico, mas de extinguir o internamento como forma de exclusão do doente mental da sociedade. Para fugir dessa prática que até então se fazia presente, é proposto à substituição desse modelo pela criação de uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, de base comunitária.

A proposta da desinstitucionalização corrobora com a idéia da reabilitação social, cuja proposta não é de cura, mas de emancipação do sujeito, uma vez que na perspectiva de Basaglia a “loucura” é entendida como condição humana e não negação da normalidade. Segundo Lacetti & Amarante (1995), era preciso colocar a doença entre parênteses para que se pudesse tratar e lidar com os sujeitos concretos que sofrem e experimentam o sofrimento. Então, o sujeito visto em sua totalidade, requer demandas de trabalho, de lazer, de cuidados, de relações e afetos.

Com a finalidade de reverter gradativamente o modelo de atenção voltado para as internações psiquiátricas, a organização mundial de saúde propõe um novo modelo para a saúde mental de base comunitária, com serviços territoriais e atenção diária. Esses serviços devem ser estruturados em locais acessíveis, atendendo as diversas necessidades dos sujeitos, objetivando a emancipação, aumentando sua independência e estabelecendo alianças sociais (OMS, 2001).

Reforma Psiquiátrica no Brasil

No Brasil, o movimento da reforma psiquiátrica é contemporâneo, e é a partir da década de 70 que surgiram críticas ao modelo instituído até então, o hospitalocêntrico. A exclusão, a violência nos manicômios já eram pautas de discussões de luta pelos direitos

do doente mental. As principais indagações dizem respeito à natureza do modelo privatista e a sua incapacidade de oferecer um tratamento que atendesse as necessidades dos usuários.

Nesta época também se inicia as denúncias de maus tratos, falta de higiene, superlotação, péssima qualidade nos serviços prestados e falta de médicos nos hospitais psiquiátricos. E é principalmente com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que surgem as primeiras propostas de reformulação do modelo psiquiátrico.

O MTSM é um movimento que teve início no ano de 1978 e foi formado por trabalhadores que faziam parte do movimento sanitário (uma vez que esse movimento ocorreu na mesma época da reforma sanitária, mas a reforma psiquiátrica tem a sua própria história), associações de familiares, sindicalistas e internos de hospitais psiquiátricos. Essa época é caracterizada como o surgimento do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil. O MTSM tinha finalidade de realizar denúncia de maus tratos nos manicômios, a mercantilização da loucura e passa a construir uma crítica sobre o saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico para pessoas com transtornos mentais (DUARTE, 2011).

É realizado em 1987 na cidade de Bauru – SP o II Congresso Nacional do MTSM com o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”. No mesmo ano é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental na cidade do Rio de Janeiro e é partir daí que surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, no Brasil, na cidade de São Paulo (DUARTE, 2011).

Somente no ano 1989 um projeto de Lei de autoria do Deputado Paulo Delgado dá entrada no congresso nacional propondo a regulamentação de direitos das pessoas que sofriam de transtornos mentais e objetivando acabar com os manicômios existentes no Brasil. Com base no projeto de lei de Paulo Delgado, a partir de 1992, vários estados brasileiros aprovaram leis que determinaram a substituição gradativa/progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção a saúde mental. Mas, é somente em 2001, que o projeto de lei de autoria do deputado Paulo Delgado é sancionado (DUARTE, 2011).

A lei Federal 10.216, conhecida como Lei Paulo Delgado, incorpora um novo arranjo no que se diz respeito à assistência em saúde mental, dando maior enfoque ao tratamento em serviços de base comunitária, regulamentando os direitos e a proteção

dos portadores de transtornos mentais, porém não esboça mecanismos claros para a progressiva extinção de manicômios.

No mesmo ano da aprovação da lei 10.216 aconteceu a III Conferência de Saúde Mental, com o lema: “Cuidar sim, excluir não”, efetivando assim a reforma psiquiátrica no Brasil com acesso, qualidade, humanidade e controle social (CIRILO, 2002).

Concomitante com esses acontecimentos o Ministério da Saúde fortaleceu a proposta da reforma e deu maior ênfase a diminuição de leitos psiquiátricos, por meio de mecanismos claros e seguros, tais como a realização do Programa Nacional do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), do Programa Anual de Reestruturação de Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), como também a implantação do programa Volta pra Casa, da implantação do CAPS, das residências terapêuticas e outros dispositivos que possibilitaram a redução de leitos em hospitais psiquiátricos.

Novos Modelos e Práticas em Saúde Mental: Os Serviços Substitutivos - CAPS

A nova política de saúde mental brasileira, que teve seu maior apoio na lei 10.216, busca consolidar uma forma de saúde mental aberta e de base comunitária. Garante o livre movimento das pessoas acometidas de transtornos mentais, pelos serviços, comunidades, cidade, fomentando a cidadania e o sujeito de direitos. Este novo modelo em saúde mental conta com uma variedade de serviços, tais como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os Leitos de Atenção Integral, em hospitais gerais e nos CAPS III. Além do programa de volta pra casa que oferece bolsas para egressos de internações longas em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2011).

Com o intenso movimento social para uma nova roupagem na saúde mental no país, em março de 1987 foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS na cidade de São Paulo, denominado Professor Luiz da Rocha Cerqueira. Esses serviços são destinados a acolher pacientes portadores de transtornos mentais, estimular laços sócio afetivos, fazer emergir a autonomia, além de oferecer atendimento médico e psicológico (BRASIL, 2004).

A finalidade dos CAPS é oferecer atendimento a população de sua área de abrangência, fazendo acompanhamento clínico e reinserção social dos usuários através do trabalho, lazer, exercícios dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e

comunitários. Como se sabe o CAPS é um serviço criado para substituir as internações nos hospitais psiquiátricos.

