

**ROSÂNGELA FERNANDES PINHEIRO NANTES**

**“VEIAS ABERTAS” DO SOFRIMENTO PSÍQUICO:  
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE CUIDADO  
EM SAÚDE MENTAL**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO – UCDB  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO E DOUTORADO EM PSICOLOGIA  
CAMPO GRANDE-MS**

**2022**

**ROSÂNGELA FERNANDES PINHEIRO NANTES**

**“VEIAS ABERTAS” DO SOFRIMENTO PSÍQUICO:  
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE CUIDADO  
EM SAÚDE MENTAL**

Tese apresentada ao Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob orientação do prof. Dr. Márcio Luís Costa.

**CAMPO GRANDE-MS**

**2022**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
(CIP) Universidade Católica Dom Bosco  
Bibliotecária Mourâmise de Moura Viana - CRB-1 3360

N191v Nantes, Rosângela Fernandes Pinheiro  
"Veias abertas" do sofrimento psíquico:  
representações sociais de cuidado em saúde mental/  
Rosangela Fernandes Pinheiro Nantes; sob orientação do  
prof. Dr. Márcio  
Luis Costa...-- Campo Grande, MS :  
2022. 183 p.: il.;

Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade  
Católica Dom Bosco, Campo Grande-MS, 2022  
Bibliografia: p. 156-165

1. Cuidado. 2. Representação social. 3. Saúde  
mental. 4. Sofrimento psíquico I.Costa, Márcio Luís.  
II. Título.



A tese apresentada por **ROSÂNGELA FERNANDES PINHEIRO NANTES**, intitulada “**VEIAS ABERTAS DO SOFRIMENTO MENTAL: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.**”, como exigência parcial para obtenção do título de Doutora em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi.....*aprovada*.....

**Márcio Luís Costa**, como presidente da banca assinei a folha de aprovação com o consentimento de todos os membros, ainda na presença virtual destes.

#### BANCA EXAMINADORA

**Prof. Dr. Márcio Luís Costa**

Profa. Dra. Luciane Pinho de Almeida

Profa. Dra. Ana Maria Jáco-Vilela

Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza

Campo Grande - MS, 23 de junho de 2022.

MISSÃO SALESIANA DE MATO GROSSO - UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO  
Av. Tamandaré, 6000 - Jardim Seminário - CEP: 79117-900 - CAMPO GRANDE - MS - BRASIL  
CNPJ/MF: 03.226.149/0015-87 - Fone: 55 67 3312-3300 - Fax: 55 67 3312-3301 - [www.ucdb.br](http://www.ucdb.br)

<sup>1</sup> A banca foi realizada de forma remota pelo Google Meet. A gravação em vídeo se encontra arquivada no Programa, junto à Ata de Defesa, para fins de comprovação documental.

## AGRADECIMENTOS

O caminho da construção deste estudo está permeado e ancorado na palavra gratidão. Busco agora tentar realizar os agradecimentos àqueles que me fizeram chegar até aqui. Mesmo reconhecendo não ser esta uma tarefa fácil irei tentar dar existência a este sentimento.

Ao agradecer a Deus, deixo aqui a reflexão de que muitas vezes nos achamos impotentes, incapazes, e é nesse momento que me permitem referenciar DEUS. Sendo assim, vou me apegar a autoridade das palavras do escritor brasileiro João Guimarães Rosa no excerto da obra “Grande Sertão Veredas”. (...) Como não ter Deus?! Com Deus existindo, tudo dá esperança: sempre um milagre é possível, o mundo se resolve. Mas, se não tem Deus, há-de a gente perdidos no vai-vem, e a vida é burra. (...) Tendo Deus, é menos grave se descuidar um pouquinho, pois, no fim dá certo. Mas, se não tem Deus, então, a gente não tem licença de coisa nenhuma! Porque existe dor. E a vida do homem está presa encantada - erra de rumo, (...).

Dedico aqui a minha gratidão ao Meu pai (*in memoriam*) e a minha mãe (*in memoriam*), pelo carinho e zelo dispensado em meu caminhar, apesar do pouco estudo científico sempre me impulsionou na busca do conhecimento científico e foram catedráticos em repassar o conhecimento e os ensinamentos do dulçor do amor, do afeto, da compreensão, bem como, a persistência, a determinação, a coragem e a convivência com lealdade e caráter, sendo estes os princípios que têm orientado o meu caráter no caminhar de uma vida honesta.

Ao meu esposo, Denir, que me proporciona: cuidado, generosidade, afeto e compreensão. A sua colaboração tem contribuído e me incentivado nas etapas do meu viver.

A minha flor Suelen, filha amada, gratidão pela dádiva de ser sua mãe, por estar sempre ao meu lado, por me incentivar mesmo quando eu não estava em condições de acreditar em mim mesma, me fazendo confiar sempre que mesmo nas causas perdidas são possíveis encontrar soluções. Ao meu genro pelo incentivo e apoio.

As minhas netas, Valentina e Isadora, joias perfeitas, gratidão por já existirem e por agraciarem a minha vida, as minhas outras joias preciosas que adiaram o seu nascimento, e, mesmo nas suas ausências marcaram de forma intensa o meu coração, entrelaçando os sentimentos inefáveis de ser vovó.

A minha irmã Noemi e ao meu irmão João, por todo amor, carinho e cuidado, durante a minha vida, agradeço também, aos demais familiares que cada um na sua porção me envolve de carinho.

Agradeço ao meu orientador e Mestre Prof. Dr. Márcio Luís Costa, pela sua compreensão, apoio, paciência extraordinária, dedicação e por ter acreditado e depositado confiança em mim ao longo desta trajetória dos meus estudos. Não poderia deixar de mencionar o seu carinho, que me traz uma reflexão sobre a trajetória da nossa vida, pois desde o nascimento até a morte, a mesma tem que ser permeada pelo cuidado, pois se não for cuidada, sofre, extenua e morre. Desse modo, afirmo que Ele, sempre demonstrou que cuidar é aprender com o outro, é saber que eu o construo tanto quanto ele me constrói, ensinamento estes que estão impressos em seu viver. Gratidão por todos os ensinamentos tanto científicos, como os da vida.

A Professora Dra. Luciane Pinho de Almeida meus agradecimentos pela honra em aceitar o convite e participar da minha banca de qualificação e defesa, e pelos conselhos e contribuições realizadas.

A Professora Dra. Ana Maria Jacó-Vilela meus agradecimentos pela honra em aceitar o convite e participar da minha banca de qualificação e defesa, e pelos conselhos e contribuições realizadas.

Ao Professor Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza, meus agradecimentos pela honra em aceitar o convite e participar da minha banca de qualificação e defesa, e pelos conselhos e contribuições realizadas.

Meus agradecimentos aos professores do Doutorado em Psicologia da UCDB, pela convivência agradável, seriedade, comprometimento, disponibilidade e generosidade em compartilharam de seus conhecimentos para o crescimento que transcendem os limites da Universidade.

Aos colegas de doutorado e do Grupo de Laboratório de Ética e Cuidado (LABEC), pelo aprendizado, pela troca de conhecimento que me proporcionaram, pelo carinho e apoio neste caminhar.

Aos participantes da pesquisa, que aceitaram compartilhar suas vivencias, contribuindo para a elucidação das questões aqui debatidas e pontuadas.

Por fim, agradeço a todos os que contribuíram de forma direta ou indireta para que eu vencesse esta etapa do meu desenvolvimento profissional e pessoal.

## *DEPOIS DE TUDO*

*De tudo ficaram três coisas:  
A certeza de que estamos  
Sempre a começar...  
A certeza de que é preciso continuar...  
A certeza de que podemos ser interrompidos  
Antes de terminar.*

*Por isso devemos:  
Fazer da interrupção um caminho novo...  
Da queda, um passo de dança...  
Do medo, uma escada...  
Do sonho, uma ponte...  
Da procura, um encontro.  
(Fernando Pessoa)*

NANTES, Rosângela Fernandes Pinheiro. “Veias abertas” do sofrimento psíquico: Representações sociais do cuidado em saúde mental. 186f. 2021. Tese. Doutorado em Psicologia - UCDB.

## RESUMO

Este estudo é produto de investigação acerca das representações sociais de cuidado à pessoa com sofrimento psíquico, construídas por ela própria, pelo familiar cuidador e pela equipe multiprofissional de saúde dos Centros de Atenção Psicossocial III - CAPS III, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Inserida no campo de estudo da Psicologia Social, as representações sociais são formas de conhecimento construídos e compartilhados socialmente, consideradas como produto do processo de assimilação da realidade externa ao pensamento e da estruturação psicológica e social, refletindo as realidades cotidiana de indivíduos ou comunidades no âmbito das relações sociais. Por estes aspectos, a investigação caracterizou-se por pesquisa de campo, do tipo exploratória, descritiva, com enfoque qualitativo, tendo por base epistemológica a Teoria das Representações Sociais de Sergio Moscovici. A investigação contou com a participação de cinquenta e duas pessoas, selecionados aleatoriamente dentre os seis CAPS III existentes no município de Campo Grande – MS. As informações foram coletadas por meio de diálogos narrativos gravados em mídia eletrônica, tendo como fonte de informações complementares questionário socioeconômico e diário de campo. Os diálogos com os participantes foram realizados em locais públicos (ruas, praças e paradas de ônibus), em residências e no âmbito institucional dos CAPS III. Mais do que simples entrevistas, os diálogos narrativos foram verdadeiras conversas com os participantes que não se limitaram a simplesmente responder às perguntas formuladas, mas sim, registrar depoimentos acerca da realidade cotidiana de todos os envolvidos no processo de cuidar e ser cuidado. A metodologia de análise foi baseada em modelo piramidal de construção e interpretação de narrativas, contemplando a identificação de senso comum, a identificação de processos de ancoragem e a objetivação definidas na teoria moscoviciana e o consenso coletivo indicativo das representações sociais construídas a partir dos diálogos narrativos individuais; além da demonstração das hipóteses de desiderabilidade e das hipóteses de desequilíbrio, reveladoras das estratégias compensatórias desenvolvidas pelos participantes do estudos para lidar com a representações sociais construídas. Os resultados demonstraram que o cuidado à pessoa com sofrimento psíquico é, na visão do familiar cuidador, uma tarefa difícil, árdua e diurna, que demanda vigilância constante, empenho e dedicação, permeada de privações e renúncias de quem tem a missão de cuidar. Para o profissional de saúde, trabalhar o cuidado para este público-alvo é uma tarefa permeada de dificuldades, medo e frustrações por vários motivos, como preconceitos e mitos que envolvem a sofrimento psíquico, até a falta de condições adequadas de trabalho. Por fim, para a pessoa com sofrimento psíquico, o cuidado está ligado ao respeito a sua condição de humano, e à atenção por parte da sociedade e dos poderes públicos, em especial, a garantia de acesso e efetividade das ações e serviços preconizados pela Política Nacional da Saúde Mental.

**Palavras-chave:** Cuidado. Representação Social. Saúde Mental. Sofrimento Psíquico.

NANTES, Rosângela Fernandes Pinheiro. “Veias abertas” do sofrimento psíquico: Representações sociais do cuidado em saúde mental. 186f. 2021. Tese. Doutorado em Psicologia - UCDB.

## ABSTRACT

This study is the product of an investigation about the social representations of care for people with psychic suffering, constructed by the person, by the family member caregiver and the multiprofessional health team of the Psychosocial Care Centers III (CAPS III). Inserted in the field of study of Social Psychology, social representations are forms of knowledge constructed and shared socially, considered as a product of the process of assimilating external reality to thought and psychological and social structuring, reflecting the everyday realities of individuals or communities within the scope of social relations. For these reasons, research was characterized by field research, exploratory, descriptive, with a qualitative focus, having as an epistemological basis the Theory of Social Representations of Sergio Moscovici. The investigation had the participation of fifty-two people, randomly selected among the six CAPS III existing in the Municipality of Campo Grande - MS. The information was collected through narrative dialogues recorded in electronic media, having as a source of complementary information a socioeconomic questionnaire and a field diary. The dialogues with the participants were carried out in public places (streets, squares and bus stops), in homes and in the institutional scope of CAPS III. More than simple interviews, the narrative dialogues were true conversations with the participants, who were not limited to simply answering the questions asked, but rather recording testimonies about the daily reality of all those involved in the process of caring and being cared for. The methodology of analysis was based on a pyramidal model of construction and interpretation of narratives, which includes the identification of common sense, the identification of anchoring and objectification processes defined in the Moscovician theory and the collective consensus indicative of the social representations constructed from the narrative dialogues. individual; in addition to demonstrating the hypotheses of desiderability and the hypotheses of imbalance, revealing the compensatory strategies developed by the study participants to deal with the constructed social representations. The results showed that the care of the person with psychological suffering is, in the view of the family caregiver, a task difficult, arduous and persistent, which demands constant vigilance, commitment and dedication, permeated by deprivations and renunciations of those who have the mission of caring. For the health professional, working with care for this target audience is a task permeated by difficulties, fear and frustrations, for various reasons, such as prejudices and myths involving psychological distress, even the lack of adequate working conditions. Finally, for the person with psychological suffering, care is linked to respect for their human condition, and to attention from society and public authorities, in particular, the guarantee of access and effectiveness of the actions and services recommended by the Policy. National Mental Health in Brazil.

**Keywords:** Care. Social Representation. Mental Health. Psychic Suffering.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Pirâmide de Construção de Representações Sociais.....	25
<b>Figura 2</b>	Fluxograma de construção de Representações Sociais.....	26
<b>Figura 3</b>	1º Estágio da Construção de Representação Social – Ancoragem.....	38
<b>Figura 4</b>	2º Estágio da Construção de Representação Social – Objetivação.....	40
<b>Figura 5</b>	Fluxograma das representações Sociais de Cuidado - Familiar Cuidador.....	92
<b>Figura 6</b>	Pirâmide de Construção de Representações Sociais - Familiar Cuidador.....	97
<b>Figura 7</b>	Fluxograma das Representações Sociais de Cuidado – Pessoa com Sofrimento Psíquico.....	117
<b>Figura 8</b>	Pirâmide de Construção de Representações Sociais - Pessoa com Sofrimento Psíquico.....	120
<b>Figura 9</b>	Fluxograma das Representações Sociais de Cuidado - Equipe Multidisciplinar de Saúde Mental (CAPS III).....	137
<b>Figura 10</b>	Pirâmide de Construção de Representações Sociais Equipe Multidisciplinar de Saúde Mental.....	143
<b>Figura 11</b>	Ciclo de Sofrimento na Dinâmica do Cuidado.....	152

## **LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1</b>	Estratégias Compensatórias - Familiar Cuidador.....	94
<b>Quadro 2</b>	Estratégias Compensatórias - Pessoa com Sofrimento Psíquico.....	119
<b>Quadro 3</b>	Estratégias Compensatórias - Equipe Multidisciplinar do CAPS III.....	139
<b>Quadro 4</b>	Representações Sociais de Cuidado em Sofrimento Psíquico.....	152

## **LISTA DE SIGLAS**

AB	Atenção Básica
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PST	Projeto Singular Terapêutico
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RS	Representação Social
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESAU	Secretaria Municipal de Campo Grande
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Teoria das Representações Sociais
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UCDB	Universidade Católica Dom Bosco
UESF	Unidades Estratégia de Saúde da Família
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUCÃO: O HORIZONTE DE MOSTRAÇÃO.....</b>	14
<b>2</b>	<b>DESCORTINANDO OS CAMINHOS: MÉTODO E PROCEDIMENTO.....</b>	19
2.1	CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA.....	20
2.2	CENÁRIO DA PESQUISA.....	20
2.3	PARTICIPANTES ALVO DA PESQUISA.....	21
2.4	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....	22
2.5	PROCEDIMENTO METODOLÓGICO DA PESQUISA.....	23
2.6	VIVENCIANDO A PESQUISA.....	26
2.7	RECUSAS NA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA.....	29
<b>3</b>	<b>TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....</b>	30
<b>4</b>	<b>POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL E O CUIDADO.....</b>	45
4.1	ANTECEDENTES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	46
4.2	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	49
4.3	CUIDADO NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL.....	54
4.4	ASPECTOS DO CUIDADO E HUMANIZAÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL.....	58
<b>5</b>	<b>REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE CUIDADO NO SOFRIMENTO PSÍQUICO.....</b>	66
5.1	NA VOZ DO FAMILIAR CUIDADOR: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE CUIDADO À PESSOA COM SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	67
5.2	DAR VOZ A QUASE QUEM NUNCA TEM VOZ: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O CUIDADO NA PERSPECTIVA DE QUEM É CUIDADO.....	99
5.3	DANDO VOZ À EQUIPE MULTIPROFISSIONAL: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE CUIDADO À PESSOA COM SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	121
<b>6</b>	<b>ÚLTIMAS REFLEXÕES.....</b>	145
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	155
	<b>APÊNDICES.....</b>	167
	<b>ANEXOS.....</b>	176

## **1 INTRODUCÃO: O HORIZONTE DE MOSTRAÇÃO**

*Alguém escreve para tratar de responder às perguntas que lhe zumbem na cabeça – moscas tenazes que perturbam o sono; e o que alguém escreve pode adquirir sentido coletivo quando, de alguma maneira, coincide com a necessidade social de resposta (Eduardo Galeano).*

De início, registro que minhas inquietações referentes à temática do cuidado em saúde mental, sobretudo em relação ao sofrimento psíquico, ou das necessidades decorrentes do uso de crack, álcool ou outras substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, iniciaram transversalmente com as atividades de cuidar e ensinar. Isso se deu enquanto profissional enfermeira e docente no curso de Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior, na qual sempre estive envolvida e responsável por disciplinas interligadas com as temáticas da Ética, do Cuidado, da Humanização, da Saúde Mental e de Políticas Públicas em Saúde, além de estágios supervisionados.

Isso me proporcionou um enriquecimento ímpar além dos manuais acadêmicos, levando à compreensão de que o cuidado ético consiste numa forma de envolvimento, de ser, de viver, de se expressar, de perceber a importância do acolhimento, da escuta, do conforto e da corresponsabilidade com aquele que necessita ser cuidado.

Sendo assim, peço licença ao leitor e me permito, neste momento, referenciar que a vivência do sofrimento psíquico aqui retratado não se encontra restrita aos participantes da pesquisa na tecitura desta investigação. Ela atingiu também a própria pesquisadora que, durante o seu desenvolvimento, foi acometida por episódio depressivo grave (F.32.2). Esta situação ninguém está preparado para vivenciar, mesmo que o nosso cotidiano se expresse em dificuldades, estresses, angústias, entre outras situações.

Tomando ciência do diagnóstico, meu primeiro sentimento também foi o de negação. Também tive que experenciar, de familiares e de colegas, questionamentos dos “porquês” da patologia que tanto incomodam aquele que dela é acometido. Ah! E tiveram as reações medicamentosas, as sintomatologias, como: tristeza, apatia, sensação de angústia, de vazio, desesperança, mal-estar, sonolência, entre tantas outras; por mais que me esforce, não consigo expressar os detalhes por meio da escrita.

Além disso, não fiquei e ainda não estou isenta dos comentários por vezes dirigidos às pessoas com sofrimento psíquico, por exemplo: “Como assim? você possui uma família, deixa disso”; “Existem pessoas em situações piores que a sua”; “Você é forte! vai demonstrar

fraqueza?”; “Vai falhar agora?”; “Isto é falta de Deus”. Comentários assim, no meu sentir, contribuem apenas para um sentimento de culpa, de fracasso e de desencanto.

Porém, apesar das palavras que, quando mal proferidas ou mal interpretadas, se tornam fonte inesgotável de sofrimento, foi e continua sendo o apoio dos familiares mais próximos, através da compreensão e zelo, a energia vital para a minha manutenção, bem como o apoio recebido dos amigos, além, é claro, da assistência profissional. Compreendi que o lago da depressão se manifesta em uma realidade que ofusca, confunde, atordoa e escorrega entre os vãos dos dedos, como a água que tentamos aprisionar nas mãos. Mas é nessa diversidade de sentimentos e sentidos que busco acreditar na possibilidade de que é possível atravessá-lo e chegar do outro lado, onde repousa a segurança. É este o caminho que vem sendo percorrido e experenciado e que me conduziu à possibilidade de vivenciar as mesmas experiências dos participantes desse estudo.