Além de oferecer uma prática substitutiva do modelo hospitalocêntrico, ainda são objetivos do CAPS: realizar atendimento diariamente; gerenciar projetos terapêuticos com cuidado clínico eficiente e personalizado; promover a inserção social dos usuários por meio de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, com estratégias de enfrentamento de problemas. Os CAPS ainda têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuam no seu território e manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2004).

No que diz respeito à estrutura física, as práticas nesses serviços acontecem em locais abertos, acolhedores e inseridos na cidade, nos bairros. De acordo com o Ministério da Saúde (2004), os CAPS visam atender as pessoas que apresentam sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar projetos. São, de preferência, pacientes com transtornos mentais mais severos e/ou persistentes, isto é, com graves comprometimentos psíquicos, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Nesse contexto o atendimento se dá por espontânea vontade do usuário ou ainda pode ser encaminhado pelo Programa de Saúde da Família ou por qualquer outro serviço de saúde. Ao chegar ao serviço o paciente é acolhido e escutado em seu sofrimento, com a finalidade de compreender a situação de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham. Realiza um diagnóstico diferencial e cria uma estratégia ou um projeto terapêutico para cada usuário. Os CAPS também oferecem a modalidade de atendimento domiciliar, desde que a pessoa não tenha condições de acesso ao serviço (BRASIL, 2004).

O trabalho desenvolvido pelo CAPS é realizado através de um meio terapêutico, podendo ser por intermédio de sessões individuais ou grupais. Como foi exposto anteriormente, através da escuta e do acolhimento é elaborado um plano terapêutico

com o usuário, e em geral, o profissional que o acolheu no serviço passará a ser uma referência para ele, sendo denominado no serviço de Terapeuta ou Técnico de Referência (TR) (BRASIL, 2004).

O técnico ou terapeuta de referência tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo as atividades e a frequência de participação no serviço, por exemplo. Também é de responsabilidade do TR contatar a família quando necessário e avaliar juntamente com a equipe as metas traçadas no plano terapêutico (BRASIL, 2004).

É importante lembrar que cada usuário tem seu projeto individual para o seu tratamento, que por sua vez respeita sua singularidade e a dinâmica do atendimento. É a partir da demanda e sofrimento do sujeito que o Ministério da Saúde (2004) através da portaria GM 336/02, determina que o serviço disponha das seguintes modalidades de atendimentos, quais sejam: Atendimento intensivo quando se tratar de atendimento diário, oferecido quando as pessoas se encontram com grave sofrimento psíquico; Atendimento Semi intensivo, quando o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês, oferecido quando o sofrimento é diminuído, melhorando as possibilidades de relacionamento; Atendimento não intensivo, quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades.

O CAPS oferece ainda vários segmentos de atividades terapêuticas, como atendimento individual e em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares (BRASIL, 2004).

Os tipos de CAPS variam de acordo com o número de habitantes, os dias de funcionamento e o tipo de público atendido. Assim, são organizados da seguinte forma: CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funciona de segunda a sexta das 8 às 18 horas. Atende adultos com transtornos mentais severos e persistentes.

CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funciona de segunda a sexta das 8 às 18 horas. Pode ter um terceiro período, funcionando até as 21 horas. Atende adultos com transtornos mentais severos e persistentes.

CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes. Funciona 24 horas, diariamente, inclusive nos feriados e fins de semana. Atende a população com transtornos mentais severos e persistentes.

CAPSi – municípios com população acima de 200.000 habitantes. Funciona das 8 as 18 horas. Pode ter um terceiro período, funcionando até as 21 horas. Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais.

CAPSad – municípios com população acima de 100.000 habitantes. Funciona das 8 as 18 horas. Pode ter um terceiro período, funcionando até as 21 horas. Atende a população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Possui leitos de repouso com a finalidade de tratamento de desintoxicação.

Saúde Mental em Campina Grande – Paraíba

Em Campina Grande, não foi diferente de outras cidades do Brasil, enfrentou resistências na consolidação e progresso da Reforma Psiquiátrica. Foi a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília, em dezembro de 2001 que no ano seguinte a lei municipal de número 4.068 da vereadora Maria Lopes Barbosa foi sancionada, dando uma nova vestidura à assistência mental do município. A lei preconizava a substituição dos hospitais psiquiátricos pela proposta de reintegração social do portador de transtorno mental (DUARTE, 2011).

A reforma psiquiátrica, efetivada no país em 2001 sob a lei nº 10.216, em Campina Grande foi implantada apenas em 2003, com a inserção dos CAPS e das Residências Terapêuticas. Porém ganha maior visibilidade a partir do ano de 2005 com a fiscalização do Ministério da Saúde no ICANEF (Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional), que foi desligado do SUS devido a constatações das péssimas condições de tratamento aos usuários internados.

Para a consolidação e concretização da reforma, veiculava-se na cidade e na mídia a criação dos Centros de Atenção Psicossocial com a seguinte proposta:

Em um CAPS o paciente, além do tratamento médico e de receber medicamentos gratuitamente, poderá participar de oficinas que incluem desde atividades manuais, como pinturas, desenhos e bordados, aulas de dança e curso de capacitação profissional. São ações que compõem um projeto inovador, em substituição aos atendimentos tradicionais, geralmente restritos às internações e prescrição de medicamentos (Jornal Diário da Borborema, 2003, *apud* CAVALCANTE, 2011).