Minha experiência pessoal de sofrimento psíquico ainda deixa marcas indeléveis. Dela é possível inferir que a vida, a todo momento, muda de forma, percorre caminhos, muda de rumo. Como disse Guimarães Rosa:

A gente vive repetido, o repetido, e, escorregável, num mim minuto, já está empurrado noutro galho (...) a gente quer passar um rio a nado, e passa; mas vai dar na outra banda é num ponto mais embaixo, bem diverso do que em primeiro se pensou (...) o real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia (GUIMARÃES ROSA,2019 p. 52-53).

Assim é o viver: o repetido, os deslizes, as certezas, as incertezas. De tudo isso fica um aprendizado, impresso na necessidade de prover um cuidado, respeitando a singularidade de cada pessoa. A experiência de estar na condição de pessoa com sofrimento psíquico, em atenção medicamentosa e recebendo cuidado familiar, implicou em mim de forma ímpar com os fenômenos colocados em análise nessa pesquisa.

Dito isto, o despertar para realização desta tese de doutoramento ocorreu no horizonte de mostraçāo estabelecido dentro do Laboratório de Ética e Cuidado (LABEC), do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). Tal laboratório é um campo fecundo onde são abordadas as temáticas da ética, do cuidado e do sofrimento psíquico. Nos encontros, nos quais ocorriam debates, relatos e experiências, foram lançadas as sementes que proporcionaram o nascimento dessa investigação. Esta acabou sendo intitulada: “Veias Abertas” do Sofrimento Psíquico: Representações Sociais de Cuidado em Saúde Mental. A expressão “veias abertas” foi inspirada da obra de Eduardo Galeano: As Veias Abertas da América Latina, na qual o autor narra a história de exploração

do continente Sul-Americano, dessangrado de suas riquezas e posto em um fardo de submissão, miséria, espoliação, exclusão, descuido e sofrimento de suas populações, do mesmo modo que a pessoa com sofrimento psíquico muitas vezes é dessangrada da sua condição de humano.

Compreendendo, com isso, que as relações de cuidado a qualquer ser vivo estão sempre em movimento, pois nunca terminam; sempre recomeçam diariamente e exigem novos enfoques, novas construções, novos modos de ver, sentir e viver. Diante disso, vamos discorrer sobre as reflexões desta investigação que tem como mote desvelar o que é o cuidado à pessoa com sofrimento psíquico dentro da perspectiva do cuidado construído: por ela própria, pelo familiar cuidador e pela equipe multiprofissional de saúde do Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III).

Pensar o cuidado remete aos fatos mais elementares da existência e que propiciam o surgimento e manutenção da vida. A vida é permeada de cuidados desde antes da concepção até o fim da existência, estando sujeita às influências do meio e das culturas das mais diversas sociedades humanas. Portanto, cuidar deve seguir um conjunto inextinguível de práticas e não somente uma ação isolada.

No campo da saúde mental, podemos compreender que cuidar também é perceber que as ações e os serviços destinados à pessoa cuidada têm influência de reflexões, de sentimentos de satisfação, de insatisfação, de angústias, de conflitos e de desafios num processo constante de construção e desconstrução. Isso leva à compreensão de que cuidado, em termos gerais, também significa se responsabilizar pela produção de vida e de saúde, mas sempre observando preceitos éticos e legais da integridade do direito à vida, à saúde e à dignidade humana.

Por esses aspectos é que compreendemos que o cuidado é mais que uma estratégia, ele é também um modo de vida. Cuidar é afirmar a vida, de modo especial, a vida do outro em situação de fragilidade e de vulnerabilidade. Assim, compreendendo que o cuidado implica na responsabilização pela produção e manutenção da saúde e da própria vida, sempre pautado pelos preceitos éticos e legais, tendo por princípios fundamentais o respeito à vida, a dignidade e aos direitos da pessoa humana, sem discriminação ou distinção de qualquer natureza, é que vislumbramos a possibilidade de empreender um estudo a fim de colaborar na compreensão dos significados que são construídos em relação ao cuidado dedicado à pessoa com sofrimento psíquico.

Como aporte teórico para estudo do fenômeno do cuidado à pessoa com sofrimento psíquico, utilizamos a Teoria das Representações Sociais (TRS), no modelo proposto por Serge Moscovici, tendo em vista que ela se insere numa interface da Psicologia Social e da Saúde, permitindo a compreensão, por meio das representações sociais, de como os universos consensuais revelados nas relações cotidianas das pessoas projetam e constroem as realidades por elas vividas.

O primeiro capítulo discorrerá sobre os caminhos metodológicos que pautaram essa investigação, abordando os motivos de se realizar uma pesquisa orientada pelo modelo qualitativo e como ele foi desenvolvido; além dos aspectos epistemológicos práticos da construção dos dados.

No capítulo segundo será apresentada a Teoria das Representações Sociais, no modelo Moscoviciano, como arcabouço teórico da investigação.

A fundamentação teórica se complementa no capítulo terceiro, o qual abordará as temáticas referentes à Política Nacional de Saúde Mental, normativo institucional definidor do modelo brasileiro de atenção em saúde mental.

O quarto capítulo trará a contextualização dos resultados e discussões até então aqui desenvolvidas, demonstradas nas falas e em outros tipos de linguagem expressadas pelos participantes do estudo, revelando as representações sociais construídas acerca do cuidado à pessoa com sofrimento psíquico na perspectiva do familiar cuidador, da equipe multiprofissional e da própria pessoa cuidada.

Por fim, apresentaremos as considerações finais sobre a investigação, trazendo nossas reflexões e compreensões acerca de como advêm as ofertas sociais do cuidado à pessoa com sofrimento psíquico, ao familiar cuidador e à equipe multiprofissional de saúde, além de indicar os limites e as perspectivas que se abrem a partir dele.

Espero que este tema aqui proposto possa iluminar não apenas outras propostas de pesquisa por conta do objeto que estamos investigando, mas ilumine a você que entrou em contato com essas linhas, de modo a enxergar o Outro e o cuidado que ele demanda, assim como o Eu e o cuidado que demandamos sobre nós mesmos.

## **2 DESCORTINANDO OS CAMINHOS: MÉTODO E PROCEDIMENTO**

Este capítulo tratará dos aspectos metodológicos utilizados no desenvolvimento da investigação, descrevendo os caminhos percorridos e explorados, a forma de como os dados foram coletados, construídos, analisados e discutidos. Tentar elucidar as compreensões dos fenômenos decorrentes das relações de cuidado à pessoa com sofrimento psíquico foi o mote epistemológico que orientou a investigação. Para tanto, propôs-se investigar as representações sociais de cuidado à pessoa com sofrimento psíquico construídas por ela própria, pelo familiar cuidador e pela equipe multiprofissional de saúde mental.

## 2.1 CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA

Para contemplar os objetivos propostos, a investigação se caracterizou por pesquisa de campo, do tipo exploratório, descritivo e com enfoque qualitativo. Optou-se por este modelo por ele permitir ao pesquisador a experiência direta com o fenômeno que deseja conhecer, estudar e descrever, além de se imiscuir da realidade dos participantes. Tal conduta assegura uma melhor compreensão dos costumes, das convenções e das representações que regem as relações sociais dos grupos estudados (GIL, 2009; MOSCOVICI, 2010; MINAYO; COSTA, 2018).

O enfoque qualitativo foi a opção escolhida por se mostrar o mais adequado para pesquisas em ciências humanas e sociais. Ele privilegia o conhecimento, a compreensão das condições gerais, a existência, a vivência e os saberes das pessoas e dos grupos, suas relações sociais e institucionais, seus valores culturais, ordenações históricas e políticas e suas formas de subjetividade e comunicação, conforme recomenda a Resolução CONEP Nº 510 de 7 de abril de 2016. Além disso, contempla a dimensão sociocultural revelada por intermédio das opiniões, das representações, das crenças, dos valores, das simbologias, dos costumes e práticas do cotidiano e das experiências interpretadas e reinterpretadas pelas pessoas que as vivenciam (BRASIL, 2016a, MINAYO, 2017; PATIAS; HOHENDORFF, 2019).

## 2.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A investigação teve por cenário o município de Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul que, segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referente ao censo ocorrido no ano de 2010, contava com uma população estimada em de 976000 (novecentos e setenta e seis mil) habitantes (IBGE, 2010).

O Complexo em Saúde Mental que compõem a Rede de Atendimento Psicossocial (RAPS), na Rede de Atenção Primária em Saúde do Município de Campo Grande, conta com os seguintes serviços: a) um Núcleo de Saúde Mental/Centro de Especialidades Médicas; b) leitos contratados, sendo 12 leitos para atendimentos de usuários com dependência química e/ou alcoólica no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul e 27 leitos no Hospital Nossa Senhora da Conceição (Hospital Nossa Lar) para dependência química e/ou alcoólica e outros sofrimentos psíquicos; c) quatro Residências Terapêuticas; d) uma Unidade de Acolhimento Adulto; e) uma Unidade de Acolhimento infantil; f) seis Centro de Atenção Psicossocial III (PMCG/SESAU, 2021).

As informações foram coletadas nas seguintes unidades: 1) Centro de Atenção Psicossocial III – CAPS III Aero Rancho (região do Anhanduizinho); 2) Centro de Atenção Psicossocial III “Afrodite Dóris Contis” (região Central); 3) Centro de Atenção Psicossocial III “Marley Maciel Elias Massulo” Vila Leonela (região do Prosa); 4) Centro de Atenção Psicossocial III Vila Almeida (região do Anhanduizinho); 5) CAPS referência de atendimento infanto-juvenil denominado Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil III “Dr. Samuel Chaia Jacob” (região do Anhanduizinho); 6) CAPS III de referência de atendimento para usuários com dependência química e/ou alcoólica denominado CAPSIII “Fátima M. Medeiros” (região Central).

Também foram realizadas visitas domiciliares a familiares cuidadores, selecionados através de prontuários eletrônicos obtidos com a direção das unidades de saúde referenciadas da Prefeitura Municipal de Campo Grande e na Secretaria Municipal de Saúde (PMCG/SESAU, 2021).

### 2.3 PARTICIPANTES ALVO DA PESQUISA

Os participantes da investigação foram os familiares cuidadores, as pessoas com sofrimento psíquico e os profissionais da equipe multiprofissional de saúde mental, todos atendidos ou vinculados a um dos Centros de Atenção Psicossocial III de Campo Grande. A opção por tais unidades deu-se pelo fato delas serem consideradas como ponto estratégico de atenção, especializadas no tratamento clínico e na reinserção social e familiar das pessoas com sofrimento psíquico e das com necessidades decorrentes do consumo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004).

A investigação contou com 52 participantes<sup>2</sup>, sendo 18 pessoas com sofrimento psíquico (dos quais três eram menores de idade e foram assistido por seus responsáveis), 19 familiares cuidadores e 15 profissionais da equipe de saúde (psicólogos, enfermeiros, técnico de enfermagem, farmacêutico, assistente social), selecionados dentre os seis CAPS III existentes na cidade.

Os participantes foram escolhidos: de forma aleatória – sendo abordados nas instituições e convidados para participar do estudo –, ou por meio de contato telefônico – com dados cadastrais obtidos dos prontuários eletrônicos das unidades de saúde referenciadas. Eles foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e do compromisso de sigilo e anonimato, além de lhes ter sido assegurado o direito de escolher participar ou não da pesquisa bem como da opção por desistência a qualquer momento, sem necessidade de justificativa.

Por fim, em decorrência da pandemia do SARS-CoV-2, instalada no Brasil em meados de março de 2020, viu-se a necessidade de encerrar os diálogos narrativos com os participantes. Isso não prejudicou a pesquisa, tendo em vista o volume de informações já coletadas até então, o que se mostrou suficiente para os objetivos propostos.

#### 2.4 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), vide APÊNDICE III, em duas vias, ficando uma via na posse do participante e a outra com o pesquisador. Em relação aos participantes com sofrimento psíquico menores de idade assistidos no CAPS infantil, obteve-se a concordância e o consentimento, por escrito, do responsável pela guarda (BRASIL, 2016a).

Acordou-se, ainda, que o nome de cada participante seria substituído por nome fictício. Aqui optou-se por indicá-los por um pseudônimo inspirado na literatura nacional. Tal escolha, além de assegurar o sigilo quanto à identidade do participante, conforme proposta da investigação, também serviu para humanizar as referências às pessoas, dotando-as de identidade.

No que se refere aos aspectos éticos e legais da investigação, conforme as normativas da Resolução CONEP Nº 510 de 7 de abril de 2016, a pesquisa foi autorizada pelo Comitê de

---

<sup>2</sup> A quantidade de participantes propiciou a produção de farto material de pesquisa transscrito dos diálogos narrativos, uma parte dele foi utilizado para consecução dos objetivos da pesquisa.

Ética em Pesquisa (CEP), aprovada sob o número do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 94 548718.600005162, vide ANEXO I, bem como os Termos de Parceria para pesquisa em saúde na área da saúde e o termo de responsabilidade entre a Prefeitura Municipal de Campo Grande/Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, Estado de Mato Grosso do Sul, conforme ANEXO II e III .

## 2.5 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO DA PESQUISA

A construção do caminho metodológico da investigação teve início com a revisão de literatura sobre a temática, aplicando-se a estratégia de busca por artigos indexados nas bases de dados eletrônicas SciELO, LILACS, MEDLINE e PEPSIC. Para isso, foram utilizados os descritores: cuidado, cuidadores, saúde mental, sofrimento psíquico e política de saúde, definidos com base nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Outra estratégia utilizada foi a apreciação da legislação sobre o tema, de livros-textos e E-books disponíveis em base eletrônica, que estabelecem as políticas públicas de saúde que vigoram no Brasil, sem limite temporal na busca teórico/bibliográfica.

Para a construção das informações sobre a percepção referente ao objeto/fenômeno da investigação, propôs-se questionário sociodemográfico, conforme APÊNDICE I. Porém, ele não foi utilizado na sua totalidade, embora possam estar indiretamente presentes no texto, desempenhando um papel coadjuvante na construção da tese. Portanto, não ocorreu a realização de nenhum tipo de correlação entre perfil socioeconômico dos participantes e o repertório de representações sociais emergidas.

O principal instrumento utilizado para construção das informações foram os diálogos narrativos (individuais ou em grupo), contando com um roteiro de perguntas (APÊNDICE II) disparadoras, predefinidas, mas sujeitas a alteração no seu transcurso, permitindo ao participante manifestar livremente suas opiniões em relação à temática abordada e do modo mais natural possível.

Observações verbais ou não-verbais percebidas no decorrer dos diálogos, bem como outras informações importantes, foram anotadas em diário de campo, posto que se trata de instrumento de apoio para registro das impressões pessoais do pesquisador e de reações observadas, como: entonação de voz, a expressão facial e outros gestos ou sinais corporais. Essas anotações de diário de campo também proporcionam melhor reflexão sobre a própria prática da pesquisa, sendo útil como subsídio à memória, podendo ser utilizadas no momento

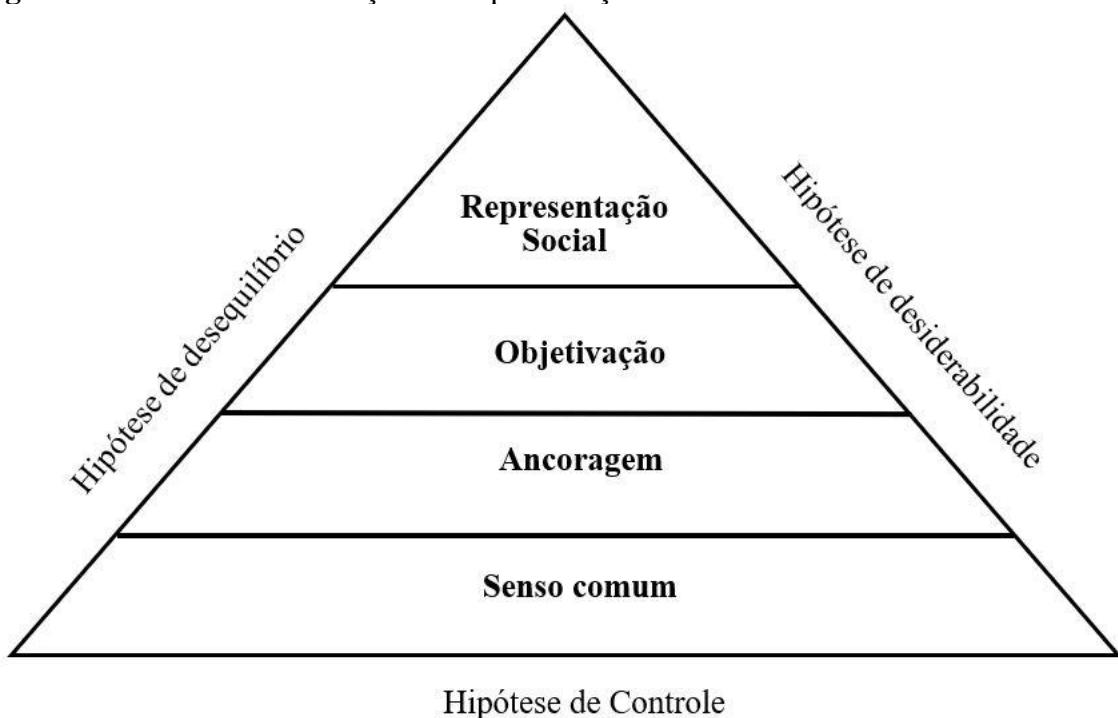
da análise de dados, por ser um acervo de informações subjetivas sobre comportamentos que exprimem significados e que podem tornar a investigação mais acurada (RAMALHO; RESENDE, 2011; MINAYO, 2015).

Os diálogos narrativos foram gravados e arquivados em mídia eletrônica e, depois, foram transcritos na íntegra e submetidas à análise na óptica da teoria moscoviciana. Com a classificação e agrupamento das respostas, interpretação e comparação de falas com significados similares, destacou-se palavras ou frases das quais emergiram as categorias de identificação de representações sociais do cuidado à pessoa com sofrimento psíquico, com demonstração, passo a passo, de sua construção.

Para análise dos dados que emergiram nos diálogos narrativos e outras formas de linguagem dos participantes, foram construídos, de modo autoral, chaves gráficas de leitura da teoria moscoviciana, visando verificar a emergência de significados indicativos de representação sociais acerca do cuidado à pessoa com sofrimento psíquico. A primeira chave gráfica de leitura foi denominada de Pirâmide de Construção de Representações Sociais (Figura 1), definindo o modelo de análise, demonstrando como foram construídas as representações sociais.

Conforme modelo proposto para análise dos dados, as representações sociais são construídas a partir de uma compreensão de senso comum emergido nos diálogos narrativos dos participantes, considerado como elemento disparador no processo de construção representacional. Na sequência há os processos de ancoragem e objetivação, no segundo e terceiro extratos, e a representação social no ápice. Nas margens externas, as estratégias compensatórias (hipótese de desiderabilidade e hipótese de desequilíbrio e hipótese de controle) em razão de possível influência ou confirmação no processo construtivo representacional.

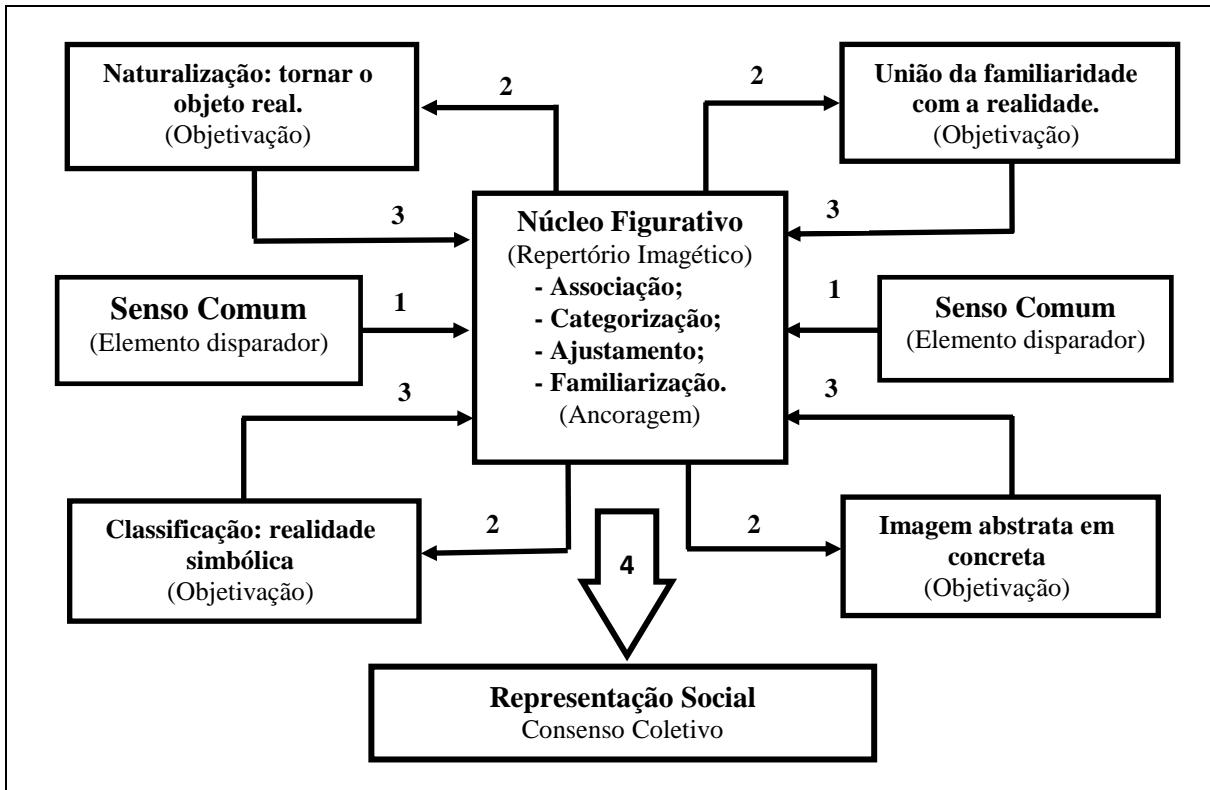
**Figura 1** Pirâmide de Construção de Representações Sociais



**Fonte:** Elaborada pelos autores.

A segunda chave gráfica de leitura é denominada Fluxograma de Construção de Representações Sociais (Figura 2). Ela define o esquema das análises das falas e outras formas de linguagem dos participantes da pesquisa, partindo da identificação de traços semânticos indicativos de senso comum enquanto elemento disparador. A partir disso, aprofundaram-se os exames dos discursos narrativos para verificar a presença de processos de objetivação e ancoragem característicos, capazes de confirmar tratar-se ou não de representações sociais sobre o cuidado em sofrimento psíquico.

**Figura 2** Fluxograma de construção de Representações Sociais



**Fonte:** Elaborada pelos autores.

## 2.6 VIVENCIANDO A PESQUISA

Aqui se discorrerá sobre o caminho da investigação, como foram efetuados os diálogos narrativos ou conversas com os participantes, os obstáculos que tiveram que ser superados, os sentimentos de compaixão, medo e as manifestações de amor, carinho e respeito vivenciados pela pesquisadora. Tentar desvelar as situações, representações e vivências que só se manifestam nas sombras da vida da pessoa com sofrimento psíquico, dos familiares que com elas convivem, que cuidam e que a vivenciam, no seu cotidiano, bem como, da equipe multiprofissional que compõe a Rede de Atenção Psicossocial, era inquietante.

De início, realizaram-se diversas visitas dentro do âmbito do CAPS III que, apesar de parecer mais favorável à realização dos trabalhos e de possuir mais segurança, muitas vezes eram interrompidas por situações como visitas familiares e limpeza do local. Além disso, medidas a serem executadas pela equipe multidisciplinar de saúde também eram frequentes, seja de forma administrativa, seja na realização de procedimentos de assistência: nas crises psicóticas, nas alterações de humor, nas discussões entre os internos, nos efeitos colaterais medicamentosos (sedação, sonolência diurna excessiva, diminuição da atividade psicomotora, disartria (fala lenta), sialorréia (excesso de saliva) entre outros que podem ser elencados),

caracterizando uma possível utilização medicamentosa em larga escala. Tais vivências proporcionaram uma compreensão de como ocorria a dinâmica do cuidado, como ele era construído, quais os tipos de trocas existiam e sobre o que dialogavam. Observando atentamente o que ocorria ao meu derredor, assumi o respeito às singularidades de cada um dos participantes envolvidos e busquei me desnudar de qualquer preconceito através de atitudes ou juízo de valores.

Dentro do ambiente institucional, ao realizar os diálogos narrativos, sempre buscava um local no qual pudesse ter privacidade com o participante, fosse ele pessoa com sofrimento psíquico, familiares ou equipe de saúde. Entretanto, como já explanado em relação à pessoa com sofrimento psíquico, muitos apresentavam sonolência diurna, apatia, pouca vontade de conversar, irritação e até medidas de contenção. Assim, foi necessário a utilização de estratégias, como: retornar várias vezes ao mesmo local para a realização do diálogo narrativo, variação de horários, realizar visitas nos três turnos, anteceder-me ao horário da administração dos medicamentos, ou antes de se recolherem no período noturno. Mas isso não foi regra geral; alguns se apresentavam ávidos por conversar, contar a sua trajetória de vida e até possíveis justificativas para o sofrimento que apresentavam.

Quanto aos familiares cuidadores, também foi necessário utilizar de estratégias de adesão, como: realizar os diálogos narrativos em praças públicas próximas aos CAPS III, paradas de ônibus ou nos horários de visitas, pois, dessa forma, era possível verificar quem recebia visita e quem não recebia, como elas ocorriam, quais sentimentos que emergiam, tanto da parte da pessoa com sofrimento psíquico, dos familiares/cuidadores e até da equipe multiprofissional de saúde.

Abordei familiares cuidadores na rua dentro de seus automóveis, quando saiam das visitas ou quando deixavam os familiares para internação, em meio a olhares desconfiados, ou tomados pela dor. Muitas vezes, o primeiro contato logo após a apresentação e o motivo da abordagem era de pouca ou nenhuma fala, ou troca de telefone, ou “amanhã você estará aqui?” “Amanhã conversamos”. Algumas dessas abordagens com os familiares cuidadores surtiram efeitos, outras não, mesmo assim, foram suportes, aprendizado, compreensão de sofrimento, enfim, um enriquecimento para o horizonte que mostrava o porvir.

E como não reportar as trilhas exploradas para se chegar a endereços fornecidos pelo cadastro interno dos CAPS III para a realização das visitas domiciliares? Vias tortuosas, caminhos desfeitos, locais ermos, residências não encontradas, dados desencontrados, ligações telefônicas insistentes, recusas variadas, seja por não terem tempo, ou por estarem no

serviço, ou porque não queria expor a problemática do sofrimento psíquico, pois creem que este é pertencente somente aos familiares e ao profissional médico ou de saúde; destrato e insultos aqui entendidos como intromissão nas dificuldades que deveriam permanecer segregadas no seio familiar.

Ainda assim, no decorrer da pesquisa, houve momentos de grata satisfação durante as visitas domiciliares realizadas para coleta de dados com familiares cuidadores ou de pessoa com sofrimento psíquico. Em todas as residências visitadas, apesar do notório estado de vulnerabilidade social das famílias, o acolhimento não era nem frio nem indiferente. Ao chegar a uma residência para realização do diálogo, notava sempre uma mistura de espanto e entusiasmo do participante ou da família que, em toda sua simplicidade, procuravam por todos os meios deixar a pesquisadora o mais à vontade e confortável possível, em sincera demonstração de hospitalidade e carinho.

Encostar numa parede, acomodar-se em um pneu velho ou até mesmo sobre a própria pasta com os documentos fazendo o chão de assento, foram maneiras de me aproximar mais da realidade dos participantes da pesquisa e de retribuir as demonstrações de carinho e contentamento com minha presença. Eles diziam que se sentiam importantes com a visita, pois acreditavam que assim eram “vistos”, que tinham voz e acabavam falando de todos os problemas. Chegaram, posteriormente, a realizar trocas de mensagens pelo *WhatsApp* com mensagens de agradecimento pela oportunidade de serem ouvidos.

Cabe também expor que, apesar de constarem na lista fornecida pelo CAPS III, pessoas residentes na região Central, considerada área nobre de Campo Grande, e que fazem uso dos serviços ofertados no CAPS III, não possibilitaram a realização da visita em suas residências, negando a esta com desculpas variadas como exposto acima. Porém, foi possível conversar no âmbito dos CAPS III com pessoas que apresentavam condição socioeconômica diferenciada, percebida através das vestimentas, dos ornamentos que utilizavam (anéis, colares, bolsas), dos veículos em que chegavam e que demonstravam, em seu discurso narrativo, as mazelas e a dor de cuidar de seu ente, bem como os sinais subjetivos de alteração de expressão facial, olhar entristecido, choro, entre outros.

Desse modo, cabe ressaltar que nessa investigação constatou-se que o sistema de saúde brasileiro não é somente utilizado por pessoas vulnerabilizadas em sua situação socioeconômica, apesar de estudos realizados apontarem que o consumo de serviços particulares de saúde ocorre na classe média alta do país e que o SUS é um sistema burocrático, lento, de pouca resolubilidade e voltado para o cuidado da população de menor

nível socioeconômico, em resumo, “um sistema pobre para os pobres” (SILVA, 2017; PAIM, 2018; PIMENTEL *et.al.*, 2021; REIGADA; ROMANO, 2018). Em Campo Grande, cenário da investigação, os serviços ofertados pelo CAPS III são também utilizados por pessoas que possuem um maior nível socioeconômico, fato este que pode contribuir numa mudança de percepção da população brasileira de que o SUS, considerado internacionalmente como um sistema com vitórias ao longo de mais de 30 anos de existência, deve ser “para todos”, conforme deliberado na Constituição Federal, ou seja, universal, equânime e integral.

## 2.7 RECUSAS NA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA

Em relação a adesão à pesquisa, registra-se que nem todas as pessoas abordadas se dispuseram a participar. Observou-se as recusas não só de cuidadores, mas também de membros da equipe multidisciplinar de saúde mental, de modo que se contou com a colaboração de profissionais representantes das seguintes categorias profissionais: psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos e assistentes sociais. Mesmo sendo proposta do estudo a escolha aleatória de participantes, desde que aceitassem e assinassem o TCLE, não se obteve êxito em realizar diálogos narrativos com nenhum profissional representando a medicina, pois, apesar de convidados, não se dispuseram a colaborar. As razões de recusa são desconhecidas.

Várias vezes se retornou à unidade de saúde, especificamente para obter a adesão de um representante da medicina, mas diziam que estavam em procedimentos administrativos ou assistenciais, despendiam sorrisos inexpressivos, respostas secas, negativas, enfim, a percepção que registrada era de que tais profissionais não queriam participar dessa pesquisa.

Diante disso, infere-se que, talvez, a não participação de profissionais da categoria médica não tenha obtido êxito em razão de não lhes interessar revelar as suas impressões, talvez por incerteza? Por acreditar não haver importância? Devido a questões políticas? Ou questões institucionais? Não se sabe; fato é que não se chegou a nenhuma resposta definitiva. Porém esta situação não inviabilizou e nem retirou a importância dos relatos obtidos, posto que a equipe de saúde mental tem caráter multiprofissional e se encontra presente na pesquisa.

Por fim, reconhece-se a revelação um ambiente profícuo de compartilhamento, de experiências pessoais, familiares e sociais, no encontrar e dialogar diretamente com os participantes quando da realização dessa pesquisa.

### **3 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Este capítulo se dedica à Teoria das Representações Sociais (TRS), aqui utilizada como marco teórico da investigação. A opção por ela se deu, por ela possibilitar a compreensão da construção de significados e sentidos que circulam em grupos sociais a partir de experiências cotidianas individuais para um universo mais amplo. Assim, amplia-se o olhar sobre o fenômeno estudado, ao tempo em que oferece um esboço de como as pessoas assimilam e vivenciam a realidade na qual estão inseridas.

A TRS foi concebida com base nos estudos de Serge Moscovici, difundidos a partir de 1961, com a obra *Psychanalyse son image et son public*. Ele, um psicólogo social francês, era de família judia, nascido na Romênia e perseguido pelo regime nazista durante a Segunda Guerra Mundial que, após a libertação do Leste Europeu pelo Exército Vermelho, radicou-se na França, onde construiu vida acadêmica no campo da Psicologia Social (WOLTER, 2014).

Moscovici, conforme Rocha (2014), buscou difundir sua teoria em um período cujo o modelo histórico estava balizado pelo descontentamento e pela busca em superar o modelo científico que valorizava, de forma excessiva, os saberes científicos em detrimento da cultura e do senso comum, depreciando a importância dos conceitos culturalmente construídos a partir da inscrição social no intercâmbio comunicacional do cotidiano. Com o advento da TRS, iniciou-se um processo de contínuo desenvolvimento no campo da Psicologia Social. Isso ocorreu em razão de suas características intrínsecas, que vem galgando espaço e relevância nas áreas das Ciências Sociais e da Saúde por possibilitar a compreensão do pensamento e das práticas sociais, expressas nos modos de vida e nas relações sociais numa comunidade e suas interações no processo de saúde das pessoas (JOVCHELOVITCH, 2011; GUARESCHI, 2012; JODELET, 2015).

Ao longo de mais de sessenta anos de existência, apesar dos avanços ocorridos nos conceitos traçados pela TRS em suas formulações teóricas iniciais, ainda é possível perceber “um movimento de compreensão e conceituação cada vez mais depurado, não só do que se convencionou denominar como conceito de representações sociais, mas também dos processos que explicam como as representações sociais são formadas e o que elas produzem” (TRINDADE; SANTOS; ALMEIDA, 2014, p. 135). Com isso, é possível verificar que a recomendação deixada por Moscovici continua atual, ou seja, de que a TRS é apropriada para evidenciar a dinâmica da realidade, num estado de permanente construção e articulação, denotando, assim, o caráter inacabado da sua obra.

Representações não surgem do vazio; elas são construídas historicamente no campo das interações humanas, sob influência das estruturas cristalizadas nas sociedades, orientando

e sendo reorientadas pela ação de sujeitos em suas práticas cotidianas (MOSCOVICI, 2012). Assim, a TRS foi construída a partir de vertentes do pensamento socioantropológico e da psicologia construtivista, sócio-histórica e cultural, promovendo o enlaçamento entre o social e o individual na sua conceituação. No que se refere a sua perspectiva psicológica, Serge Moscovici é considerado o pioneiro, balizando-se na perspectiva sociológica dos estudos realizados por Émile Durkheim (MARKOVÁ, 2006; JODELET, 2014; DIORIO; COSTA; SANTANA, 2017).

O conceito de representações coletivas, consideradas de forma homogênea e permanente a partir de vertentes sociológicas de Durkheim (2008), mostrou que estas são categorias de pensamento em que uma determinada sociedade emprega para organizar e evidenciar as suas realidades. Essas categorias, portanto, não são ofertadas *a priori*, e não são universais na consciência, elas surgem ligadas aos acontecimentos sociais e são passíveis de observação e interpretação. Na ótica durkheimiana, as representações expressas pelas pessoas não são elaboradas individualmente, mas pela sociedade, uma vez que os fatos sociais só existem a partir de uma organização social estabelecida e definida, com regras jurídicas, morais, dogmas religiosos, sistema financeiro e outros tantos sistemas (MARKOVÁ, 2006; DURKHEIM, 2008).

Por isso, representações seriam formas cristalizadas de saber e impostas sobre o indivíduo, consistindo em formas de pensar, agir e sentir. Elas são exteriores ao indivíduo e dotadas de poder coercitivo por imposição social, à medida que sua duração deixa de ser percebida como coerção para se engendrar a consciência individual. Neste aspecto, destaca-se:

Representar uma coisa, um estado, não é só desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo, é reconstitui-lo, retocá-lo, mundificar-lhe o texto [...]. As representações individuais ou sociais fazem com que o mundo seja o que pensamos que ele deva ser. Mostram-nos, a cada instante, que algo ausente se acrescenta e algo presente se modifica, mas o jogo dessa dialética possui uma significação maior. Não é só o fato de algo ausente nos atingir, desencadeando todo trabalho do pensamento e do grupo, mais primeiro, porque é estranho e, em seguida, porque está fora do universo habitual (MOSCOVICI, 2012, p. 54-55).

De acordo com Wolter (2014), é impossível pensar que os trabalhos realizados por Moscovici se restringiram apenas aos aspectos sociais das coletividades. Seus estudos contemplaram outras temáticas, tais como: decisão coletiva, minorias, pensamento das massas, mudanças sociais. Com isto, sua obra possibilitou à Psicologia Social uma nova visão na compreensão dos fenômenos sociais, com enfoque em três aspectos, destacando que:

Contrariamente às disciplinas mães, Sociologia e Psicologia, que possuem um olhar binário sobre os fenômenos, com o objeto de um lado e o sujeito (coletivo ou individual) do outro, a Psicologia Social consiste em um olhar ternário dos fatos. Esta abordagem substitui o olhar binário, entre o sujeito e o objeto, por uma visão em três termos: Sujeito individual – Sujeito Social – Objeto. Neste olhar, o Alter (Sujeito social), é o mediador das relações entre o Ego (sujeito individual) e o objeto. Tal abordagem abre as portas para uma visão multifacetada da relação entre os três termos (WOLTER, 2014, p. 35).

Ao insistir na especificidade dos fenômenos representacionais nas sociedades contemporâneas, Moscovici contrapõe as ideias que caracterizam representações como sendo estáticas e decantadas. Ele defende que elas emergem do corpo social, sendo definidas pela intensidade e fluidez das trocas e das comunicações, pelo desenvolvimento da ciência e mobilidade social. Assim, promovem a separação radical entre representação coletiva e representação social, destacando que a primeira constitui o objeto da Sociologia e a segunda seria do campo da Psicologia (JODELET, 2002; ROCHA, 2014; DIORIO; COSTA; SANTANA, 2017).

Devido a suas características, a Teoria das Representações Sociais se insere numa vertente sociológica da Psicologia Social, cujo objeto de investigação está voltado para a estrutura social do indivíduo, de como ele busca a intersecção com o campo social que o rodeia, privilegiando o conhecimento popular na construção da realidade percebida, vivida e compartilhada (MARKOVÁ, 2006; GUARESCHI, 2012; ARRUDA, 2014; TRINDADE; SANTOS; ALMEIDA, 2014). Destarte, para o reconhecimento do contexto de uma realidade social e de como o indivíduo nele se insere “é necessário ajustar-se, conduzir-se, localizar-se física ou intelectualmente, identificar e resolver problemas” (JODELET, 2002, p. 01) que são postos no decorrer das relações entre pessoas ou grupos.

Mas isso não ocorre de forma isolada. As experiências com as pessoas, as ações realizadas, as opiniões emitidas, os eventos que ocorrem no cotidiano são compartilhados mutuamente para se obter uma compreensão ou um dissenso individual ou comum. De igual modo são as representações sociais, construídas e direcionadas à maneira de nomear e definir os diferentes aspectos das realidades humanas, as maneiras de interpretá-las, estatuir-las e, se for o caso, de tomar uma posição a respeito e defendê-las (JODELET, 2002).

Por seus aspectos, as representações sociais são consideradas uma forma de conhecimento construído e compartilhado socialmente, relacionadas a um conjunto social, denominado como saber do senso comum (ARRUDA, 2014; JODELET, 2014). Por meio delas, indivíduos e comunidades representam objetos, signos, realidades e sentidos que consideram importantes nas relações e nas inter-relações sociais, proporcionando a

compreensão e o compartilhamento dos vários tipos de conhecimentos entre pessoas e comunidades, bem como de modos de vida. Assim, ela se caracteriza por ser uma relação de vários para vários, que se encontram na base dinâmica de cada representação partilhada (MARKOVÁ, 2006; JOVCHELOVITCH, 2011; ARRUDA, 2014; JODELET, 2014).

Nesse sentido, entende-se que as concepções a respeito das representações sociais ganham importância na busca da compreensão das realidades cotidianas de indivíduos ou comunidades, pois elas refletem profundamente nos modos de como as pessoas mantêm relações sociais, operam e tomam posições a respeito de acontecimentos, fatos ou objetos dentro das dinâmicas da convivência social. Simultaneamente, as representações sociais também são modos dinâmicos de organizar imagens, gestos e linguagens, pois recortam e simbolizam ações e situações que são ou se tornam comuns através da comunicação, das relações com o ambiente, da ação que modifica uns aos outros, e não mera reprodução de comportamentos ou relações como reação a um dado estímulo externo (ALMEIDA; SANTOS 2011).