Inicialmente a rede de serviços substitutivos da cidade de Campina Grande contava apenas com o CAPS II, sendo que na época da implantação da reforma já funcionava, nomeado de “Novos Tempos”. Em seguida, no ano de 2004, foi inaugurado mais um serviço substitutivo na cidade, o CAPS ad, que atendia usuários de substâncias psicoativas, oferecendo tratamento para desintoxicação. Com a necessidade de atender a demanda infanto-juvenil acometida por transtornos mentais, foi criado o CAPSi, acolhendo crianças e adolescentes em um serviço de atenção diária, com atividades que propunha a formação dos laços sociais desses sujeitos. A rede foi se configurando, e é implantado mais um serviço, dessa vez a cidade ganha o CAPS III, oferecendo um serviço diferencial, já que esse possui leitos de internação dos pacientes que sofram de algum surto, funcionando 24 horas por dia, sete dias na semana. Com o intuito de reforçar os serviços, foi implantado dois CAPS II, nos distritos de Galante e São José da Mata. Em 2006, foi criado o CAPSi – Centro de Campinense de Intervenção Precoce, atendendo a clientela do nascimento até os 17 anos de idade. Interligado aos CAPS houve a implantação de outros serviços, como as Residências Terapêuticas, que se configuram como espaço de moradia para as pessoas internadas há algum tempo em hospitais psiquiátricos e que não encontram apoio familiar (CAVALCANTE, 2011).

Representações Sociais

As representações sociais são modelos de conhecimentos feitos e sustentados por grupos sociais específicos, relacionado a um determinado contexto histórico, que são produzidos a partir da interação e da comunicação. Neste sentido ele conceitua as representações como um sistema de valores, idéias e práticas com duas funções: estabelecer uma ordem e possibilitar as pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros da comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambigüidade, os vários aspectos de seu mundo e de sua história (MOSCOVICI, 2003).

Além dessa dupla função que Moscovici elenca, autores como Spink (1993) esboça outras funções das representações sociais, tais como a função afetiva e a cognitiva. Se tratando da afetiva, esta coloca os indivíduos no contexto social conferindo-lhes proteção e legitimação, no que se refere as especificidades dos grupos. Em relação a função cognitiva, esta se refere a mudar o estranho para algo que seja

familiar, deixando de ser algo ameaçador e passando a fazer parte do repertório do sujeito.

De acordo com Moscovici (2003), as representações sociais não são oriundas de um sujeito isoladamente, mas surgem da heterogeneidade das ciências, religiões, e ideologias. Ele ainda afirma que as representações são responsáveis pela produção da realidade, ou seja, têm influência na forma como as pessoas interpretam os acontecimentos a sua volta e sobre as respostas que emitem ao fazer certos julgamentos.

As representações sociais acontecem nos chamados universos consensuais, que são lugares onde as pessoas se encontram, integram e se comunicam. A comunicação feita nesses ambientes favorece o compartilhamento de idéias e de imagens aceitas pela maioria das pessoas de um determinado grupo. Uma das principais características dos universos consensuais é a segurança que as pessoas em mostrar suas idéias, onde geralmente as idéias compartilhadas não geram conflitos, ao contrario, confirmam as crenças, as interpretações que as pessoas fazem a respeito do mundo e das tradições (MOSCOVICI, 2003).

As representações sociais são criadas a partir de dois processos de acordo com Moscovici (2003), quais sejam: a ancoragem, e a objetivação. A ancoragem é o mecanismo em que as idéias estranhas são reduzidas a categorias e a imagens comuns, ou seja, elencada em um contexto familiar. De acordo com o autor anteriormente citado, as pessoas ao se depararem com algo novo que as intriga, tendem a fazer comparações com algo que lhe é familiar. O processo de ancoragem consiste em classificar e atribuir nomes aos objetos para que não causem estranheza e deixem de ser vistos como ameaçadores. Desta forma, o processo de ancoragem concerne ao fato de que o tratamento de uma nova informação exige sempre um ponto de referencia. Desta maneira, um sujeito não pode ser comparado com uma tabula rasa, já que quando ele pensa num objeto, ele usa um esquema de referencia de experiências e pensamentos pré existentes a respeito desse objeto (VALA, 1993).

No que se refere ao processo de objetivação, Moscovici (2003) diz “objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma idéia, é reproduzir um conceito em uma imagem”. A objetivação passa por duas fases: a primeira denominada de transformação icônica, que diz respeito ao estabelecimento de uma associação entre um dado conceito e uma imagem, e a segunda chamada de naturalização, que consiste em transformação de imagens em realidade concreta (Álvaro e Garrido, 2006).

OBJETIVOS

GERAL

- Analisar representações sociais de familiares de portadores de transtorno mental acerca do serviço CAPSi.

ESPECÍFICOS

- Conhecer a representação social de familiares de usuários do CAPSi frente ao portador de transtorno mental na família;
- Identificar representações sociais de familiares de pessoas com transtorno mental sobre o CAPSi antes de fazerem uso desse serviço;
- Analisar representações sociais de familiares de pessoas com transtorno mental que fazem uso do serviço oferecido no CAPSi a mais de um ano;
- Comparar as opiniões dos familiares de pessoas com transtorno mental antes de fazerem uso do CAPSi com as representações sociais depois de freqüentarem o serviço do CAPSi a mais de um ano;

REFERÊNCIAL METODOLÓGICO

A presente pesquisa trata-se de um estudo qualitativo que tem como objetivo identificar e analisar representações sociais de familiares de pessoas portadoras de transtorno mental sobre o Centro de Atenção Psicossocial de Intervenção Infantil – CAPSi. O estudo qualitativo se adéqua aos objetivos desta monografia porque possibilita apreender crenças, percepções, opiniões, atitudes e interpretações dos sujeitos, e dessa forma, conhecer as representações sociais que são alvo de estudo do presente trabalho (MINAYO, 2010).

Local da Pesquisa

Esta pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), localizado no bairro da Prata, no município de Campina Grande/PB.

Participantes

Participaram deste estudo 10 familiares de pacientes que estão há mais de um ano na instituição e que participam efetivamente da assembléia familiar realizada pelo CAPSi no município de Campina Grande.