As representações sociais circulam e se cruzam entre os indivíduos, possibilitando troca de conhecimento em movimento dentro do campo de conversação interacional, misturando expressões conhecidas e concebidas, fazendo emergir lembranças. Permite-se, assim, o intercâmbio individual e coletivo de trocas, aquisições, construções e partilhas de conhecimento sobre o objeto/fenômeno no ambiente das relações entre pessoas (MOSCovici, 2012; ROCHA, 2014). Dadas as suas características, individual e coletiva, elas possuem um caráter essencial e determinante no processo em curso na vida humana, pois:

[...] subjaz o desenvolvimento da mente, do Eu, da sociedade e da cultura. Representar, isto é, tornar presente o que está de fato ausente por meio do uso de símbolos, [...] é crucial para o estabelecimento das inter-relações que constituem a ordem social e é o material que forma e transforma as culturas, no tempo e espaço. A realidade do mundo humano é, em sua totalidade, feita de representação e não faz sentido falar da realidade em nosso mundo humano sem o trabalho das representações (JOVCHELOVITCH, 2011, p. 33).

Na compreensão de Jodelet (2002), as representações sociais funcionam como sistemas de interpretação que regem as relações com o ambiente social no qual os seres humanos estão inseridos, orientando e organizando as condutas. Elas intervêm nos processos de difusão e de assimilação dos conhecimentos, no desenvolvimento individual e coletivo, na definição das identidades pessoais e sociais, nas expressões dos grupos e nas transformações sociais. Como fenômenos cognitivos, associam o sentimento de pertencimento social das pessoas às implicações afetivas e normativas, às interiorizações das experiências, das práticas

de conduta e de pensamento socialmente incutidos ou transmitidos pela comunicação social, contribuindo para a aproximação da vida mental individual e coletiva.

Assim compreendidas, as representações sociais são consideradas como produto e processo de assimilação da realidade externa ao pensamento e da estruturação psicológica e social da realidade, sob seu aspecto constituinte enquanto processo e constituído, enquanto produto ou conteúdo, cuja modalidade de pensamento apresenta suas especificidades em seu caráter social. O fato de representar ou de se representar corresponde a um ato de pensamento, no qual o sujeito (indivíduo) e o objeto (pessoa, coisa, evento material, psíquico ou social, um fenômeno natural, ideia, uma teoria etc.) se relacionam, podendo este último corresponder a algo real, imaginário ou mítico, mas que sempre será definido como tal, sem o qual não haverá representação a ser desenvolvida. Por sua vez, o ato de pensar, estabelecendo relação entre sujeito e objeto, apresenta características específicas em relação a outras atividades mentais, sejam elas perceptivas, conceituais ou de memória (JODELET, 2002).

Enquanto composições de figuras e de expressões socializadas, as representações sociais recortam e simbolizam objetos, ações e situações que são ou que vão se tornar comuns no processo de organização de imagens e da linguagem. No seu modo passivo, ela é compreendida como a imagem virtual da consciência, individual ou coletiva, a respeito de determinado objeto, ou feixe de ideias, do mesmo modo que uma fotografia causa impressões ao cérebro. Já seu modo ativo atua como modulador daquilo que os indivíduos e os grupos comunicam ao exterior, com foco nos objetos, ações e situações constituídos, construídas, modeladas e remodeladas no decorrer das interações sociais (ALMEIDA; SANTOS 2011; MOSCOVICI, 2012).

Portanto, o ato cognitivo de representar algo implica no desdobramento, na repetição, na reprodução, na reconstituição e no retoque dos signos relacionados àquilo que está sendo representado, a fim de torná-lo cognoscível. Assim, as representações, individuais ou sociais, permitem ao indivíduo reconhecer o mundo e as coisas a partir de suas compreensões de realidade, moldada e modificada à medida que as novas compreensões e significados vão sendo criados, reconhecidos e compartilhados, num processo dialético de recebimento, processamento e intercâmbio de informações decorrentes das relações entre pessoas, possibilitando que a todo instante algo seja acrescentado ou modificado nos repertórios de percepção e significados, desencadeando processos de pensamentos para ajustamento daquilo que é estranho e está fora do universo habitual (MOSCOVICI, 2012).

Nesses processos, as representações sociais enriquecem as compreensões de realidade, as suas implicações na vida cotidiana, definindo os níveis das comunicações passíveis de serem partilhadas e compartilhadas no âmbito das relações sociais, dos valores, de ideias ou de visões de mundo, que tornam essas relações possíveis e eficazes.

Com isto, elas permitem a produção dinâmica de comportamentos e intercâmbio de informações no ambiente social, de ações que modificam pessoas e comportamentos, seja através de um estímulo externo ou interno. Além disso, possibilitam o encontro, no universo cotidiano que as opiniões e representações emergem, das trocas inter-relacionais que ocorrem entre os indivíduos ou entre esses e as comunidades, permitindo às pessoas ou aos grupos se tornarem familiarizados com as imagens, ideias, objetos e significados que estão em circulação no ambiente.

Em se tratando de representações sociais, considerando a premissa de que todo conhecimento nasce de um contexto social e psicológico, as representações (individual, coletiva ou social) se situam no entremeio da comunicação humana e da ação social, não sendo apenas um mero produto de mentes individuais fechadas em si mesmas. Seja qual for sua natureza, não são simples atos de um sujeito que, desde si, as constroem, mas sim, instrumentos decorrentes das interações cotidianas (JODELET, 2014).

São elas, as representações, que tornam possível compreender como pessoas comuns, comunidades e instituições produzem saberes acerca das mais variadas gamas de objetos sociais, influenciando no modo de compreender, viver e se expressar dos indivíduos ou de grupos, posto que o contexto social é o ponto de partida e de chegada para a assimilação de formas específicas de comunicação, de inter-relações e de práticas que formam e transformam os processos psicossociais. Estes configuram as representações sociais e outros sistemas de conhecimento, pois todo saber, neste aspecto, está interligado ao contexto no qual é produzido, e enraizado nos modos de vida de seus atores (ALMEIDA; SANTOS, 2011; JODELET, 2014).

Por tais aspectos, Moscovici (2010) reconhece a sociedade como constituída de dois universos: o consensual e o reificado. O primeiro é concebido como grupo que manifesta livremente suas opiniões, saberes e conhecimentos como se fosse também opinião do grupo; cada indivíduo se vê como porta-voz do todo social. No segundo, a sociedade funcionaria como sistema de diferenciação de atribuições e separação por classes, no qual seus membros estariam dispostos numa relação de desigualdade, de modo que somente aqueles com

competências definidas podem emitir opiniões sobre determinados temas com conteúdo de autoridade pelo grupo social.

É nesse contexto que Jovchelovitch (2011) ressalta a necessidade de perscrutar como os saberes sociais são produzidos e reproduzidos pelos indivíduos no tecido social, sobre si mesmos, sobre os outros e sobre a multidão de objetos/fenômenos que lhes são relevantes, além de buscar compreender como as representações se formam. Assim, uma das proposições da TRS é a recuperação do *status epistemológico* dos saberes ligados à vida cotidiana e ao senso comum e o que eles expressam.

Sendo fundamentadas em “crenças e saberes socialmente construídos, socialmente partilhados” (GUARESCHI, 2012, p. 8) que orientam os pensamentos e falas pelos quais o ser humano decide sobre suas ações e reações, conhece-se, reconhece-se, apropria-se e atribui-se sentidos às coisas de seu universo social. As representações sociais são construídas, transformadas e apropriadas por diferentes atores sociais na conformação e configuração dos sistemas dos saberes científicos e do senso comum, inaugurando a importância e, ao mesmo tempo, promovendo o resgate do cotidiano social e da vivência das pessoas, na reabilitação do saber popular enquanto instrumento de geração de novos saberes, possibilitando a união de dimensões – subjetivas e objetivas – do conhecimento na construção social das realidades vividas e compartilhadas por indivíduos e pela coletividade.

Operando nos espaços simbólicos da linguagem, as representações sociais — enquanto modalidade de conhecimento particular (individual e coletivo) que influencia nos comportamentos e na comunicação entre pessoas — dão visibilidade a objetos/fenômenos presentes nos universos dos pensamentos, interligando os saberes reificados (frio, estático e científico) às atmosferas dos saberes consensuais reinterpretantes do senso comum, promovendo a emersão de verdadeiros retratos das mais diversas realidades, individuais e coletivas, vivenciadas pelo gênero humano (MOSCovici; 2010). Na afirmação do *status epistemológico* das representações sociais, enquanto mola propulsora de integração dos saberes reificados e consensuais, merece ser destacado que:

[...] como no passado, a simples simulacros ou dejetos intelectuais sem relação com o comportamento humano criador. Ao contrário, elas possuem uma função constitutiva da realidade, da única realidade que nós experimentamos e na qual a maioria de nós se movimenta. ... uma representação é sempre representação de alguém e ao mesmo tempo representação de alguma coisa. Levando em conta essa função constante do real e do pensado, do científico e do não científico, uma conclusão se impõe: a representação social é um corpo organizado de conhecimentos e uma das atividades psíquicas graças aos quais os homens tornam a realidade física e social inteligível, se inserem em um grupo ou relação quotidiana de trocas e liberam os poderes de sua imaginação (MOSCovici, 2012 p. 27-28).

Como modalidade de conhecimentos gerados, requalificados, reprocessados e difundidos pelos e entre os sujeitos sociais, as representações sociais nascem de um contexto específico, a partir do momento que surge a necessidade de nomear, classificar e tornar concreto o que até então não era familiar. Esta é a função de todas as representações: tornar familiar o desconhecido dentro do universo consensual a partir do estabelecimento de uma relação com paradigmas previamente conhecidos, fazendo com que o que era estranho se torne familiar, compendiável e cognoscível, e o que era inacessível passe a ser acessível (MOSCOVICI, 2010).

Moscovici (2010) define que o processo das construções de representações sociais é baseado em dois estágios cognitivos que ele denomina ancoragem e objetivação. O primeiro estágio ocorre quando o indivíduo se depara com objeto/fenômeno que lhe é estranho, desconhecido e não familiar; ocorre uma busca ativa no repertório de paradigmas, denominado núcleo figurativo (ou repertório imagético), para fins de associação, categorização e ajustamento, de modo a dar-lhe familiaridade.

Nesse processo, há um remodelamento cognitivo do que é estranho e desconhecido, com ajustamento em paradigmas conhecidos, os quais o objeto/fenômeno desconhecido é associado, classificado, enquadrado e inserido no repertório de signos, passando a dele fazer parte. Em síntese, a ancoragem consiste na operação cognitiva de fazer conhecer e tornar acessível e reconhecível no repertório de imagens e signos que lhes são correspondentes ou assemelhados, algo que até então era estranho e desconhecido. A partir do momento que se consegue classificar, nomear e categorizar o que parecia estranho, está-se promovendo a ancoragem, tornando familiar o que era desconhecido, conforme representado na Figura 1:

**Figura 3** 1º Estágio da Construção de Representação Social – Ancoragem



**Fonte:** Elaborada pelos autores

Assim sendo, pode-se dizer que a ancoragem está relacionada ao processo cognitivo mental de classificação e categorização de ideias e imagens até então estranhas ao sistema

particular de compreensão da realidade, passando a obter contornos definidos quando comparados a paradigmas pré-existentes e conhecidos, nos quais a “memória prevalece sobre a dedução, o passado sobre o presente a resposta sobre o estímulo e as imagens sobre a realidade” (MOSCOVICI, 2010, p. 55). É através do processo de ancoragem que ocorre a acomodação e o entrelaçamento entre o que é conhecido e o que é desconhecido, entre o novo e o velho, juntando um objeto/fenômeno a outro ou entre si, através de uma rede de significados (ARRUDA, 2014; ROCHA, 2014; JODELET, 2015).

Explicando como se processa a ancoragem na construção das representações sociais, Moscovici (2010) relembra que, em razão do estoque de palavras que o ser humano possui como referência a objetos específicos em circulação na sociedade, ele está em constante pressão para provê-los com sentidos concretos ou equivalentes. Assim, ao se supor que as palavras sempre fazem referência a alguma coisa, busca-se ligá-las a algo, a encontrar equivalentes não verbais que lhes corresponda o significado. Mas, como nem todas as palavras desse estoque mental podem ser ligadas a imagens que lhes correspondam, seja por não serem facilmente acessíveis na memória, seja por estarem relacionadas a tabus, aquelas que forem selecionadas por se aproximarem por semelhança à representação do objeto, são integradas a este repertório imagético que é denominado núcleo figurativo, paradigma ou protótipo.

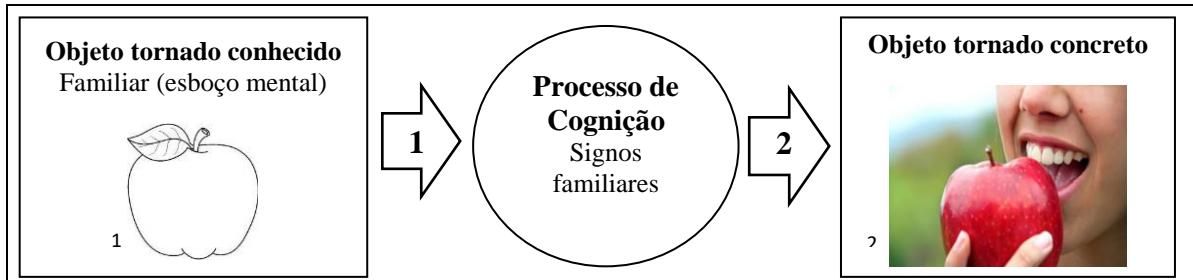
Afirma-se, então, que durante a ancoragem a imagem ou o complexo de imagens é associada visivelmente a uma ideia ou complexo de ideias que, uma vez estabelecidas e aceitas no núcleo figurativo, podem ser relacionadas a tudo aquilo que remeta às qualidades inerentes àqueles paradigmas, exsurgindo daí fórmulas e clichês que o sintetizam e imagens que lhes são correspondentes, assemelhadas ou distintas, ou aquelas se que aglomeram ao seu redor. Desse modo, o núcleo figurativo forma um padrão de referência de imagens para um ou vários objetos, padrão esse que passa a ser usado nas várias situações para compreensão dos mais variados acontecimentos, objetos ou fenômenos, comparando aquilo que se quer conhecer com aquilo que já existe, assimilando o novo com o padrão preestabelecido.

No segundo estágio de formação da representação social, a objetivação, o objeto/fenômeno, que era desconhecido, se tornou familiar por meio da ancoragem. Porém, ainda está com significado abstrato, no mundo da contemplação e precisa ser submetido a novo processo de cognição para ser relacionado a algum signo concreto. Estabelece-se, então, uma relação daquilo que foi reconhecido abstratamente no processamento cognitivo anterior, para uma realidade mais objetiva, concreta e significativa no modo de compreensão do

indivíduo, no qual o abstrato se projeta como reflexo da realidade (MOSCOVICI, 2010; JODELET, 2015).

Na Figura 2 está esquematizado a ocorrência do processo de objetivação na construção das representações sociais.

**Figura 4** 2º Estágio da Construção de Representação Social – Objetivação



**Fonte:** Elaborada pelos autores

Nota-se que, na objetivação, ocorre a transferência do signo familiarizado para a esfera particular de signos de cada indivíduo, sendo novamente comparado, interpretado e reinterpretado. Assim, ele passa a ser reconhecido e reproduzido como algo que pode ser visto, tocado, compreendido e controlado, dando sustentação e ao mesmo tempo sustentando as compreensões e signos já conhecidos e familiares. Nestes, o objeto representado era desconhecido e se tornou familiarizado, tangível e interiorizado, passando a fazer parte da realidade e do conjunto de signos do objeto representado (MOSCOVICI, 2010; TRINDADE; SANTOS; ALMEIDA, 2014). Nesse sentido, destaca-se que:

Objetivação une a ideia de não familiaridade com a de realidade, torna-se verdadeira essência da realidade. Percebida primeiramente como um universo puramente intelectual e remoto, a objetivação aparece, então, diante de nossos olhos, física e acessível. Sob esse aspecto, estamos legitimados ao afirmar, como Lewin, que toda representação torna real — realiza, no sentido próprio do termo — um nível diferente de realidade. Esses níveis são criados e mantidos pela coletividade e se esvaem com ela, não tendo existência em si mesmos; por exemplo, o nível sobrenatural, que em certo tempo era quase onipresente, é agora praticamente inexistente. Entre a ilusão total e a realidade total existe uma infinidade de graduações que devem ser levadas em consideração, pois não as criamos, mas a ilusão e a realidade são construídas exatamente desse modo (MOSCOVICI, 2010, p. 71).

Tornar concreto aquilo que era desconhecido e abstrato é o papel da objetivação. Sendo assim, objetivar significa o mesmo que transformar um conceito a respeito do

<sup>3</sup> Figura disponível em: [https://www.espacoeducar-colorir.com.br/2015/08/desenhos-de-maca-para-colorir-  
riscos.html](https://www.espacoeducar-colorir.com.br/2015/08/desenhos-de-maca-para-colorir-riscos.html). Acesso em 10 maio. 2022.

<sup>4</sup> Figura disponível em: <https://br.depositphotos.com/28364577/stock-photo-biting-an-apple.html>. Acesso em 10 maio. 2022.

objeto/fenômeno em imagem concreta, dissociando-as de seu contexto original de produção e associando-as ao contexto do conhecimento imagético do indivíduo, de um grupo ou de uma coletividade, na qual a retenção das informações relevantes é submetida a uma acomodação cognitiva, fazendo com que certas informações assumam uma função mais considerável que outras. Ocupa-se, finalmente, em transformar o que está somente no mundo da contemplação, abstrato, em um conceito concreto e significativo, sustentando-se em compreensões que conhecidas, familiares (TRINDADE; SANTOS; ALMEIDA, 2014; JODELET, 2015; BERTONI; GALINKIN, 2017).

Objetivar alguma coisa corresponde ao processo cognitivo que estabelece uma relação de um signo abstrato em plano mental com um correspondente observável no mundo físico; ou seja, é a materialização do pensamento mediante a criação de imagens para um objeto abstrato. Nesse processo, todas as imagens recentemente criadas sobre determinado objeto são integradas ao núcleo figurativo, passando, então, a dele fazer parte, tornando-se mais um modelo imagético do signo ou objeto que está sendo representado, concedendo-lhe, ao mesmo tempo, estatuto de signo e de significante (MOSCovici, 2012).

A objetivação une a ideia de não familiaridade com a de realidade que, por sua vez, torna-se a verdadeira essência de realidade na percepção do sujeito. Sentida primeiramente no plano intelectual, remoto e não familiar, ela desponta diante dos olhos de forma física, concreta e acessível. Nesse processo de objetivação também é possível observar a ocorrência de duas operações que são essenciais: a naturalização e a classificação. A naturalização permite que o objeto se torne real e a classificação proporciona à realidade um ar simbólico (MOSCovici, 2010; JOVCHELOVITCH, 2011). Assim, pode-se afirmar que a objetivação é a linha tênue entre o desconhecido e o núcleo figurativo, promovendo a transposição de uma realidade abstrata para uma realidade concreta. Esta realidade pode ser real no caso de um objeto físico sendo reconhecido e representado, ou passional, no caso das modulações do tônus afetivo ou, ainda, virtual, no caso de uma ideia ou conceito.

De acordo com a teoria moscoviciana das representações sociais, tanto a ancoragem quanto a objetivação são processos cognitivos que envolvem a memória na construção de opiniões e significados:

Ancoragem e objetivação são, pois, maneiras de lidar com a memória. A primeira mantém a memória em movimento e a memória é dirigida para dentro, está sempre colocando e tirando objetos, pessoas e acontecimentos, que ela classifica de acordo com um tipo e os rotula com um nome. A segunda, sendo mais ou menos direcionada para fora (para outros), tira daí conceitos e imagens para juntá-los e

reproduzi-los no mundo exterior, para fazer as coisas conhecidas a partir do que já é conhecido (MOSCOVICI, 2010, p. 78).

Por esta concepção, quando se fala de representações sociais, deve-se considerar que não existe um divisor entre o indivíduo ou o grupo e o universo exterior, bem como não ocorre separação total entre o sujeito e o objeto. Ambos estão entrelaçados e se complementam, pois o objeto está assentado num contexto ativo e a sua representação é concebida de forma parcial como prolongamento do seu comportamento, das suas vivências, a partir do que já tem imprimido na memória do indivíduo ou do grupo (MOSCOVICI, 2012).