Instrumentos

- **Questionário sócio-demográfico – (ANEXO 1)** – Para a realização da presente pesquisa foi elaborado um questionário sócio biográfico compreendendo os aspectos, da idade, sexo, grau de parentesco do usuário, nível de instrução, profissão e desde quando frequenta o serviço.

- **Entrevista semi-estruturada – (ANEXO 2)** - Foi elaborada uma entrevista semi estruturada compreendendo as seguintes questões: o que o familiar pensava sobre o portador de transtorno mental; quando sentiu necessidade de procurar ajuda, tratamento para seu filho; antes de frequentar o CAPSi; o que pensava sobre esse serviço; depois de mais de um ano frequentando esse serviço, o que pensa sobre ele.

Procedimento de coleta de dados

Tanto o questionário sócio-demográfico quanto a entrevista semi-estruturada foi realizada individualmente no CAPSi. Os familiares de usuários que se fizessem presentes nas assembléias realizadas no serviço CAPSi, há mais de um ano, foram convidados a participar e responder aos instrumentos da pesquisa.

Procedimento de análise dos dados

A análise dos dados foi feita qualitativamente através de técnica denominada por Laurence Bardin, análise de conteúdo temática, é um método usado principalmente nas ciências sociais que tem como principal objetivo agrupar conteúdos temáticos semelhantes, permitindo interpretar o universo simbólico dos sujeitos, no caso do presente estudo, às representações sociais.

Aspectos éticos

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), cujo parecer encontra-se em anexo. Os

participantes receberam explicações a respeito do estudo e, ao concordarem com a participação, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, segundo Resolução n.º 466/12, 2012 do CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Resultados e discussão do questionário sócio-biográfico

Participaram desta pesquisa 10 cuidadores de crianças ou adolescentes com sofrimento mental, destes nove são do sexo feminino e um do sexo masculino. A faixa etária variou entre trinta e quatro e sessenta e quatro anos.

No que refere à escolaridade, um não é alfabetizado, cinco possuem o ensino fundamental e quatro possuem o ensino médio completo. Em relação à profissão, oito dizem trabalhar apenas no lar, uma é autônoma e um é cabeleireiro.

Em relação ao tempo que freqüentam o serviço, seis freqüentam a mais de sete anos, um faz cinco anos que freqüenta, dois faz quatro anos e um faz três anos que utiliza os serviços oferecidos pelo CAPSi.

A partir dos resultados do questionário sócio-biográfico observa-se a predominância do sexo feminino no acompanhamento das crianças no CAPSi, com grande variação de idade dos acompanhantes das crianças, mais de cinquenta por cento tem baixa escolaridade e quase a totalidade dos entrevistados não possuem atividade de trabalho fora do lar.

Segundo Kantorski (2012), em um estudo realizado no Sul do Brasil a respeito do perfil dos cuidadores de usuários de Centro de Atenção Psicossocial CAPS, mais de setenta por cento dos cuidadores são do sexo feminino, cinquenta e nove por cento dos entrevistados possuem o ensino fundamental, sessenta e oito por cento dos cuidadores entrevistados não possuem vínculos empregatícios, desempenhando apenas o papel de cuidador e no caso das mulheres, dona de casa. Neste sentido os resultados encontrados na presente pesquisa referentes aos dados sócio biográficos não foram diferentes, apesar de o estudo ser realizado em outra região do Brasil.

Em outro estudo realizado em um CAPS no interior do Ceará (Nobrega, 2011) descreve o perfil dos cuidadores de portadores de transtorno mental como cem por cento

do sexo feminino, setenta e cinco por cento dos acompanhantes são as próprias mães, setenta e cinco por cento dos cuidadores possuía apenas o ensino fundamental e, por fim, a profissão que quarenta e um por cento exercia, era de dona de casa, do lar. Com base nos dois estudos mencionados anteriormente, e os dados analisados no presente estudo, podemos afirmar que o CAPS exerce importante função na vida de seus usuários, uma vez que os cuidadores possuem uma condição social, econômica e educacional precária, demandando do serviço uma direção de como lidar com os problemas de seus parentes, em termos clínicos, educacionais e sociais, inclusive no acionamento de outras políticas públicas.

Resultado e discussão das entrevistas

As entrevistas foram analisadas, através da análise temática de Bardin, com o objetivo de conhecer a representação social que os familiares dos usuários tinham frente ao sofrimento mental de um familiar, o CAPSi antes de frequentá-lo e o CAPSi depois de ser usuário deste serviço. Foram utilizados pseudônimos para preservar a identidade dos participantes. A partir das análises das entrevistas foram formadas quatro categorias:

- Sofrimento: culpa, tristeza, desgosto, pena, infelicidade e impotência;
- Preconceito: depreciação, exclusão, ameaçadora, discriminação;
- CAPSi antes do tratamento: serviço só pra doido, assistência de acordo com a necessidade de cada caso; melhor que o serviço oferecido pela APAE;
- Tratamento oferecido pelo CAPSi: aprendizagem das crianças; ajuste de medicação; aprendizagem dos familiares para lidar com pessoas com sofrimento mental; evolução no comportamento das crianças atendidas no serviço; não é melhor que a APAE.

A seguir serão apresentadas as categorias ilustradas com as falas dos familiares para representá-las. Na **categoria sofrimento**, foram encontradas falas que denotam sentimentos negativos em relação a ter um portador de transtorno mental na família.

Sentimento de Culpa:

“ Assim... eu chorei, eu me culpei por que eu fumava sabe? Meu marido dizia, a culpa foi tua, por causa do cigarro. Eu me culpei, mas eu já tinha meu primeiro filho e foi normal. Aí eu me culpei eu me perguntava por que que era comigo, por que eu não merecia, eu via como um castigo sabe? ...muitos anos eu levei como castigo. “ (Genilda, 43 anos)

Sentimento de tristeza:

“Por que é uma tristeza a gente ta com uma criança assim, eu tenho maior desgosto, eu sou... meu desgosto é esse. Uma pessoa que não sabe o que fala né... é porque não é bem da cabeça, eu... a minha opinião é essa.” (Bruna, 46 anos)

Sentimento de desgosto e pena:

“ Mas é minha opinião... eu tenho maior desgosto, maior desgosto, eu tenho muito pena dele, muita pena mesmo. (Choro)..., (Silencio). (Bruna, 46 anos)

Sentimento de infelicidade:

“Olhe meu filho, eu sou uma pessoa tão infeliz... só vou ser feliz um dia na vida quando eu ver a cura do meu filho, entendeu? (Bruna, 46 anos)

De acordo com Melmam (2006), o adoecimento de um membro da família apresenta um forte abalo, uma grande ruptura na trajetória da família. Nesse processo muitos sentimentos são mobilizados, os participantes da pesquisa representam ter um doente mental na família como culpa, tristeza, desgosto, pena e infelicidade. Observa-se nestas representações o sofrimento frente a doença mental de familiares, além de sentimentos de impotência.

“A família fica buscando o tempo todo, assim quem quer né, e as vezes assim, você se desespera por que você não consegue.” (Aparecida, 43 anos)

A segunda categoria foi denominada **Preconceito**. Nessa categoria foram identificados conteúdos de discriminação e exclusão. O preconceito gera exclusão social e, acordo com Sawaia (2002), o processo de exclusão social é um processo sócio histórico, que se configura pela repercussão nas relações sociais.

“... que nem a minha vizinha sabe? Que ela calunia meu filho, chama de doido, mongolóide, sabe.” (Sandra, 36 anos)

“Eu ainda levei ano trasado no estadual das Malvinas que é onde os outros dois filhos meus estudam, mas era só numa salinha, pra mim isso não e inclusão, ele numa salinha junto com mais dois igual a ele, e tinha que levar ele... não podia levar no horário do intervalo por que era a hora da merenda das crianças ditas normais, pra não se misturar, por que ia chamar a atenção

das crianças, iam ficar olhando pra ele e tal e tal (...) Tinha que ser depois do intervalo, isso já entrar na salinha, ficar lá quarenta minutos, meia hora e já pegar ele e levar pra casa, não podia deixar ele no pátio não, quer dizer isso não é inclusão social” (Genilda, 43 anos)

O processo de preconceito e de exclusão remete a questões econômicas, políticas e culturais da sociedade (Sawaia, 2002). A partir do discurso dos familiares identifica-se o entorno social representando de forma negativa a pessoa com transtorno mental, repercutindo no processo relacional desta em instituições sociais, dificultando a participação social numa condição de igualdade.

Considerando a participação da pessoa com doença mental em instituições educativas e o artigo 58 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação nacional – LDB, lei instaurada em 1996, entende-se por educação especial, a modalidade de educação escolar, oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos portadores de necessidades especiais, entretanto, observa-se a partir do discurso dos participantes, que eles identificam uma representação social dos atores da instituição escolar em relação a pessoa com sofrimento mental como ameaçadora, desprezível ou digno de pena.

“Aí eu pedi pro vigia da escola, o Sr poderia me ajudar colocar ele pra dentro por que ele ta com medo? Ele perguntou logo, ele morde? Ai eu disse eu não estou trazendo cachorro, eu estou trazendo uma criança pra escola, né um cachorro, perguntando se já morde, já começou daí né?” (Genilda, 43 anos)

“Mas é diferente. As pessoas ver diferente. É uma discriminação muito grande quando as pessoas vê já ficam com olhar diferente, não olha normalmente. O olhar é totalmente diferente. (...) Ou com desprezo, ou com pena ne, tem gente que olha com desprezo e outras com pena, um olhar totalmente diferente da pessoa normal né.” (Klenia, 48 anos)

A exclusão para Sawaia (2002) é vista como uma cicatriz, aquilo que marca, denotando claramente o processo de qualificação e de desqualificação do individuo na lógica da exclusão. Possui um caráter naturalizador, constituído de crenças, valores, sentimentos e, conseqüentemente, representações. No discurso de familiares de pessoas com sofrimento mental fica clara a repercussão deste tipo de representação social: a exclusão e o preconceito.

A exclusão, em torno do portador de transtorno mental, é consequência da construção de lugares sociais desvalorizados destinados a esse grupo social. A hospitalização em asilos, o surgimento da psiquiátrica e dos psiquiatras são elementos relevantes para a construção de representações sociais que colocam o portador de transtorno mental como incapaz de convívio social, sendo estes considerados perigosos, ameaçadores e desqualificados (MACIEL, 2008).

No que tange a categoria **CAPSi antes do tratamento**, que remete a como os familiares percebiam o CAPSi antes de adentrarem no serviço., observou-se representações sociais tanto negativas como positivas.

As representações negativas foram relacionadas a representação de serviço para “doido”, doido sendo um conteúdo significado de forma negativa.

“Que só era pra gente doido, pra gente especial mesmo, não achava que ela precisava. Foi tanto que... na primeira vez que eu vim ela quer assistida, ela fez, não aqui é lugar de doido, quem é doida é a senhora e eles que trabalham aqui, eu não tenho nada de doida, ai não quis né, ai depois foi indo e agora quando eu não venho, ela fica chorando pra vir.” (Klenia, 48 anos)

“achava que era pra menino doido mesmo, sei lá...” (Marta, 39 anos)

Segundo Brasil (2004), a pessoa que desejar realizar o tratamento no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, deve procurar por livre vontade ou encaminhado por algum outro serviço, o que não aconteceu com a maioria das entrevistadas, estas foram transferidas para o CAPSi, pois o serviço anterior repentinamente não estava ofertando mais o que oferecia anteriormente. Ainda de acordo com Cavalcante (2011), muitas foram as propagandas na cidade de Campina Grande para as pessoas aderirem ao novo serviço que havia sido implantado na cidade, anúncios em jornais enfatizavam que o serviço ofereceria uma proposta inovadora com oficinas terapêuticas, aulas de danças, tudo isso em substituição ao modelo do hospital. Portanto, no contexto de divulgação da política pública de novos serviços substitutivos, na categoria **CAPSi antes do tratamento**, foram identificadas representações positivas sobre o CAPSi, como um serviço completo, melhor do que o oferecido pela APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais).