De acordo com a teoria moscoviana, a representação social é fundamentalmente um sistema de classificação e de denotação, de alocação de categorias e nomes, de modo que é impossível classificar, sem ao mesmo tempo dar nomes, pois, quando algo é denominado, ele se liberta do anonimato para ser dotado de uma genealogia e, a partir daí, passa a ser incluído em um complexo de palavras específicas para que possa ser localizado na matriz de identidade da cultura. O que é anônimo, o que não pode ser nomeado, dificilmente pode se tornar uma imagem comunicável ou ser facilmente ligado a outras imagens, ficando relegado ao mundo da incerteza, da confusão (MOSCOVICI, 2010).

Por isso, nomear algo é precipitá-lo e isso gera consequências tríplices: I) uma vez nomeado, o indivíduo, ou objeto, pode ser descrito, adquirindo certas propriedades, características, tendências etc.; II) o indivíduo, ou objeto, se torna distinto de outros indivíduos ou objetos, devido a essas características, tendências; III) o indivíduo ou algo se torna o objeto de um acordo entre os que adotam e partilham do mesmo acordo. Tudo isto faz com que haja a busca por estabelecer uma relação positiva ou negativa com o objeto, de forma que quando o valor é positivo, há o registro de aceitação, mas, se apresenta um valor negativo, há a recusa. Dessa forma, não há escolhas neutras (MOSCOVICI, 2010).

No processo de construção das representações, sinais, gestos e expressões são considerados convenções que possibilitam conhecer e representar signos, significados ou objetos que interpretam uma mensagem como significante em relação a outra. Um braço levantado, por exemplo, indica pedido de atenção, uma saudação a um amigo, uma demonstração de impaciência ou um pedido de palavra em uma reunião. Tais sinais são utilizados pelos sistemas comunicativos humanos como substitutos de som ou imagens, reproduzindo a mesma experiência que se produziria no mundo natural (MOSCOVICI, 2010).

Em função de tais aspectos, as representações sociais são criativas por se utilizarem do capital imagético e de signos que o ser humano incorpora ao longo do processo cognitivo

de sua existência, da capacidade de criação, da combinação, recombinação e remodelamento daqueles já constituídos em âmbito mental, para novos objetos e significados. Por isso, elas funcionam como imagens moldadas pela memória e compreendidas como retrato da própria realidade. Logo, quando o indivíduo ou a coletividade expressam opinião sobre o objeto, é suposto que haja um conhecimento prévio, uma representação acerca daquele objeto ou realidade estocada no seu “reservatório” de imagens, de modo que estímulo e resposta são formulados juntos, contribuindo para a construção de novas representações.

Para Moscovici (2010), o processo de construção de representações pode ser influenciado, contrastado ou confirmado por aquilo que ele denominou de hipótese de desiderabilidade, hipótese de desequilíbrio e hipótese de controle. A primeira se constitui em estratégias concebidas com a finalidade de revelar ou de ocultar intenções, funcionando como distorções subjetivas da realidade objetiva por questão de sobrevivência no meio social; a segunda corresponde a ajustes ideológicos e de concepções de mundo, utilizados para solucionar tensões psíquicas ou emocionais, funcionando como compensação imaginária utilizada para restaurar a estabilidade interna do indivíduo devido a um fracasso ou falta de integração social; a terceira se constitui em representações criadas por grupos sociais para filtrar informações advindas do meio para que possam controlar o comportamento individual. Elas funcionam como uma espécie de manipulação do pensamento e da estrutura da realidade semelhantes aos métodos de controle “comportamental”, com o objetivo de controlar pessoas, funcionando como formas de manipulação do pensamento.

Sendo assim, a representação social “pressupõe investigar o que pensam, por que pensam e como pensam os indivíduos” (BERTONI; GALINKIN, 2017, p.106), bem como tem a função de atenuar as estranhezas e introduzi-las no espaço comum, provocando o encontro de visões, de expressões separadas e díspares, de modo a tornar o inacessível, acessível e o inteligível, concreto.

Além disso, as representações sociais circulam, reúnem experiências, vocabulários, conceitos e condutas que originados de fontes diferentes, reduzindo a variabilidade dos sistemas intelectuais e práticos. Nesse processo, o inabitual se insinua no costumeiro, o extraordinário se torna frequente. Por este motivo é considerada uma modalidade de conhecimento particular que tem a função de elaborar comportamentos e a comunicação que acontece entre os indivíduos num contexto social comum (MOSCOVICI, 2012).

Infere-se que a Teoria das Representações Sociais permite compreender os espaços da fala, escuta e sinais, da construção e desconstrução que as pessoas realizam, organizam e

vivenciam em suas histórias, percepções e construções sociais na vida cotidiana. Por seu conceito dinâmico e contínuo, possibilita o enriquecer as investigações sobre os aspectos sociais de objetos/fenômenos, entranhando-se nos espaços sociais, nas redes de significação e comunicação, ajudando a compreender a produção dos sentidos subjetivos dentro dos contextos sociais.

#### **4 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL E O CUIDADO**

---

A Política Nacional de Saúde Mental e o Cuidado será o foco nesse capítulo. Serão abordadas as temáticas referentes ao processo de estruturação das políticas públicas de saúde no Brasil, da constituição do Sistema Único de Saúde, da Reforma Psiquiátrica e da Política de Saúde Mental e Cuidado.

#### 4.1 ANTECEDENTES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Atualmente, no cenário das políticas públicas brasileiras, observa-se que a saúde mental vem ocupando um espaço de destaque nas discussões institucionais, com ênfase na abordagem das singularidades dos indivíduos, nas condições sociais para o cuidado e na atenção integral à pessoa. Porém, nem sempre esta foi a realidade brasileira.

Efetuando-se um corte cronológico no processo histórico da saúde no Brasil, percebe-se que a redemocratização do país, no início dos anos 1980, trouxe para a agenda política nacional a discussão sobre a necessidade de reformar o sistema de saúde brasileiro. Isso já vinha sendo engendrado desde o final dos anos 1970, no denominado *Movimento de Reforma Sanitária*, ou movimento sanitarista. Tal movimento envolveu sindicatos, movimentos sociais, profissionais de saúde e acadêmicos no debate e na busca de resposta para os dilemas da política de saúde nacional, buscando contemplar aspectos político-ideológicos, organizativos e técnico-operacionais. Consolidou-se como movimento de defesa da democracia participativa, da resistência contra o arbítrio, da luta pela redemocratização e de aglutinação de um projeto comum para construir um sistema de saúde público e democrático, contemplado na Constituição Federal de 1988 com um capítulo exclusivo, alçando a Saúde à categoria de direito fundamental como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania e dignidade humana (BRASIL, 1988, 2006; PAIM, 2003).

A proposta do movimento sanitarista era de profunda reforma do sistema de saúde nacional, em sintonia com a nova realidade brasileira. Ela foi amplamente debatida na 8<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde (8<sup>a</sup> CNS), de 1986, considerada ponto de inflexão na construção do atual sistema de saúde brasileiro, com ampla participação dos mais diversos segmentos da sociedade civil organizada (PAIM, 2003; BRASIL, 2006). A 8<sup>a</sup> CNS apontou os principais problemas do sistema de saúde e indicou os princípios e diretrizes que deveriam nortear o novo sistema a ser implantado a partir da redemocratização do país, tendo como linhas mestras a ampliação das ações e serviços de saúde oferecidos à população, o reconhecimento da saúde como direito da pessoa e dever do Estado, a criação de um sistema

único de saúde, de acesso universal, e que contasse com efetiva participação popular na deliberação e controle social em todas as instâncias governamentais, além da ampliação do orçamento para financiamento do sistema (BRASIL, 1990, 2006; PAIM, 2003).

As propostas da 8<sup>a</sup> CNS foram amplamente debatidas na Assembleia Constituinte e, com a promulgação da Constituição de 1988, foi instituído o SUS, cujos princípios e diretrizes foram incorporadas nos artigos 196 a 200. Dois anos depois, o Congresso Nacional aprovou a Lei nº 8080/1990, que promoveu a implementação do novo sistema público de saúde brasileiro. Assim, foi assegurado o acesso a ações e serviços de saúde a todos os brasileiros, dando efetividade aos princípios de acesso universal e igualitário a todas as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, além da integração intersetorial com outras políticas econômicas e sociais visando à redução de riscos de danos à saúde da população (BRASIL, 1990, 2006; PAIM, 2003).

Foi neste mesmo período de ebulação de demandas por um sistema efetivo de saúde no Brasil, entre o final da década de 1970 e início dos anos 1980, que emergiu as lutas pela Reforma Psiquiátrica ou antimanicomial. Representada por uma ampla campanha em prol dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico, tinha o fim de prover uma nova forma de cuidado, influenciado pelo Modelo Basagliano de desinstitucionalização, orientada por um viés humanista, oposto a todas as formas de abuso, violência, fraudes, opressão, violações de direitos, mercantilização da loucura, monopólio de instituições privadas de assistência, entre outras (AMARANTE; TORRE, 2017; AMARANTE; NUNES, 2018; FIDELIS, 2018; SAVARIS *et al*, 2021).

O Movimento de Reforma Psiquiátrica teve o intento de realizar uma discussão aprofundada sobre a temática da saúde mental em sua ampla conjuntura, debatendo os saberes instituídos pela psiquiatria e a função dos hospitais psiquiátricos, as diretrizes de atendimento desenvolvidas pelos trabalhadores em saúde, bem como o protagonismo da pessoa com sofrimento psíquico frente a sua doença. Tal movimento aconteceu através de trabalhadores em saúde mental, dos familiares e de pessoas da sociedade comprometidas com a causa, através de reuniões e Conferências Municipais, Nacionais e Internacionais de Saúde Mental em prol de erigir uma legislação que, no seu arcabouço, contemplasse todas estas necessidades (OLIVEIRA; VIEIRA; ANDRADE, 2011; AMARANTE, 2016; LIMA, 2016).

Portanto, foi a partir do final da década de 1980 que os avanços referentes as principais linhas de reorientação do modelo assistencial em saúde mental incidiram, tendo repercussão no modelo de assistência, na ação cultural, no âmbito jurídico e político. Nesse

período, diversas linhas de cuidado foram traçadas para que ocorresse a mudança do modelo hegemônico de assistência psiquiátrica, cuja matriz era a institucionalização, para o novo modelo multidisciplinar, com a inserção de uma rede de atenção à saúde mental que abarcasse as transformações pretendidas, inserindo o direito integral à cidadania, às novas modalidades de atenção e à substituição progressiva de leitos hospitalares de saúde mental no país (ARDOSO; TRINO; MEDEIROS, 2014; COVELO; BADARÓ-MOREIRA, 2014; 2015; DELGADO, 2015; AMARANTE, 2016; BATISTA, 2018).

Os primeiros resultados concretos do movimento antimanicomial foram observados a partir de março de 1986, com a inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial inaugurado do Brasil, na cidade de São Paulo, influenciando na criação e transformação de muitos outros aparatos por todas as regiões no território brasileiro, bem como, os serviços residenciais terapêuticos, instituídos pela Portaria nº 106/2000. Este serviço busca oportunizar pessoas com sofrimento psíquico egressos de intenções psiquiátricas de longa permanência a receberem cuidados em moradias inseridas na comunidade (BRASIL, 2004; AMARANTE; NUNES, 2018; SAVARIS *et al*, 2021).

Após a implantação dos serviços residenciais terapêuticos, estabeleceu-se o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria, em 2002, que deu início a um processo de avaliação dos hospitais psiquiátricos, públicos e privados, que estabeleciam convênios junto ao SUS. Tal implementação avaliativa propiciou o fechamento de centenas de hospitais e alguns milhares de leitos que se mostravam inadequados para a realização de uma assistência à saúde de forma digna e eficaz (AMARANTE; NUNES, 2018; SAVARIS *et al*, 2021).

Outra inovação importante na reordenação do modelo assistencial em saúde mental ocorreu com a Lei nº 10708/2003. Tal norma estabeleceu a concessão de auxílio reabilitação como medida compensatória às pessoas com sofrimento psíquico que estiveram internados em instituições fechadas, comprovadamente, por um período igual ou acima de dois anos, ou em residências terapêuticas; bem como, aqueles em que vivenciam situação de grave dependência institucional. Hoje, o auxílio reabilitação se insere no programa de ressocialização denominado “De Volta Para Casa”, coordenado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003; SAVARIS *et al*, 2021).

De forma oficial os CAPS foram estabelecidos pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM 224/92, definindo-os como unidades de saúde locais/regionalizadas. A partir de então, os CAPS, e outros modelos substitutivos que integram a rede do SUS, foram

regulamentados pela Portaria nº 336/2002, amparado pela Lei nº 10216/2001, sendo reconhecido e ampliado o seu funcionamento e a sua complexidade de atenção; definindo e estabelecendo as diretrizes. Tem como alicerce ofertar cuidado às pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente de sofrimentos mentais graves e persistentes, envolvendo o uso de substâncias psicoativas e outras circunstâncias clínicas que dificultam o estabelecimento de vínculos sociais e realização de projetos de vida (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004; BRASIL, 2015a; LIMA, 2016; FIDELIS, 2018; ONOKO-CAMPOS, 2019).

#### 4.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

O modelo assistencial em saúde mental foi totalmente reformulado com a promulgação da Lei nº 10216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica). Ela foi resultado de uma luta social que atravessou 12 longos anos e que buscava contemplar no plano normativo as conquistas e aspirações a luta antimanicomial, bem como a Declaração de Caracas, de 14 de novembro de 1990, que defendia a reestruturação da atenção psiquiátrica em toda América Latina (AMARANTE; NUNES, 2018; SAVARIS *et al*, 2021).

Sob os propósitos da Declaração de Caracas e do Movimento Antimanicomial que a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira foi concebida. Com o desígnio de promover os direitos das pessoas acometidas de sofrimento psíquico e a sua reinserção social, estabeleceu o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental com a implementação de um modelo de atenção aberta, de base territorial e acompanhamento integral, bem como a extinção progressiva de leitos psiquiátricos, considerada uma das inovações mais impactantes do novo modelo assistencial (BRASIL, 2001; AMARANTE; NUNES, 2018).

Referente à internação hospitalar, a Lei nº 10216/2001 preconiza que somente se justifica tal medida quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e ineficazes. Para tanto, exige-se laudo expedido por um médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina da UF onde se localiza a instituição de saúde, especificando os motivos da internação. Os tipos previstos de internação são: a) internação voluntária, quando ocorre com o consentimento do usuário; b) internação involuntária, quando ocorre sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; importante salientar que o Ministério Público Estadual deve ser informado em um período de 72h, assegurando que nenhuma pessoa seja

internada indevidamente, sem critérios terapêuticos claros; e c) internação compulsória, que ocorre por determinação Judicial (BRASIL, 2001).

Num contexto atual as ações públicas de saúde mental são focadas na ampliação da promoção à atenção psicossocial, cujo principal instrumento regulatório é a Política de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estabelecida pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria Ministerial nº 3088/2011. Seu escopo é garantir cuidado à pessoa com sofrimento psíquico e a seus familiares, assegurada através de uma extensa rede de atenção e de serviços, respeitando a singularidade de profissionais de saúde e usuários (BRASIL, 2011; ONOKO-CAMPOS, 2019).

O acesso à atenção psicossocial no âmbito da RAPS permite que o cuidado à pessoa com sofrimento psíquico decorrente de sofrimentos mentais graves e persistentes, envolvendo o uso de substâncias psicoativas e seus cuidadores (familiares), ocorra de forma transversal e articulada por unidades assistenciais em níveis de complexidade e de forma ascendente através de: Atenção Básica (AB), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); Unidades Estratégia de Saúde da Família (UESF); Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Consultório na Rua (CR) e Centros de Convivência e Cultura; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Atenção de Urgência Emergência (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, Unidade de Pronto Atendimento – UPA); Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar (considerando as internações em leitos inseridos em hospitais gerais); Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Programa de Volta para Casa e estratégias de reabilitação psicossocial através de iniciativas para geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativos sociais (BRASIL, 2011, 2017b; CARDOSO; TRINO; MEDEIROS, 2014; SAMPAIO; ARAÚJO; BASTOS, 2015).

Nesse aspecto, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 2436/2017, estabeleceu as diretrizes para a organização dos serviços públicos de saúde no país por meio de Redes de Atenção à Saúde, que se constituem em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial (BRASIL, 2017a; AMARANTE; NUNES, 2018). De acordo com a PNAB, a atenção básica, através das unidades de estratégias em saúde da família e as unidades básicas de saúde, funciona como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do SUS, como o primeiro contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema público de saúde, constituindo o primeiro estágio do processo de

atenção continuada à saúde, consecutivamente uma produção de cuidado dentro de uma perspectiva comunitária e biopsicossocial (BRASIL, 2017a; FIDELIS, 2018; ONOKO-CAMPOS, 2019).

Cabe destacar que o Ministério da Saúde através da RAPS, pontua que:

É consensual que a amplitude da promoção do cuidado na lógica da Atenção Psicossocial exige que os sistemas, organizados a partir da Atenção Básica, reconheçam a grande variedade de necessidades relacionadas à saúde e disponibilize os recursos para abordá-las a partir de redes de suporte social. A reflexão sobre a integralidade deve, todavia, ampliar o conceito constitucional, em busca da ampliação de possibilidades, tomando-a como traço assistencial fundamental na construção de redes de atenção e de suporte social, como modo de organizar as diversas práticas de cuidado que a complexidade dos casos exige (BRASIL, 2015a, p. 127).

Assim, comprehende-se que tanto a RAPS quanto a PNAB são instrumentos normativos e complementares que asseguram o acesso e uso efetivos aos serviços de saúde públicos em todos os níveis e especialidades, de acordo com a necessidade e demanda, por meio de profissionais capacitados. Nesse aspecto, a Atenção Básica privilegia práticas de cuidado ampliado, considerando cada pessoa em suas singularidades e inserção sociocultural, buscando levar à atenção integral através da construção de afetos produzidos nas relações clínicas a todos as pessoas do seu território de abrangência e, com isso, minimizar a fragmentação do cuidado (BRASIL, 2015a, 2017a, 2017b; CERVI, 2017; AMARANTE; NUNES, 2018; NUNES *et al*, 2020).

Incluso na ampla Rede de Saúde, o CAPS, enquanto estratégia principal do processo de Reforma Psiquiátrica, tem como compromisso basilar acolher a pessoa acometida de sofrimento psíquico e o familiar cuidador dentro do seu território de abrangência. Oferta atendimento médico, psicológico e apoio nas iniciativas de busca de autonomia, atividades de forma coletiva e interações em grupos. Isso fica sob responsabilidade de uma equipe multiprofissional, contribuindo para a reinserção do individuo no contexto social e para uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2004; AMARANTE; NUNES, 2018).

Desta forma, o CAPS possui diferentes modalidades de atenção em saúde, além de uma organização de serviços abertos que realiza, de forma prioritária, os cuidados às pessoas com sofrimento psíquico e/ou dependentes do uso de drogas lícitas ou ilícitas, seja em situação de crise ou no processo de reabilitação. Tal intento conta com a participação ativa dos usuários do sistema, integração com os serviços que compõem a RAPS e com outras políticas públicas, tais como a educação, a cultura, a justiça e a assistência social, bem como a construção de uma rede de atenção que englobe os equipamentos sociais (igrejas, associações

de moradores, centros comunitários) existentes no território (BRASIL, 2004, 2015a; DEL'OLMO; CERVI, 2017; NUNES *et al*, 2020).

As modalidades de qualificação dos CAPS são organizadas de acordo com as funções desempenhadas, a saber:

- a) CAPS I: indicado para municípios com população acima de 20 mil habitantes, promovendo o cuidado para as pessoas com sofrimentos mentais graves e persistentes e com necessidades devido ao uso de *crack*, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias;
- b) CAPS II está preconizado para municípios acima de 70 mil habitantes, busca dispensar atenção às pessoas com sofrimentos mentais graves e persistentes e, nessa modalidade, também pode atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, dependendo da organização local da rede de saúde;
- c) CAPS III, proporciona o atendimento de atenção contínua de forma ininterrupta para as pessoas com sofrimentos mentais graves e persistentes, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno além de outros serviços de saúde mental, inclusive sendo recomendado para municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes;
- d) CAPS AD, modalidade em que ocorre a inserção de crianças e adolescentes e está indicado para municípios com população acima de 70 mil habitantes e que necessitam de atenção devido ao uso de *crack*, álcool e outras drogas;
- e) CAPS AD III se insere em municípios com mais de 200 mil habitantes, com atenção dispensada todos os dias, sem interrupção, para adultos, crianças e adolescentes que precisam de cuidado devido ao uso de *crack*, álcool e outras drogas;
- f) CAPS AD IV deve ser implantado em capitais de Estado que possui mais de 500 mil habitantes; possui por incumbência prestar cuidados a pessoas com intenso sofrimento devido ao uso de *crack*, álcool e outras drogas, todos os dias, sem interrupção para adultos, crianças e adolescentes;
- g) CAPSi (infantil) preconizado para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes, presta atendimento especificamente a crianças e adolescentes (BRASIL, 2015<sup>a</sup>, 2017a).

Através de um olhar específico sobre a realidade da saúde mental no Brasil, é possível perceber que após 20 anos da Reforma Psiquiátrica, comemorada no dia 06 de abril

de 2021, alcançou-se vários avanços no cuidado, porém não isentos das fragilidades que se apresentam dentro das unidades e serviços da RAPS, sendo possível elencar os seguintes:

- a) deficiência na gestão dos serviços;
- b) falta de recursos e estrutura do espaço físico insuficiente;
- c) falta de sintonia e sinergia na integração e articulação entre o aparato e serviços que compõem a rede;
- d) falha de se propor uma estratégia clara para o enfrentamento dos usuários de saúde que vivenciam a vulnerabilidade social;
- e) centralidade nos psicofármacos;
- f) sobrevalorização das intervenções biomédicas;
- g) deficiência de funcionários;
- h) quebra de vínculo entre os usuários e profissionais da saúde, levando a prestação de um cuidado fragilizado no qual, na sua grande maioria, está relacionado a deficiência de saber técnico-científico, conforme preconiza os documentos promulgados nas portarias e legislações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014, 2015a; DELGADO, 2015; LIMA, 2016; LIMA; GUIMARÃES, 2019; MOREIRA; BOSI, 2019; ONOCKO-CAMPOS, 2019; SAVARIS *et al*, 2021).

No campo da Saúde Mental, a Comissão Intergestores Tripartite, em mais uma medida de retrocesso, aprovou a Resolução nº 32/2017, reestabelecendo o modelo de atendimento em hospitais psiquiátricos e instituindo a figura de hospitais-dia (com funcionamento parecido aos CAPS, porém sem a lógica de território, permitindo o retorno do cuidado de moldes hospitalocêntrico), sem definir as novas diretrizes de atuação que até então eram estabelecidas pela Lei nº 10216/2001 e pela Portaria 3088/2011, que balizava o tratamento na atenção ambulatorial e a recomendação de transferência de pessoas internadas para a rede extra-hospitalar, objetivando o fechamento progressivo de leitos psiquiátricos (AMARANTE; NUNES; 2018; DELGADO, 2019; CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020; SAVARIS *et al*, 2021).

As mudanças implantadas a partir de 2017 tiveram o pretexto de “fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial” ou, como buscam denominar, uma “Nova Política Nacional de Saúde Mental”. Porém, praticamente resgata o modelo manicomial e dá início a um processo de desmonte de todo arcabouço construído ao longo de décadas no âmbito da Reforma

Psiquiátrica Brasileira. Tal situação vem sendo amplamente contestada por diversas instâncias oficiais de controle social, como o Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional dos Direitos Humanos, Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), conselhos profissionais (de psicologia, enfermagem, serviço social etc.), entre outros, pois foram subtraídos da participação nas discussões, infringindo um dos traços constitutivos da Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2017b; AMARANTE; NUNES; 2018; CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2019; ONOCKO-CAMPOS, 2019; DELGADO, 2020).

Não bastasse isso, com medidas adotadas pelo Governo Michel Temer a partir de 2016 e continuadas no Governo Bolsonaro, tanto o SUS quanto a Reforma Psiquiátrica passaram a ser alvo de mudanças radicais e de importantes retrocessos. Como exemplo, a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016 (Emenda do Teto de Gastos), que determinou o congelamento, por 20 anos, dos recursos destinados a diversas políticas sociais, inclusive as políticas de saúde pública (BRASIL 2016b; AMARANTE; NUNES; 2018; DELGADO, 2019; ONOCKO-CAMPOS, 2019; CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020; SAVARIS *et al.*, 2021).

#### 4.3 CUIDADO NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

No final da década de 1970, o Brasil presenciou uma ruptura no modo de compreender o cuidado às pessoas acometidas de sofrimento psíquico, após revelações de horrores vivenciados nos grandes hospícios brasileiros. Isso gerou um grande impacto para transformar as políticas públicas em saúde mental vigentes, buscando consolidar um modelo assistencial aberto e de base territorial, mais ajustado às novas demandas civilizatórias, marcadas internamente pelo movimento de Reforma Psiquiátrica (DELGADO, 2015; AMARANTE; NUNES 2018).

Em decorrência do novo paradigma social, científico e assistencial que surgiu na esteira do movimento da Reforma Psiquiátrica no país, buscou-se imprimir uma nova ética do cuidado, rompendo com a herança do tratamento até então dispensado à pessoa com sofrimento psíquico, caracterizado pelo isolamento, classificação e práticas repressivas, para um modelo orientado pela inclusão, acolhimento e respeito à dignidade e cidadania do sujeito (MILANI; VALENTE, 2008; COVELO; BADARÓ-MOREIRA, 2015; DELGADO, 2015; LIMA, 2016; AMARANTE; NUNES, 2018; BATISTA, 2018).

Devido ao modelo manicomial existente, centralizado nos mecanismos de uma disciplina com seus preceitos, regras, controle, punição e vigilância constante, é que:

[...] surge um referencial que abre a perspectiva do acolhimento e da produção de novas identidades e subjetividades, construídas na relação com os territórios e os sujeitos e instituições que os habitam. Na dimensão jurídico-política, pode-se perceber as várias possibilidades de luta e transformação da realidade por intermédio das instâncias judiciais e políticas, na construção da cidadania e inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico (AMARANTE; TORRE, 2017 p. 765).

Esta nova ética do cuidado, pensada no seu horizonte, busca resgatar a importância de se solidarizar, de modo igualitário e fecundo, com o *Ser Cuidado* (pessoa que necessita de cuidados), recusando a coisificação do “*Outro*” (AYRES, 2017). Sendo assim, Ayres (2017) destaca que é necessário, àquele que cuida, buscar a superação de uma visão individualista e individualizante no seu cuidado, lembrando que este cuidado deve ser construído *na, com e para* as interações de forma intersubjetiva no contexto de cada um e nesta forma de interesse pelo “*Outro*”. Por isso, deve-se atentar para que este (o Outro) não se torne mero ser passivo, mas que possa ser partícipe das ações a ele dispensadas no que se refere aos cuidados necessários em decorrência da sua condição de pessoa.

Este novo modo de compreender o cuidado em saúde mental perpassa pela necessidade de transformação dele próprio, posto que, até então, era moldado pela exclusão e segregação asilar, para novas práticas norteadas pela oferta de atenção e intervenções ao indivíduo com sofrimento psíquico, ou a seus familiares. Buscou-se envolvê-los em um conjunto de ações e comportamentos, tecnicamente orientados, para o êxito de um cuidado biopsicossocial, em favor daqueles que durante muito tempo foram negligenciados e excluídos da sociedade.

Foram por estes aspectos que o cuidado em saúde mental passou a ser idealizado como uma forma de promover saúde, pensado como meio de se proporcionar uma melhor qualidade de vida, buscando minimizar e estabilizar os sintomas, mesmo que estes se apresentem de forma grave, dando oportunidade à pessoa de viver e conviver no seio de sua comunidade, em substituição ao cuidado institucionalizado (BURIOLA *et al*, 2016; AMARANTE; NUNES, 2018; ROCHA, 2019).

Atualmente, o cuidado à pessoa com sofrimento psíquico faz parte das competências propostas e inerentes a todos os profissionais que constituem, tanto os serviços da atenção básica, como os da atenção psicossocial, de modo que o atendimento a elas ou a seus familiares cuidadores exige, dos atores dos serviços de saúde, reflexões para conversas, para realização de uma escuta ativa, de forma respeitosa, acolhimento referente as queixas

emocionais, seus medos, suporte e atenção sob medida, para que não venha a fazer com que a pessoa com sofrimento psíquico se torne dependente, e sim promover a sua autonomia, bem como buscar sempre avaliar e validar a atenção dispensada conforme as necessidades daqueles que demandam do atendimento em saúde (BRASIL, 2015a; SAMPAIO; ARAÚJO; BASTOS, 2015; COVELO; BADARÓ-MOREIRA, 2015; FIDELIS, 2018; NUNES *et al*, 2020).

Foi nessa direção que seguiu a Política em Saúde Mental, estabelecendo que, nos cuidados prestados à pessoa acometida de sofrimento psíquico, deve ser observado a subjetividade e a singularidade de cada um, incluindo sua visão de mundo e outros aspectos culturais. Enfoca, também, a busca na promoção de novas possibilidades de modificar e qualificar as condições de modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde, e não apenas à cura de doenças, colocando em evidência como instrumento primordial na atenção em saúde mental (SAMPAIO; ARAÚJO; BASTOS, 2015; BRASIL, 2015a; FIDELIS, 2018).

É certo que a temática do cuidado em saúde mental não é isenta de tensões, desafios e angústias, não sendo uma tarefa fácil, pois implica tecer uma trama complexa entre os diversos serviços de atenção, compartilhado com os familiares cuidadores e os profissionais de saúde. Esses tensionamentos, que ocorrem no cotidiano das pessoas, se matizam em diferentes modos de viver a vida, não sendo possível fornecer receitas de certo ou errado, já que são produções de subjetividades construídas para enfrentamento da realidade de quem é acometido de sofrimento psíquico (BORBA *et al*, 2011; COLVERO *et al*, 2013; MOREIRA; BOSI, 2019).

Mas ainda há muito que avançar, pois, durante muito tempo, as pessoas acometidas de sofrimento psíquico eram isoladas do convívio familiar e social, sem preocupação com os seus cuidados. As autoridades buscavam proteger a sociedade, pois a loucura “sempre faz pairar a sua ameaça inquietante, mesmo que todo saber de proteção se tenha constituído” (JODELET, 2015 p. 109).

Atualmente, no âmbito da saúde mental, ainda é possível presenciar situações de (des)cuidado, pois este (o cuidado) ainda sofre fortemente as influências do enfoque biomédico na atenção, no manejo das sintomatologias apresentadas, no modo restrito da administração de medicamentos, na ausência de acompanhamento sistemático do profissional da saúde e no isolamento social que, de forma precária, potencializa a condição especial de vulnerabilidade de quem é acometido de sofrimento psíquico, do risco de agressão e, até

mesmo, ferimentos (BORBA *et al.*, 2011; SILVA, 2015; DEL'OLMO; CERVI, 2017; ONOKO-CAMPOS, 2019). Tudo isto, porque, ao mesmo tempo que o sofrimento psíquico passa a fazer parte da vida cotidiana de um número maior de pessoas, ele ainda é um fenômeno psicossocial pouco compreendido, pouco aceito e ainda muito temido pelos familiares e pela sociedade de um modo geral (SILVA, 2015; FIDELIS, 2018).

Ainda assim, no atual cenário da Política de Saúde Mental no Brasil, as ações e os serviços de cuidados à pessoa com sofrimento psíquico devem seguir os preceitos norteadores do SUS e, fundamentalmente, a reafirmação que a saúde é um direito estabelecido para todas as pessoas, sendo dever do Estado sua garantia, com objetivo de promover, proteger e recuperar a saúde, promovendo políticas sociais que conservem a cultura, a dignidade, o respeito, a liberdade e a convivência familiar e social a todas as pessoas, buscando acolher e estabelecer vínculos de corresponsabilização, bem como a subjetividade (BRASIL, 1988, 2015a; DEL'OLMO; CERVI, 2017).

Entretanto, mesmo diante das transformações ocorridas na assistência psicossocial no âmbito do SUS, em decorrência do estabelecimento da política pública de saúde mental, ainda é perceptível a situação de fragilidade institucional, de dificuldades de se estabelecer estratégias que possam suprir a complexidade que demanda o novo paradigma do cuidado em saúde mental, levando à necessidade de maior reflexão acerca dos meios de se garantir a integralidade e longitudinalidade do cuidado (LIMA, 2016; AMARANTE; NUNES, 2018; FIDELIS, 2018; ONOKO-CAMPOS, 2019; NUNES *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, vale destacar que o princípio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, proposto pelo SUS e operacionalizada em toda a rede de atenção à saúde em território brasileiro, visa o estabelecimento de vínculo entre profissionais de saúde e as pessoas que necessitam ser cuidadas. A ação integral do cuidado busca, através da execução das ações de saúde com o fim promover e manter a saúde, prevenir doenças e agravos, promover a cura, a reabilitação, bem como reduzir possíveis danos à saúde e ofertar os cuidados paliativos. Quanto à longitudinalidade do cuidado, implica na continuidade da relação de cuidado através do vínculo e responsabilização ao longo do tempo de modo constante e consistente (SILVA, 2015; BRASIL, 2017a; FIDELIS, 2018).

Dito isso, merece ser destacado que o cuidado em saúde mental deve ir além da forma tradicional de cuidar, mais centrada na técnica e com objetivos quase que exclusivamente terapêuticos. Faz-se necessário insistir que nenhuma forma de cuidado será plenamente eficaz se não se procura compreender que as causas do sofrimento psíquico

devem ser percebidas de forma singular, observando os anseios, dificuldades, angústia de cada um, devendo ser construído no cotidiano, a fim de estabelecer vínculos que o torne mais efetivo tanto para a pessoa que cuida quanto para quem é cuidado (BORBA *et al*, 2011; WALDOW; BORGES, 2011; BRASIL, 2015a; LIMA, 2016).

#### 4.4 ASPECTOS DO CUIDADO E HUMANIZAÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Nesse aspecto, a Política Nacional de Humanização (PNH) funciona de modo transversal com as demais políticas de saúde, acenando que o cuidado dispensado às pessoas com sofrimento psíquico deve ocorrer de forma humanizada, com liberdade, de forma integral e resolutiva, sem que seu destino (do cuidado) seja selado por um diagnóstico que o conecte, indelevelmente, a um modo de “cuidar” impresso no isolamento manicomial e no cuidado tutelar. Também enfatiza que só faz sentido falar em humanização do cuidado em saúde mental se estiver tratando de sujeitos livres, moldados em relações entre indivíduos e coletivos, cujos encontros, diferenças, paixões e desacordos os tornam mais potentes, mais sensíveis às necessidades uns dos outros e que isso possa promover novos encontros (BRASIL, 2015a, 2015b).

Logo, comprehende-se que, no campo da saúde mental, o termo humanização, quando empregado na política de saúde, propõe a realização de uma reflexão em dois sentidos que se conectam. O primeiro acena à humanização como um meio de banir a violência decorrente dos maus-tratos que as pessoas sofriam dentro dos hospitais psiquiátricos, casas asilares. O segundo sentido se relaciona à capacidade de ofertar uma atenção de qualidade planejada com os processos de escuta, comunicação e relação humana.

Neste panorama, Bermejo (2008) pondera que, na atualidade, as práticas de saúde mantêm uma permanente relação entre a técnica e a desumanização, estando onipresentes no contexto social. A preponderância sem medida da técnica sobre os valores humanos vem sinalizando para necessidade de uma reflexão sobre a angústia que caracteriza a sociedade moderna, demonstrando quão importante é o resgate dos valores humanos e da necessidade da associação da técnica com a dignidade humana.

Entretanto, a técnica, mais do que um meio de desumanizar as relações inter-humanas, pode servir para humanizá-las, dependendo apenas de como ela é utilizada, já que quem desumaniza a técnica é o próprio humano. Portanto, se se considerar a paisagem que

vem imprimindo o cuidado na realidade, do antes e do hoje, observar-se-á uma desumanização na qual as pessoas estão sendo reduzidas a meros objetos, invisibilizadas ou visualizadas de forma fragmentada e que, no campo das relações humanas, são percebidas e percebem o seu próximo com indiferença, contribuindo para uma expressão imoral e antiética do cuidado, colaborando para a destituição das pessoas e de suas singularidades, ignorando a diversidade de suas experiências subjetivas, isolando-as de seu meio e negando o seu próprio viver e saber.

É neste contexto que uma das grandes questões que emerge no campo da saúde refere-se à necessidade de integração da ética no campo do cuidado entre as relações humanas. Nesse sentido, cabe ouvir como o cuidado vem sendo desapropriado do que foi impresso na sua personalidade, como ressalta Ayres (2017):

[...] Em um mundo marcado por tão radicais e duradouras assimetrias de visibilidade e possibilidades de expressão entre as pessoas, pensar o cuidado não pode senão nos levar à busca de dar voz a essas perspectivas subjetivas negligenciadas, oprimidas ou desconhecidas. E não é diferente no campo da saúde; não poderia ser, especialmente nesse campo que lida tão próxima e cotidianamente com a vida, em suas indissociáveis expressões corporais, mentais e existenciais. E se torna fundamental, especialmente aqui, onde a impressionante capacidade de intervenção técnica alcançada no último século parece demonstrar da forma mais flagrante os potenciais de criação, recriação e diversificação da vida humana, ao mesmo tempo em que o faz de forma tão seletiva, iníqua e fragmentadora, coisificando pessoas, ordenando e disciplinando o viver de forma paradoxalmente cega ao seu próprio sentido prático – isto é, insensível à inexorável vinculação de qualquer efetivo êxito técnico com possibilidades de sucesso prático sempre construídos intersubjetivamente (AYRES, 2017 p. 1-2).

Sendo assim, comprehende-se que o cuidado e o não-cuidado estão presentes em todos os seguimentos da humanidade, sendo possível perceber, em muitos aspectos, a ocorrência de um desprezo pela vida e a mudança de muitos valores sociais até então consagrados como essenciais para convivência e harmonia social. Isto tem refletido no sistema de saúde e na ciência, expondo as contradições de sociedades, de como o ser humano deve ser percebido e cuidado.

Embora atualmente exista uma preocupação, sobretudo no campo da saúde, em proporcionar um cuidado integral, o que tem se observado são crises decorrentes da ainda prevalente visão fragmentada do ser humano como objeto, contribuindo para o desvirtuamento do seu verdadeiro sentido, levando a uma prática de cuidado de forma verticalizada, desumanizada e que destitui a pessoa de sua autonomia (SILVA, 2007; WALDOW, 2008; SILVA, 2015; FILHO; NETO, 2021).

É claro que ainda há muitas queixas quanto à desumanização do cuidado e as iniciativas de humanizá-lo; também é certo que não é fácil encontrar uma reflexão articulada em torno do significado de humanizar. Porém, com certeza, humanizar não é uma tarefa que tenha a ver, exclusivamente, com o mundo da saúde; afeta, da mesma forma, a cultura, a política, a educação, a economia e outros fatores que influenciam na qualidade de vida do ser humano (SILVA, 2007; BERMEJO, 2008). Ora, apesar do termo humanização não estar somente no campo da saúde, percebe-se que é nesse contexto que se visualiza a sua necessidade urgente, impressa pela doença. Assim, a interrogação que surge é:

Por que se deve humanizar o humano?

Compreende-se, aqui, que a resposta a tal indagação pode soar como um contrassenso, visto que busca ensinar o humano a ser humano. Mas não é! pois não se trata de, simplesmente, tornar humano o que já é humano, é realizar uma intersecção entre aquele que cuida e quem é cuidado.

O fato é que a modernidade e o império do capitalismo fizeram com que o ser humano fosse visto mais em “ter” do que em “ser”. Com isso, vivenciou-se no mundo um período de supremacia do individualismo sobre o coletivo. Nesse cenário, o cuidado é lançado num vácuo, na vala comum do descuido e da indiferença que, por sua vez, acaba produzindo, reproduzindo e imprimindo um cuidado desumanizado nas relações humanas e sociais.

Mas é na atitude humanizada de cuidar que o Ser se distingue como humano. O cuidado sugere valores e elementos que são imperativos para ele. Deve ser gestado com respeito, valorização, compaixão, solidariedade, ou seja, atitudes éticas. Também é possível dizer que o cuidado não permanece estático, sendo imprescindível o aperfeiçoamento do conhecimento, a valorização da cultura, da história e do protagonismo humano, pois o ato de cuidar identifica a necessidade e se movimenta em direção àquele a ser cuidado (WALDOW, 2008).