“Na verdade meu filho num era.. a proposta do CAPSi quando a gente veio pra cá, que eles diziam, olha eu tinha como um céu

na face da terra, que tinha criança que ia passar o dia todo por que tinha necessidade de passar o dia todo, tinha criança que ia ficar meio expediente e tinha criança que ia ter oficina terapêutica de duas a três oficinas.” (Aparecida, 43 anos)

“A proposta que apareceu pra gente foi que o caps ia ser melhor que a APAE, que a gente ia ter tudo no CAPSi que lá tinha, que ia ter muito mais e na verdade não foi nada disso.” (Genilda, 43 anos)

A categoria **tratamento oferecido pelo CAPSi**, foi representada de forma positiva e também negativa. Em relação as representações positivas se destacaram os conteúdos aprendizagem das crianças; ajuste de medicação; aprendizagem dos familiares para lidar com pessoas com sofrimento mental; evolução no comportamento das crianças atendidas no serviço, como pode se observar a partir dos discursos:

“Aí depois que elas entrou aqui no CAPS passou por um... começou a passar por uns psicólogos, por uns pessoal lá que foi melhorando. Elas não sabiam vestir a roupa, eu tinha que vestir, elas aprenderam, elas não tomava a medicação correta, depois o medico trocou a medicação por outra, ela já foi melhorando mais, ficando mais calma.” (Aponira, 43 anos).

“Eu mesmo aprendi a mexer muito, por que o meu não falava. Veio falar depois que entrou aqui. E eu vi muita dificuldade pra mim ajeitar ele, eu não sabia mexer, nem eu nem a escola, ninguém entendia. Não sabia lidar com ele. Eu mesmo aprendi a lidar com ele depois que vim pra cá.” (Berenice, 46 anos)

É nesse contexto que Basaglia (2006) comunga da idéia que o objetivo da reforma psiquiátrica é transformar o modelo assistencial e construir um novo estatuto para o portador de transtorno mental, o de cidadão como todos os outros. Para alcançar este objetivo é proposto a substituição do modelo antigo pela rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, de base comunitária, com a finalidade de emancipar o sujeito, mostrando que a reabilitação é possível por meio da construção de novas formas de subjetividade e sociabilidades para aqueles que necessitam de assistência psiquiátrica.

Em relação a categoria **Tratamento oferecido pelo CAPSi** que trata de como os familiares que tem seus parentes usuários percebem o serviço oferecido no CAPSi, foi identificada uma representação que corrobora a proposta da reabilitação psicossocial, cuja proposta não é a de cura, mas de dar autonomia aos sujeitos, uma vez que na

perspectiva Basagliana a loucura é entendida como condição humana e não como negação da normalidade, esboçada na fala a seguir:

“... olha eu tiro pelas minhas filhas, minhas filhas antes de ela entrar, fazer um tratamento certo, passava pelo medico, passava por outro e não... num via efeito de melhora em nada. Não é que eles melhorem, que eles fiquem bom, mas que pelo menos ne? que minimize o comportamento deles mais um pouco.” (Aponira, 43 anos)

“ Eu to achando bom, tem evolução, ela mudou o comportamento, eu digo (...) isso assim, assim, ela já para pra pensar, ela ver que tem que melhorar cada vez mais. E as técnicas dela diz que ela ta evoluindo.” (Klenia, 48 anos)

Laceti e Amarante (1995), mostra-nos que era preciso colocar de lado a doença para que pudesse tratar e lidar com os sujeitos que sofrem, sendo que o sujeito tem que ser visto em sua totalidade, com demandas de trabalho, cuidados e afetos. Como ilustra a fala das mães anteriormente colocadas, uma vez que abdicam, na maioria das vezes, de trabalhar, ganhar seu próprio sustento para dar atenção, cuidado para seus familiares, já que estes demandam uma atenção privilegiada de seus cuidadores.

Em outra perspectiva de análise dos familiares de pessoas com sofrimento mental são apresentadas algumas representações negativas a respeito do serviço oferecido no CAPSi. De acordo com o Ministério da saúde (2004), o trabalho realizado pelo CAPSi deve ocorrer através tanto do atendimento individual como em sessões em grupo, a partir do plano terapêutico para cada paciente, sendo que, segundo os familiares de usuários do serviço, na realidade, essa prática não tem ocorrido no CAPSi:

“Assim.. tanta coisa que eu queria ter um psicólogo pra ele, pra mim também saber como lidar com ele, a gente fica perdida, por que eu nunca ia saber que ele ia fazer isso (...) mas pra resolver assim... quando ele tinha atendimento individual com o psicólogo ai eu tirava as duvidas com ela, que era Paula, era Maria, sabe, era muito bom.” (Genilda, 43 anos)

“...transfeririam ele, disseram que era melhor pra ele, disseram que a APAE não sabia trabalhar com autismo... ai a gente veio pra cá.” (Rosa, 34 anos)

Colvero (2004), aponta que os familiares procuram ajuda e suporte nos demais serviços que prestem assistência ao portador de transtorno mental, sendo que a

dificuldade para lidar com as situações vividas são as queixas mais frequentes, como ilustra a fala das mães a seguir:

“ O tratamento do CAPS me ajudou muito, por que mesmo eu tentando ajudar elas aos sete, oito anos elas não conseguia vestir a roupa, elas vestia ao contrario, ao avesso. Uma coisa que ela nunca calçou foi sandália errada, acho que incomoda ne? Mas a roupa ela nunca conseguia vestir.” (Aponira, 43 anos)