No âmbito da RAPS — que se apresenta como um modelo de rede em contínuo movimento de construção, de estar sempre a fiar —, sobretudo no que toca à saúde mental, ainda é possível constatar ações de assistência que permanecem no modelo manicomial, caracterizando o não cuidado, como o ato de rotular a pessoa pela doença, pela hospitalização, pelo não acolhimento, pela utilização de psicotrópicos de forma exacerbada, pela falta de comunicação com o contexto sociocultural das pessoas com sofrimento psíquico, familiares cuidadores e coletividade e pela ineficácia da escuta. Tudo isso contribui para a fragmentação

do cuidado (FERRAZZA; ROCHA; LUZIO, 2013; FREITAS; AMARANTE, 2015; FIDELIS, 2018; LIMA; GUIMARÃES, 2019; NUNES *et al*, 2020).

Entretanto, dentro da RAPS existe uma variedade de estratégias de cuidado que podem e devem ser utilizadas no tratamento de sofrimento psíquico, tanto de forma combinada quanto individualizada, tais como: as terapias individuais e em grupo, rodas de conversa, treinamento de atividades diárias, psicoterapia e utilização dos psicofármacos. Lembrando que o uso da medicação não deve ser somente baseado na remissão dos sintomas, pois a sua utilização só faz sentido quando estabelecido um vínculo de escuta e de corresponsabilização entre a equipe multidisciplinar e a pessoa com sofrimento psíquico, posto que é esse vínculo que servirá de sustentação para que a pessoa perceba o cuidado que recebe e promova o seu autocuidado (OLIVEIRA; VIEIRA; ANDRADE, 2011; ONOCKO-CAMPOS, 2013; FERRAZZA; ROCHA; LUZIO, 2013; BRASIL, 2015a; DEL'OLMO; CERVI, 2017).

No que se refere ao uso de psicotrópicos no cuidado à pessoa com sofrimento psíquico, merece ser destacado que são considerados bens indiscutíveis para a produção de saúde e são capazes, quando bem utilizados, de interromper o ciclo de uma doença ou minimizar o sofrimento vivenciado pelas pessoas. Porém deve ocorrer uma corresponsabilização, um contexto de vínculo e de escuta e não somente demandar a troca de receitas ou sua mera dispensação (FERRAZZA; ROCHA; LUZIO, 2013; FREITAS; AMARANTE, 2015; BRASIL, 2015a; FILHO; NETO, 2021).

Por esses aspectos, com a reorganização das políticas em saúde mental, foram estabelecidos vários dispositivos institucionais nos serviços de saúde que compõe a RAPS, referendando que a rede de atenção deve promover o cuidado através do acompanhamento, da participação do tratamento e do fortalecimento de laços familiares, considerando que a família é o pilar de sustentação que norteia a recuperação do seu ente (BORBA *et al*, 2011; BURIOLA *et al*, 2016; DEL'OLMO; CERVI, 2017; FIDELIS, 2018; RAMOS; CALAIS; ZOTESSO, 2019).

Neste cenário, é possível vislumbrar que o cuidado à pessoa com sofrimento psíquico deve ocorrer junto a sua família, a fim de que ela possa expressar e vivenciar sentimentos, conviver com aquilo que é único a cada família ou seja, as normas, as crenças, os anseios, as brincadeiras, as histórias, enfim, se aproximar, se achegar, pois estas “emoções geram ações que formam o enredo do sistema familiar e constroem a história singular de cada família, que

se transforma com o tempo, com a cultura e com as mudanças sociais” (BRASIL, 2015a, p. 63).

No senso comum, a família é considerada como entidade encarregada de realizar, de forma efetiva, o cuidado de seus membros. É nela que há a ancoragem dos sentimentos bons ou ruins. Ela é o refúgio, é confiável, sendo com ela que se partilham experiências e valores comuns. Entretanto, crê-se que a realidade não atua de forma linear, mas através de experiências que se mesclam aos ingredientes do viver, estabelecidos através da angústia, da alegria, das conquistas, das perdas, dos encontros e desencontros com pessoas por todo o ciclo de vida.

Assim, quando a pessoa com sofrimento psíquico está inserida junto à família na rede de atenção, ocorrem trocas afetivas e sociais, ou seja, uma relação de cuidado, de estabelecimento de vínculos de forma mais coesa, proporcionando sua autonomia. Porém a família, que historicamente foi destituída do processo de cuidar, no atual modelo assistencial, retoma tal incumbência, sendo reconhecida como imprescindível no cuidado de seu familiar com sofrimento psíquico. Contudo, há de se pensar que o cuidado requer disponibilidade, compreensão, esforço e até um conhecimento técnico mínimo (BRASIL, 2015a; DEL'OLMO; CERVI, 2017; BATISTA, 2018; RAMOS; CALAIS; ZOTESSO, 2019).

Em se tratando de cuidado no sofrimento psíquico, não se pode olvidar que cada família possui direções diferentes no seu caminhar, uma bússola que a norteia, um mapa único, conforme as situações que ocorrem no seu seio, sejam elas de impactos positivos ou negativos sobre a vida. Isso pode provocar tensões entre aproximações e afastamentos familiares, prejudicando as ações de cuidado de um ente familiar (COLVERO *et al*, 2013; KEBBE *et al*, 2014; RAMOS; CALAIS; ZOTESSO, 2019).

Portanto, a família, enquanto entidade que também é responsável pelo cuidado de seu familiar com sofrimento psíquico, utiliza de estratégias para cuidar das complexidades que esta tarefa impõe. Porém, como já apontado, cada família possui um arranjo estrutural singular e, apesar de ter sido elevada a protagonista do cuidado, não está isenta de tensões e conflitos nesta tarefa, sendo que tal demanda pode ocasionar sobrecarga, provocando no familiar cuidador uma série de ocorrências físicas, emocionais, psicológicas e/ou econômicas, tais como: sofrimento, sobrecarga física, dificuldades de conciliar a vida pessoal, estresse, insônia, ansiedade, problemas socioeconômicos, frustrações, sentimento de impotência, culpa entre outros (COLVERO *et al*, 2013; KEBBE *et al*, 2014; BURIOLA *et al*, 2016; CONSTANTINIDIS, 2017; RAMOS; CALAIS; ZOTESSO, 2019).

Nesse aspecto, é necessário que as políticas públicas de saúde mental e os serviços assistenciais que compõe a RAPS provejam o suporte necessário para garantir a efetividade do cuidado. Devem ser praticados pelo cuidador familiar e fomentarem o autocuidado da pessoa com sofrimento psíquico, tendo em vista que ele (o cuidado) pode ocorrer através das diversas formas institucionalizadas, tais como:

- a) troca de conhecimento através dos grupos de conversas;
- b) espaços de educação permanente, fóruns;
- c) projeto terapêutico singular;
- d) estabelecimento de vínculo através da escuta;
- e) acolhimento;
- f) valorização;
- g) visitas mensais da equipe de saúde;
- h) análise do contexto social e cultural da família, entre outras (KEBBE et. al, 2014; BRASIL, 2015a; CONSTANTINIDIS, 2017; ONOKO-CAMPOS, 2019; RAMOS; CALAIS; ZOTESSO, 2019; ROCHA, 2019,).

Apesar do papel desempenhado pela família, comprehende-se que o cuidado não pode ser centrado somente nela, pois, apesar de ter sido inserida como protagonista no contexto do cuidado, não se exime os profissionais da equipe de saúde a realizarem estratégias de cuidado que venham corresponder com as necessidades dos familiares e das pessoas com sofrimento psíquico. Sendo assim, deve-se questionar: qual espaço que a família e o indivíduo com sofrimento psíquico possuem dentro dos serviços de saúde? Como eles são acolhidos? Quais os vínculos estabelecidos?

Para responder a tais questionamentos é preciso compreender que as famílias possuem demandas de várias formas e matizes. Estas perpassam pela inexperiência, pelas situações de crise, conflitos no âmbito familiar, culpabilidade, medo, desesperança pelo fato de não conseguir vislumbrar meios para solucionar os problemas decorrentes do sofrimento psíquico, isolamento social (devido aos compromissos do cuidar), problemas econômicos, situações de relacionamento com o familiar cuidado e com os demais membros da família, expectativa frustrada da cura ou desconhecimento da doença influenciam no modo e na forma de cuidar e de ser cuidado.

Não bastasse isso, para as famílias que vivenciam o cotidiano do cuidado a um familiar com sofrimento psíquico, não basta que ocorra transferência dele para fora dos muros asilares, são necessárias ações de promoção de saúde que possibilite o resgate e o restabelecimento da sua cidadania. Neste aspecto, a RAPS, como um espaço tanto clínico quanto de reabilitação psicossocial, também deve se constituir em um meio de conectividade entre todos os envolvidos no processo do cuidado e de (re)habilitação de laços afetivos (LIMA, 2016; CONSTANTINIDIS, 2017; ONOKO-CAMPOS, 2019; RAMOS; CALAIS; ZOTESSO, 2019; NUNES *et al*, 2020).

Portanto, é por estas e outras situações que se torna imperativo que as equipes multidisciplinares de saúde busquem uma completa intersecção e integração entre família e os serviços disponíveis na rede de cuidado em saúde mental. Várias são as formas que isso pode ocorrer, como através do matriciamento, do projeto terapêutico singular, do acolhimento, da escuta ativa e do respeito à condição de pessoa humana como formas de minimizar as angústias decorrentes do processo de cuidar, não somente percebê-la como mera informante de sintomas, alterações ou agitações apresentadas por seu ente familiar com sofrimento psíquico em tratamento (BRASIL, 2015a).

Aliás, o Ministério da Saúde recomenda que as práticas do cuidado em saúde mental podem, e devem, ser efetivadas por todos os profissionais de saúde, sendo que as intervenções precisam ser construídas na realidade do cotidiano e nos encontros que ocorrem com as pessoas. Isso possibilita a proximidade, o estabelecimento de vínculos e a percepção singular para que as estratégias de cuidado possam ser estabelecidas mutuamente e com maior efetividade (BRASIL, 2015a).

Assim sendo, cada equipe de saúde deve se atentar sobre o paradoxo que permeia o cuidado em decorrência das necessidades demandadas no âmbito da saúde mental. Evita-se, assim, o risco de se deixar levar pelas angústias, pelas desculpas de negação, apoiando-se em pretextos de falta de tempo para a execução das atividades (psicodinâmica, terapia de grupo), falta de materiais (lápis papel tinta), no adiamento da data de terapia e de atividades com a família e pessoa com sofrimento psíquico, ou até mesmo entrar num círculo vicioso do “não há mais o que fazer”, do “nada que se faz dá certo” (COLVERO *et al*, 2013; NUNES, *et al*, 2020).

Nem mesmo a falta de recursos sócios econômicos pode servir de justificativa de negação de cuidado, pois este não pode ser apoiado naquilo que falta, mas na ação e nos recursos existentes em cada família. As deficiências de meios e recursos não pode entorpecer

as possibilidades das estratégias avançarem “para além do que somente nega, estagnando as possibilidades de um cuidado inventivo por entre as fissuras do cotidiano, não encontrando caminhos de prazer e alívio” (COLVERO *et al*, 2013, p. 119).

Por estas razões, as atividades laborais da equipe de saúde à família, direcionadas à pessoa com sofrimento psíquico, deverão ser fundamentadas na premissa que saúde mental não é somente a realização de um cuidado direcionado no conhecimento técnico-científico com expectativa de cura. Sua eficácia vai além, pois se faz necessário uma junção de habilidades, como, por exemplo, escuta, conversação e empatia, a fim de promover a visibilidade da pessoa na sociedade e emponderá-la como um ser capaz, sujeito de direitos, possuidor de sonhos e que busca, igualitariamente, o seu espaço no seu contexto social. Não se baseia apenas nas práticas que acabam por fragmentá-la, pois, apesar a sua condição, ela ainda continua sendo um ser humano e, como tal, deve ser compreendida (BRASIL, 2015a; CONSTANTINIDIS, 2017; FIDELIS, 2018; NUNES *et al*, 2020).

Por fim, cabe destacar que na atenção de cuidado à pessoa com sofrimento psíquico, os profissionais das equipes de saúde também se encontram suscetíveis ao adoecimento decorrente das dificuldades em lidar com os problemas, tanto da pessoa com sofrimento psíquico, quanto do familiar cuidador e das demandas administrativas permeadas no cotidiano de trabalho (BRASIL 2015a; LIMA; GUIMARÃES, 2019). Não raro os profissionais das equipes de saúde podem vivenciar sensação de incerteza, risco de violência, de agressões, de ambiência inadequada, dentre outros fatores que acabam por desfavorecer a otimização de recursos, o atendimento humanizado, o acolhimento e a resolutividade das ações, causando estresse, angústia, frustração, raiva e levando-os ao adoecimento. Portanto, eles também devem ser merecedores de uma atenção de cuidado por parte da Política Pública. (BRASIL 2015a; 2015b; LIMA; GUIMARÃES, 2019; MOREIRA; BOSI, 2019).

## **5 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE CUIDADO NO SOFRIMENTO PSÍQUICO**

Este capítulo abordará a análise, discussão e interpretação das informações levantadas na investigação científica, buscando desvelar como as compreensões do familiar cuidador, da pessoa com sofrimento psíquico e do membro da equipe de saúde sobre cuidado caracterizam representações sociais.

### 5.1 NA VOZ DO FAMILIAR CUIDADOR: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE CUIDADO À PESSOA COM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Esta seção trata da análise dos momentos narrativos dos familiares cuidadores de pessoas com sofrimento psíquico, de como elas compreendem o cuidado e como isso influencia na construção de representações sociais. Segue-se à análise das evidências representacionais emergidas dos momentos narrativos dos familiares cuidadores e sua interpretação à luz da teoria moscoviana das representações sociais, em busca do desvelamento das realidades cotidianas vivenciadas por eles, decorrentes das relações de cuidado a um ente familiar com sofrimento psíquico.

Na primeira fala tratamos da família de *Dulcinéia*, uma senhora com 66 anos de idade, aposentada, cuidadora de sua filha *Dorotéia*, com diagnóstico de transtorno afetivo bipolar que, por sua vez, também é cuidadora de sua filha *Marcela*, de 24 anos de idade, diagnosticada com esquizofrenia<sup>5</sup>.

Todas moram juntas na mesma residência da matriarca há mais de 30 anos. A família é composta por mais uma filha e um filho de *Dorotéia*, que têm residência própria. O diálogo narrativo de *Dorotéia* se deu por meio de roda de conversa entre a pesquisadora e as participantes. Sobre o que significa cuidar de um familiar com sofrimento psíquico, ela disse:

— Cuidar! Não é nada fácil, é muito difícil, você tem que ficar o tempo todo cuidando, olhando, tenho que fazer as coisas também. As vezes pego umas roupas pra passar, pra ajudar né, nas despesas, e também ficar junto dela (disse se referindo a filha *Marcela*).

— Eu acompanho ela no CAPS toda vez que eu vou junto sabe? Eu tomo remédio de ansiedade, nervoso, que vem pelos problemas dela. Porque ela tem o problema da doença, tem hora que a gente se vê num abismo, não é fácil não (grifos nossos).

No início da fala de *Dorotéia* já é possível verificar que, na sua vivência, o cuidado à pessoa com sofrimento psíquico é relacionado à dificuldades, como indica a frase: “muito difícil”. Tal indicativo de uma compreensão de cuidado como algo que tem seu grau de dificuldade, não é algo que flui sem obstáculo, requer persistência e produz desgaste.

---

<sup>5</sup> Dulcinéia, Marcela e Dorotéia são pseudônimos inspirados na obra Dom Quixote, de Miguel de Cervantes.

Quando *Dorotéia* fala que além de cuidar tem que “fazer outras coisas”, quer dizer que a tarefa do cuidado não dispensa das outras tarefas comuns, como trabalhar (diarista), por exemplo. Isso assinala para jornadas que são, no mínimo, duplas, talvez triplas, dividindo a atenção que o cuidado nesta condição necessita, produzindo desgastes e cansaço extenuantes. Por isso a sensação de ter que cuidar de sua filha com sofrimento psíquico é como se ela tivesse “a beira de um abismo” que tem de ser transpassado todo os dias.

Prosseguindo, como se quisesse confirmar tudo que já disse, *Dorotéia* afirma: “Eu tomo remédio de ansiedade, nervoso, que vem pelos problemas dela (referência à filha). Porque ela tem o problema da doença, tem hora que a gente se vê num abismo, não é fácil não”. A indicação de que toma remédio em decorrência dos problemas de sua filha é indicativo que o sofrimento psíquico produz sofrimento em quem cuida.

As dificuldades para cuidar e as múltiplas jornadas de cuidado podem levar o cuidador a também desenvolver sofrimento psíquico e tendo de ser “medicalizada”, como ela mesmo afirma. Nesse instante, *Dulcinéia*, mãe de *Dorotéia* e avó de *Marcela*, interferiu no diálogo narrativo que estava sendo realizado junto com as três (mãe, filha e avó) e afirmou, como se quisesse confirmar, com ênfase, o que fora dito por sua filha, acrescentado:

— Cuidado é difícil, muito difícil, e aqui então nem me fala. São duas né, pra eu cuidar (grifo nosso), porque essa aí (se referindo a filha *Dorotéia*) também não bate bem Oh! (nesse momento faz gesto de enrolar os dedos envolta da cabeça). Essa não dá certo nada a medicação (balançar de cabeça em sinal de negação). Tem dia que você nem sabe das coisas (disse se referindo à filha), vai e dá qualquer coisa (dar qualquer coisa “medicação” para neta, que também possui sofrimento psíquico).

A narrativa de *Dulcinéia* é reveladora da dupla jornada no cuidado de duas pessoas com sofrimento psíquico em uma mesma família, além de outra jornada na gestão da casa, podendo levar a impossibilidade do adequado cuidado às condições exigidas por sua filha e neta, além de uma possível divisão do cuidado em cascata.

Entretanto, pareceu-nos que as estratégias de cuidado por ela desenvolvidas não têm funcionado adequadamente, pois os comprometimentos gerados pelo sofrimento psíquico levam à impossibilidade do adequado cuidado, tanto que ela prossegue, se referindo à filha *Dulcinéia*: “Daí põe ela (referência a *Marcela*) pra dormir. Também é assim, senão por ela pra dormir, para de tomar os medicamentos, ela foge, sai por aí com qualquer um”.

O fato de *Dulcinéia* ter de colocar a filha *Marcela* para dormir, como estratégia de cuidado, revela as dificuldades de controle que está implícito no cuidado à pessoa com sofrimento psíquico. E *Dulcinéia* prosseguiu:

— Estes tempos pegou carona no lugar que fica os caminhoneiro e ficou mais de mês fora e largaram ela na estrada. A assistente social da cidade do interior do Estado é que me ligou e eu fui buscar ela lá. Ela tava toda queimada de sol, magra e foi pro CAPS. Quando chegou aqui tava cheia de doença (mostrando a região genital) venérea.

Nessa referência à sua neta *Marcela*, *Dulcinéia* retrata as consequências de mínimas distrações no cuidado. Quando *Marcela* teve oportunidade, num momento de crise, ela saiu de casa e ficou meses fora do lar, talvez sofrendo toda sorte de abuso, inclusive sexual, por parte de estranhos, tanto que foi encontrada em uma cidade do interior e encaminhada novamente para família muito maltratada, “toda queimada de sol”, como disse sua avó, além de ter contraído infecção sexualmente transmissível, conforme demonstrado em seu relato.

Nesse caso, as dificuldades de cuidado são redobradas para nossa interlocutora, pois filha e neta possuem sofrimento psíquico, fato que fica evidente quando ela diz: “Então assim! É de duas né pra dá cuidado. Eu cuido, faço o possível, é remédio, porque são difícil, se deixa de tomar ninguém guenta. Moram tudo aqui em minha casa, é comida é tudo”.

A medicação, a alimentação, o vestuário e outras necessidades também causam impacto no cuidado, pois revelam o seu componente econômico frente às dificuldades e condições precárias da renda, representada pela aposentadoria do cuidador ou da própria pessoa cuidada. Isso é fato, tanto que *Dulcinéia* prossegue, dizendo que a sua filha (*Dorotéia*) as vezes tenta “pegá alguma coisa para fazer”, mas em razão da sua doença, ela “fica mais parada”, sem trabalhar, denotando outra das várias dificuldades impostas pelo cuidado à pessoa com sofrimento psíquico, que é a limitação para o exercício de atividade remunerada.