“ (...) então quando ele tava com Cleide ela me orientou, olhe Adriana ... aí me disse, explicou tudim, como você não quer, como vai muita gente na sua casa pra ele não fazer com todo mundo, pra ele não fazer na frente de todo mundo, você diz não, quer fazer vá pro seu cantinho, ela me ajudou muito, quer dizer eu tive ajuda eu não sabia como fazer o negocio(...)”(Genilda, 43 anos)

A fala das mães vem mostrar o que diz a literatura, as principais queixas dos familiares quando descobrem que há um membro portador de transtorno mental é a dificuldade de saber conduzir, saber lidar com as crises. Como aponta Colvero (2004), por vezes os familiares se desesperam e pensam que o problema não tem saída, pelo cotidiano, pelo isolamento que a “doença” proporciona a essas pessoas.

Observa-se a partir de discursos de parte dos familiares a respeito do serviço do CAPSi, que através dos meios de comunicação (jornais, panfletos, campanhas) foram construídas representações muito positivas a respeito do CAPSi, como uma instituição que atenderia de forma eficiente as necessidades das crianças, inclusive retirando, muitas dessas famílias do atendimento em outros serviços voltados para esse grupo, mas na prática esses serviços tem funcionado de forma precária, com falta de profissionais e muita rotatividade, além de demissões sem substituições. Estas ocorrências levam muitos dos usuários a representar de forma negativa esse serviço.

“A proposta que apareceu pra gente foi que o caps ia ser melhor que a APAE, que a gente ia ter tudo no caps que lá tinha, que ia ter muito mais e na verdade não foi nada disso. Nós não temos espaço aqui, profissionais a gente não tem que era pra gente ter, que sai tudo, saíram tudo aí não repõe no lugar ne?” (Genilda, 43 anos)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos objetivos do presente estudo pode-se considerar que as representações sociais de familiares de usuários do CAPSi no município de Campina Grande-PB frente ao portador de transtorno mental na família é fundamentada em muito sofrimento e sentimento de impotência, o que coloca claramente a relevância social de políticas e serviços para atender a esta problemática.

Segundo os resultados obtidos neste estudo muitas pessoas portadoras de transtorno mental, antes da instituição do serviço do CAPSi, utilizavam o serviço da APAE, que segundo eles, era bom. Estas famílias foram obrigadas a migrar para o serviço oferecido pelo CAPSi, com a promessa de melhor assistência às necessidades de seus familiares. Alguns, representavam o serviço do CAPSi, antes de migrar para o mesmo, como um serviço voltado para “doido” e outros representaram, influenciados pela circulação de informação e divulgação do novo serviço, como muito bom e completo, conforme a “propaganda” realizada por gestores públicos. Entretanto, à medida que foram fazendo uso do serviço do CAPSi perceberam, além dos ganhos obtidos pelo trabalho realizado por profissionais competentes e dedicados, muitas falhas. As falhas decorrem da deficiência na gestão pública, que demite ou troca com frequência profissionais, causando a descontinuidade no processo de tratamento e a falta de profissionais para atender às necessidades da clientela. Assim, depois que as famílias que participaram deste estudo passaram a frequentar o serviço do CAPSi, construíram representações positivas em torno do trabalho de profissionais competentes e negativas em relação a gestão e as faltas cometidas por elas.

De acordo com o que foi pesquisado, pode-se afirmar que, embora a reforma psiquiátrica tenha tido início há algumas décadas, percebe-se que sua consolidação está começando, devido a questões percebidas durante o desenvolver da pesquisa, como o a falta de compromisso de gestores públicos com a saúde mental, a demissão de profissionais do serviço e não sendo, na maioria das vezes, substituídos, uma vez que muitos desses profissionais não possuem vínculo efetivo com o serviço. Porém, é importante ressaltar, que mesmo não estando ainda de acordo com o que preconiza o ministério da saúde, ela foi de grande importância para se chegar ao modelo de assistência psiquiátrico que se tem hoje.

Outra questão que revela que a reforma psiquiátrica ainda anda em passos lentos, é o fator preconceito e exclusão do portador de transtorno mental na sociedade. Uma

vez que o portador de transtorno mental, ainda representa riscos, perigo à sociedade, contexto esse que reforça a dificuldade de participação social desse grupo.

Por fim, pode-se concluir, com base nos resultados desta pesquisa, com a necessidade urgente de concursos públicos para profissionais efetivos comporem o funcionamento desta importante instituição. Além da relevância de realização de estudos que dê voz aos usuários, no sentido de ajustar o serviço e as políticas de operacionalização dos mesmos conforme a real necessidade dessas famílias, como por exemplo, práticas clínicas - individual e coletiva -, projetos educacionais e de inclusão social.

REFERENCIAS

ÁLVARO, J. L.; Garrido, A. *Psicologia Social: Perspectivas Psicológicas e Sociológicas*. São Paulo: ED. MacGraw – Hill, 2006.

AMARANTE, Paulo. *Loucos Pela Vida. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

_____. *Novos Sujeitos, Novos Direitos: O debate em torno da Reforma Psiquiátrica*. Cad Saúde Pública: Rio de Janeiro v 11, n 3, p. 491-494, 1995.

_____. *A (Clínica) e a Reforma Psiquiátrica*. Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, FIOCRUZ/UEPB, Campina Grande, 2007. (Mimeografado)

BARDIN L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Instrutivo de Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde*. Brasília, 2002.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS*. Brasília, 2004.

_____, *Residências Terapêuticas*. 2011. Disponível em: < <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/vpc/residencias.html> > Acesso em 03 de Janeiro de 2014.

_____, *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional*. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf> > Acesso em 15 de Março de 2014.

CAVALCANTE, Kílvia Barbosa. *Psicologia e Saúde Pública: Interloquções acerca das Práticas nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS: 2011 Trabalho de Conclusão de Curso*. Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. Campina Grande.

CIRILO, Lívia Sales. *Novos Tempos: Saúde Mental, CAPS e Cidadania no discurso de usuários e familiares*: 2002. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. Campina Grande,.

COLVERO, Luciana de Almeida. *Família e Doença Mental: a difícil convivência com a diferença*. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v38n2/11.pdf> > Acesso em 15 de Março de 2014.

DURKHEIN, E. *As formas elementares da vida religiosa*. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

INSTITUTO FRANCO BASAGLIA, *Por que acabar com os manicômios?*. 2006. Disponível em: <<http://www.ifb.org.br/manicomios.htm>> Acesso em: 03 de Janeiro de 2014.

KANTORSKI, Luciane Prado. *Perfil dos familiares cuidadores de usuários de centros de atenção psicossocial do sul do Brasil*. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/17461>> Acesso em: 25 de Março de 2014.

MACIEL, Silvana Carneiro. *Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v13n1/v13n1a14.pdf>> Acesso em: 15 de Março de 2014.

MINAYO MCS (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 23 ed. Petrópolis: Vozes, 2004

MORAES, Antonia Nathalia Duarte. *Saúde Mental e Inclusão Social: Percepções de profissionais do CAPS II e dos Familiares*: 2011. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. Campina Grande.

MOSCOVICI, S. *Representações Sociais. Investigações em psicologia Social*. Petrópolis-RJ: Ed. Vozes, 2003.

NÒBREGA, Samantha de Almeida. *Experiência de familiares no cuidado em Saúde Mental*. Disponível em <<http://www.redalyc.org/pdf/2653/265319571014.pdf>>. Acesso em 25 de março de 2014.

NÓBREGA, S.M. *Sobre a Teoria das Representações Sociais*. In:Moreira, A. S. P. (2001). *Representações Sociais Teoria e Prática*. João Pessoa: Ed. Universitária, 2001.

OLIVEIRA, Denize Cristina. *Análise de Conteúdo Temático-Categorial: Uma proposta de Sistematização*. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a19.pdf>>. Acesso em 15 de Março de 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Relatório Sobre a Saúde no Mundo 2001. Saúde Mental: Nova concepção, Nova Esperança*. Genebra, 2001.

PEREIRA, C. & CAMINO, L. *Representações Sociais, Envolvimento nos Direitos Humanos e Ideologia Política em Estudantes Universitários de João Pessoa*. In: *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), p. 447-460, 2003.

RODRIGUES JUNIOR, J E. *Percursos da Reforma Psiquiátrica de Campina Grande*: 2007. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialista em Saúde Pública. Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas – FACISA. CAMPINA GRANDE.

ROUDINESCO, E. PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SAWAIA, Bader. *As artimanhas da exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social*. São Paulo: Vozes, 2002.

SILVA, Julia Santos. *Família e Sofrimento Psíquico: Um estudo com familiares de usuários de um CAPS privado*: 2012. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade Federal de Pernambuco. Recife.

SILVA, Giselli Lucy Souza. *Mais Louco é quem lhe chama: A Saúde Mental no discursos dos usuários do CAPS II de Campina Grande – PB*: 2011 Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande.

SPINK, M.J. *O conceito de representação social na abordagem psicossocial*. In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9,3, p. 300-08, 1993.

ANEXO I

Questionário Sócio demográfico

Nome: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Grau de Parentesco do usuário: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

A quanto tempo frequenta o serviço CAPSi: _____

Entrevista Semi-estruturada

1 – O que pensa sobre o portador de transtorno mental?

2 – Quando sentiu necessidade de procurar ajuda, tratamento para seu filho, em que você pensou?

3 - Antes de frequentar o CAPSi, o que pensava sobre esse serviço?

4 – Agora, depois de mais de um ano frequentando esse serviço, o que pensa sobre ele?

5 - Qual é a finalidade, objetivo do CAPSi?

6 - Qual a sua opinião em relação ao tratamento realizado no serviço - CAPSi?

ANEXO II

Parecer da Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – UEPB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB
 COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
 PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA


 Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DO RELATOR

Número do Protocolo: 27917914.0.0000.5187

Data da 1ª relatoria PARECER DO AVALIADOR: 12/03/2014

Pesquisador(a) Responsável: Ligia Gouveia.

Orientando: Antonio Jeimison da Silva Pereira

Situação do parecer: Aprovado

Apresentação do Projeto: O projeto é intitulado: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMILIARES DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL SOBRE O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS. trata-se de um estudo qualitativo que tem como objetivo descrever o fenômeno da representação social de familiares de usuários de Centro de Atenção Psicossocial de Intervenção Precoce-CAPSi. A intervenção será realizada com 12(doze) familiares de usuários-pacientes do CAPSi Viva Gente.

Objetivo da Pesquisa: Analisar opiniões e representação social dos familiares de portadores de transtorno mental acerca do serviço CAPSi.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: O referido estudo apresenta risco mínimo, tendo em vista tratar-se apenas da aplicação de questionário sócio-demográfico e um roteiro de entrevista contendo seis(6) perguntas que versam sobre a escolha do uso do serviço oferecido pelo CAPSi. Benefícios: Contribuir para um melhor entendimento dos serviços prestados pelo CAPSi, tanto por parte dos familiares de usuários, como também, por parte dos funcionários

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: O estudo encontra-se com uma fundamentação teórica estruturada atendendo as exigências protocolares do CEP-UEPB mediante a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001 que rege e disciplina este CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória e Parecer do Avaliador: Encontram-se anexados os termos de autorização necessários para o estudo. Diante do exposto, somos pela aprovação do referido projeto. Salvo melhor juízo.

Recomendações: Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Sem pendências.