A falta de uma renda adequada acaba tendo impacto no cuidado. Por isso que ela arremata dizendo: “E eu sou aposentada, viúva, a pensão não dá pra todos”. Se a pensão não é suficiente para o sustento e se a sua filha e a neta tem limitações para o exercício de alguma atividade remunerada, as dificuldades no cuidado são potencializadas ainda mais, ao ponto de *Dulcinéia* confirmar que tem momentos que ela também não suporta a carga que representa o cuidado e afirma:

— É difícil, não é fácil, já estou com 66 anos, tem dia que eu não aguento, é demais, eu sumo, saio ou vou viajar pra minha família, largo tudo, fica aí (gesto de jogar as mãos) na mão de Deus, porque só ele. A gente não dá conta não, é muito desgastante.

Finalizando essa fala, *Dulcinéia* relata a dimensão de suas dificuldades no cuidado de sua filha e neta, chegando ao ponto de praticamente abandonar o lar, “largo tudo, fica aí na mão de Deus”, para visitar outros familiares, como se necessitasse de um breve período para retornar a sua dura rotina de mãe e avó cuidadora de pessoa com sofrimento psíquico.

As revelações e compreensões emergidas da narrativa de *Dulcinéia* e *Dorotéia* refletem o padrão discursivo do que representa o cuidado à uma pessoa com sofrimento psíquico pelo olhar do familiar cuidador. Repete-se isso nas narrativas dos demais participantes do estudo. Nelas podemos notar o despontar de uma compreensão de senso comum que associa o cuidado da pessoa com sofrimento psíquico às adversidades, dificuldades e provações de todas as ordens e matizes.

Vejamos agora a narrativa de *Camila*<sup>6</sup>, senhora de 72 anos, aposentada, bem-arrumada, (roupas e acessórios elegantes), com feição cansada, denotando as marcas do tempo na face. Ela é cuidadora de seu neto *Fernando*<sup>7</sup>, 32 anos, com diagnóstico de esquizofrenia. *Camila* nos relatou que os pais *Fernando* residem em Portugal. Ele apresenta sintomas desde os 14 anos de idade e concluiu os seus estudos até o ensino médio. No momento da pesquisa não estava exercendo nenhuma atividade laboral, sendo seu dependente. Relatou que, às vezes, ele foge de casa e fica vagando pelas ruas da cidade até ser encontrado e encaminhado para tratamento.

Ela preferiu conversar a respeito de sua compreensão de cuidado de seu neto debaixo de uma árvore no pátio do CAPS III. Durante nosso diálogo narrativo disse o seguinte:

— Cuidar dele é uma tristeza, até agora é uma tristeza pra mim (choro), um sofrimento (grifo nosso). É o meu primeiro neto por isso eu agora, deixei minha casa lá, meu filho que mora comigo foi ontem pra fazenda, vem só sexta-feira, minha casa tá sozinha, eu não tenho ninguém né, a casa fica fechada né. Eu me sinto na obrigação porque os pais já não estão.

Quando *Camila* diz que o cuidado representa uma tristeza, podemos percebê-lo afetando e alterando o ânimo afetivo do cuidador, o remexer com as emoções e com sentimentos, como se essa fosse da tarefa de cuidado. Ela prosseguiu dizendo:

— Eu tenho um sentimento só assim de tristeza mas um sofrimento, sofrimento assim de não dormir (grifo nosso), de toda hora tá assim (expressão de angústia), mas eu tenho Deus (e olha para o céu), eu sou uma cristã eu confesso minha religião, eu sou católica então, eu tô num grupo muito forte da igreja, então, só me dá tristeza de vê ele com essa idade, e ele mesmo se sente inútil, porque cada vez que ele vai melhorar, ele não pode ver a bebida, ele é fraco, fraco, fraco.

Ao referir ao sentimento de tristeza e sofrimento, o fato de não poder dormir e até mesmo a expressão de angústia que transbordava de sua face, nossa interlocutora repete as dificuldades que o cuidado ao seu neto lhe representa, sobretudo o cuidar de uma pessoa com diagnóstico de esquizofrenia e que também faz uso de substância alcoólica. Tal tarefa guarda uma certa desvantagem em relação a força da substância química da própria dependência,

<sup>6</sup> Camila é pseudônimo inspirados na obra Senhora, de José de Alencar.

<sup>7</sup> Fernando é pseudônimo inspirado na obra Senhora, de José de Alencar.

reforçada pelas constantes tentativas e recaídas, já que diante da bebida “ele é fraco” e ela só pode contar com o apoio da religião.

Ela prossegue em sua fala, revelando, ainda, as dificuldades e preocupações que tem com seu neto:

— Dá trabalho, preocupação, eu tenho medo porque esses dias roubou meu carro e saiu e uma vez bateu. Outra noite pegou meu carro, levantei e vi, era uma três e meia, ele não tava no quarto dele, aí me deu uma coisa assim, eu fui ver na garagem e o carro não tava era uma, então a gente não dorme é só trabalho (grifo nosso).

Além do “trabalho” que dá cuidar do familiar com sofrimento psíquico, o que pode ser compreendido no relato de *Camila* é que o ato de cuidar também é assombrado pela incapacidade de antever e de controlar os acontecimentos e intercorrências na relação cuidador versus pessoa cuidada. Por isso, produz e reproduz medo, tal como o temor de descuidar na atenção por breves instantes, até mesmo nos períodos de madrugada, pois um pequeno deslize no cuidado pode resultar em transtornos maiores, tanto para o familiar cuidador quanto para pessoa cuidada.

Por estas razões que *Camila*, até mesmo nas madrugadas, tem que estar atenta no cuidado ao seu neto, caso contrário, ele pode pegar o carro da garagem, por exemplo, sair a esmo nas madrugadas e causar um acidente. Essa é uma das razões que ela relaciona o cuidado às dificuldades e por isso diz que “não dorme é só trabalho”.

Na mesma linha discursiva foi o que nos disse *Cesária*<sup>8</sup>, 45 anos, residente da zona rural da cidade, mãe de 9 filhos (5 meninas e 4 meninos), viúva e aposentada. Ela é cuidadora de sua filha *Benedita*<sup>9</sup>, uma jovem de 18 anos, estudante, com diagnóstico de esquizofrenia e ideação suicida, já tendo tentado a morte por enforcamento. Nossa conversa foi realizada na varanda do CAPS III, durante a qual pudemos perceber que, naquele momento, nossa interlocutora se mostrava bastante angustiada e inquieta (conforme impressões anotadas no diário de campo). No decorrer do diálogo ela nos revelou que estava assim por ter deixados os seus outros filhos (oito ao todo) sozinhos em casa.

Sobre como é cuidar de um filho com sofrimento psíquico, ela explicou o seguinte:

— Me dá angústia, tristeza, inclusive eu choro muito (grifo nosso), porque me dá angústia, porque eu sou só né?, pra cuidá dela, pra tá aqui, é difícil. Os meus pequenininhos tão lá (faz gesto com a mão se referindo os outros filhos que ficaram na chácara enquanto ela acompanha Benedita no CAPS III). Entendeu?

---

<sup>8</sup> Cesária é pseudônimo inspirado na obra O Alienista, de Machado de Assis.

<sup>9</sup> Benedita é pseudônimo inspirado na obra O Alienista, de Machado de Assis.

No relato de *Cesária* podemos perceber que o cuidado à pessoa com sofrimento psíquico continua indicando significados de dificuldades, sobretudo no caso dela, que teve de deixar seus outros filhos sozinhos em casa para cuidar daquela que mais necessita, no caso, *Benedita*, devido a sua condição de doente e histórico de tentativas de suicídio. Para cuidar de sua filha, nossa interlocutora disse que teve de deixar no sítio uma filha de 15 anos, uma de nove anos e outros menores que vão para escola sozinhos e isso lhe causa aflição, porque nunca havia deixado os filhos sozinhos em casa. Prossegue, dizendo:

— Aí é eu fico assim, meu coração tá de luto de ver *Benedita*, não é fácil, a gente fica sem sossego, sempre pensando, a gente fica até perdida, mas tem que cuidar.

Os sentimentos de luto, a falta de sossego e a sensação de ficar perdida revelam uma realidade simbólica de uma mãe que sente que pode perder a filha para o sofrimento psíquico, é como se não fosse mais sua filha e por isso o sentimento de perda e luto.

O conteúdo de material de pesquisa até aqui analisado indica que as narrativas são distintas, de pessoas que não se conhecem e que possuem, em comum, o fato de cuidar de um ente parental com sofrimento psíquico. Mesmo assim, os núcleos de significados que apresentam são semelhantes, indicando processos de construção de representações acerca do cuidado à pessoa com sofrimento psíquico.

Dando continuidade, apresentamos a fala de um cuidador familiar do sexo masculino. Trata-se de *Joca Ramiro*<sup>10</sup>. Ele tem 66 anos, trabalha com serviços gerais e há 15 anos é o cuidador de sua companheira *Maria Mutema*<sup>11</sup>, de 48 anos, diagnosticada com esquizofrenia. Durante nossa conversa, quando questionado a respeito da sua compreensão sobre o cuidado, ele disse:

— Cuidado não é fácil. É difícil, é difícil pra caramba (grifo nosso). Quando ela tá calma tudo bem, mas na hora que ela começa a ficar doida [nesse momento faz sinal de enrolar o dedo em volta da cabeça] eu falo: vixe! tá ruim.

— É um sacrifício pra caramba de levá, é visita, é busca, a gente fica nervoso, incomodado também. Quando ela passa a semana no CAPS tomando o remédio e ela vem no domingo pra mim, eles passam o remédio ela dorme, tranquilo, aí de madrugada ela levanta, fala: pega um cigarro pra mim, aí cé tá naquele sono, tá cansado do trabalho, você dá uma oiada assim (demonstra olhando de lado), já olho meio nervoso. Sabe?

Também nas palavras de *Joca Ramiro*, o cuidado à pessoa com sofrimento psíquico, no caso sua companheira, está sendo associado a adversidades e aflições, revelados no núcleo semântico composto da frase “difícil pra caramba”.

<sup>10</sup> *Joca Ramiro* é pseudônimo inspirado na obra Grande Sertão: Veredas, de Guimarães Rosa.

<sup>11</sup> *Maria Mutema* é pseudônimo inspirado na obra Grande Sertão: Veredas, de Guimarães Rosa.

Nota-se que o cuidado é forçosamente sacrificial e sacrificante, pois é dar e doar de si para além de todos os limites físicos. Chega a ser temerário para a saúde e para o bem do cuidador que fica nervoso, se incomoda e, às vezes, não pode nem dormir após um dia cansativo de trabalho. Por isso *Joca Ramiro* prossegue no seu discurso narrativo, dizendo:

— Não deixa a gente durmí. Eu falo: dá um tempinho aí, mais num deixa, num deixa a gente durmí não, eu já cansei de ficá com o zóio ardendo, perdendo serviço, porque as vezes a gente pega um servicinho de diária, se passou do horário o cara não vai querer. Perco serviço direto (grifo nosso).

Aqui, a fala revela que as rotinas ordinárias de produção de saúde mental, como o sono que descansa, são interrompidas ou deixam de existir, podendo operar como fator de sofrimento para o cuidador. Mas *Joca Ramiro* prossegue, contando um pouco mais da sua rotina como cuidador de sua companheira:

— É insistente, se não levanta e não traz o cigarro pra ela, vixe! aí eu trago, ela fuma, e ela deita, e se não tive ela dana gritá, chora, chora igual criança, grita, quantas vez que eu tive que saí pra rua catando umas ponta de cigarro e trazê pra ela. Na rua, duas três hora da manhã (grifo nosso).

Nas palavras de *Joca Ramiro* pode-se notar compreensões de cuidado e cuidar, sob o ponto de vista das atividades práticas diárias dos participantes, relacionadas ao tratamento, ao acompanhamento às instituições de saúde, à administração de medicação e de atenção pessoal, com a indicação das dificuldades para o cuidador que tem de deixar sua casa fechada para acompanhar tratamento, não conseguindo dormir, perdendo serviço ou saindo nas madrugadas para recolher bitucas de cigarro para acalmar o ente familiar com sofrimento psíquico em momento de crise ou pré-crise.

E este mesmo padrão de compreensão acerca do cuidado à pessoa com sofrimento psíquico continuou a se repetir nas demais falas, sendo ele (o cuidado), relacionado às ações repletas de dificuldades, tormentos e tribulações. É uma atividade constante, de difícil execução, sobretudo por requerer atenção e vigilância diurna, além de ser cansativa e temerária.

Aliás, foi isso que nos confidenciou *Bernardina*<sup>12</sup>, 40 anos, cuidadora de sua filha *Mariquinhas*<sup>13</sup>, estudante de 18 anos, com diagnóstico de esquizofrenia.

Nossa conversa ocorreu no corredor do CAPS III pois não foi disponibilizado nenhuma sala ou local mais adequado pela gerência da unidade. A justificativa para isso foi de que todas as dependências estavam ocupadas pelos profissionais em atendimento, o que é

---

<sup>12</sup> *Bernardina* é pseudônimo inspirado na obra *Senhora*, de José de Alencar.

<sup>13</sup> *Mariquinhas* é pseudônimo inspirado na obra *Senhora*, de José de Alencar.

uma realidade nessas unidades de saúde, nas quais o afluxo de pacientes é grande e nem sempre as instalações se mostram compatíveis para o adequado atendimento das demandas que os serviços de saúde mental exigem.

Nessas condições, consoantes eram as interferências pelos demais pacientes, trabalhadores da equipe da limpeza e até de integrantes da equipe de saúde, ao transitarem pelos corredores da unidade no momento de nosso diálogo com *Bernadina*. Apesar de não constatar maiores dificuldades para realização do diálogo narrativo nessas condições, foi possível inferir que estas interferências faziam com que nossa interlocutora, por vezes, parasse de falar, fixava seu olhar para o chão ou abaixasse a entonação de sua voz. Mesmo assim ela nos disse:

— Eu que faço o cuidado dela. É um transtorno porque ela pode entrá num quadro depressivo, tenta um suicídio, então tem que fica cuidando né! É 24 horas cuidando, não é fácil, cansa, dá medo, é triste, dá angústia. Só Deus mesmo na vida da gente (grifo nosso).

Em síntese, *Bernardina* disse que o cuidado ao parente com sofrimento psíquico é fatigante, porque tem de ser ininterrupto. Por isso, ele produz desgastes sobre-humanos, porque tem que ser realizado constantemente (24h), além de causar sentimentos de medo, tristeza e angústia. Em suma, o cuidado nessas condições é desumano para quem cuida, por isso o desabafo: “Só Deus mesmo na vida da gente”.

As dificuldades de ter que ficar cuidando o tempo todo (tempo integral) o ente parental com sofrimento psíquico também transparece na fala de *Guida*<sup>14</sup>, 46 anos, diarista e única cuidadora de sua filha *Sofia*<sup>15</sup>, 16 anos, estudante, dependente química. Durante nossa conversa ela disse:

— Ela é usuária de droga, fumava, bebia, Ave Maria! prostituía. É também porque não tem Jesuís né? Fazia tudo que o mundo oferecia né? vai fazê o que? Atrapalha a vida. Agora eu cuido dela. É duro cuidá sozinha. Que nem é fica atrás o tempo todo, sai a gente nem vê, é só Jesuís. Dá trabalho cuidá (grifo nosso).

As mazelas causadas pelo uso de drogas são diversas. Nesse caso, levam a usuária a fumar, beber, se prostituir, revelando as dificuldades para o familiar cuidador que fica com a vida “atrapalhada”, sobretudo quando o cuidador é a única pessoa disponível para promover os cuidados necessários ao parente com sofrimento psíquico. No caso, é como se *Guida* tivesse sua própria vida “congelada”, porque tem de “fica atrás o tempo todo” de *Sofia*.

---

<sup>14</sup> *Guida* é pseudônimo inspirado na obra *Sonhos D’Ouro*, de José de Alencar.

<sup>15</sup> *Sofia* é pseudônimo inspirado na obra *Sonhos D’Ouro*, de José de Alencar.

Prosseguindo, analisa-se a fala de *Evarista*<sup>16</sup>, uma senhora com 60 anos. Além de empregada doméstica é a cuidadora familiar de seu filho *José Borges*<sup>17</sup>, de 21 anos, com diagnóstico de esquizofrenia. *Evarista* relata que o filho não prosseguiu com seus estudos, interrompendo no ensino fundamental e que não exerce nenhuma atividade laboral devido às dificuldades que o sofrimento psíquico lhe impõe.

Conseguimos conversar com ela após várias tentativas frustradas. Sua participação se deu no pátio do CAPS III e, ao final, ela se mostrou agradecida pelo desabafo realizado. Durante nosso diálogo, ela disse o seguinte sobre o que lhe representa o cuidado ao seu filho:

— Eu que cuido do meu filho, vixe! é uma preocupação (grifo nosso), quando a doença começou desde os 14 anos, meu outro filho no começo, ele achava que era fingimento, então não ajuda a cuidar não, assim, levar pra casa dele não, isso não, mas agora ele é de boa com ele sabe?

— Então só eu que cuido, eu trabalho o dia todo quando eu saio pra trabalhar ele fica com Deus, aí ele vem pra cá (se referindo ao Caps) as vezes, ele tem preguiça de vim pra cá, uma, porque o remédio ajuda dormir demais.

Podemos ver que a compreensão de senso comum daquilo que representa o cuidado à pessoa com sofrimento psíquico, em termos psíquico-afetivo, remete ao significado de algo que é muito difícil de realizar. São ações efetivadas em prol de outrem que, em razão das dificuldades, causam sofrimento e angústia. Tal assertiva fica evidente nas falas dos familiares cuidadores, cujas frases “não é nada fácil”, “é difícil” “é difícil pra caramba” são repetidas constantemente e enfaticamente nas várias narrativas.

Mais adiante, enquanto a nosso diálogo fluía, perguntamos a *Evarista* se lhe era cansativo cuidar de seu filho, quando ela afirmou: “— Eu não acho que cansa não. Eu posso sair sozinha, ele nunca me impediu tanto que eu vou, saio, vou em baile”. Aqui notamos a ambivalência no seu diálogo narrativo. Ao mesmo tempo que *Evarista* relatou as dificuldades de cuidar de seu filho com sofrimento psíquico, agora disse que não lhe traz cansaço, inclusive pode sair sozinha ou dele acompanhada, como para o baile, por exemplo.

Nisso também interpretamos a presença de aspectos representacionais do cuidado, pela distorção da realidade objetiva por ela vivenciada no seu cotidiano, as quais a teoria moscoviciana referem como hipótese de desiderabilidade, uma compensação imaginária para restaurar o equilíbrio psíquico ou emocional interno de nossa interlocutora, decorrente das condições de seu filho e dos cuidados especiais que ele exige.

---

<sup>16</sup> Evarista é pseudônimo inspirado na obra O Alienista, de Machado de Assis.

<sup>17</sup> José Borges é pseudônimo inspirado na obra O Alienista, de Machado de Assis.

Mas não é somente a linguagem verbal que permite analisar as representações sociais. A linguagem corporal também serve de fonte interpretativa e nos auxilia a alcançar as essências dos fenômenos em ebulação no cotidiano das pessoas. Isso foi observado no relato de *D. Benvinda*<sup>18</sup>, 45 anos, ao descrever as dificuldades de cuidar de sua filha *Bela*<sup>19</sup>, de 15 anos, estudante, com diagnóstico não fechado de transtorno borderline e histórico de quatro tentativas de suicídio.

Sobre o cuidado de sua filha, ela nos disse acreditar que os primeiros sintomas de depressão foram percebidos há mais de um ano e, desde então, começou a procurar ajuda médica. O primeiro diagnóstico foi de transtorno de conduta; depois de transtorno afetivo bipolar com quadro de depressão e ansiedade. O último diagnóstico, o qual estão trabalhando os médicos, é a hipótese de transtorno borderline: “agora tá com transtorno de borderline né! só que esse transtorno pelo que o médico falô né! ele só pode ser diagnosticado na fase adulta”.

Mas, segundo lhe informaram, essa doença somente poderia ser diagnosticada definitivamente na fase adulta e, por isso, o tratamento de sua filha é baseado em ansiedade. Dito isso, nossa interlocutora demonstrou preocupação, porque sua filha tem tentado suicídio constantemente, inclusive utilizando a medicação de sua irmã:

— Ela já tentou quatro vezes já, desde que ela começou com a depressão ela tentou primeiramente com medicação né! ela tomô o remédio que irmã dela tava fazendo tratamento de traumatismo craniano, dum acidente de moto que ela teve, e aí ela pegou essa cartela de remédio e tomô, aí a gente foi pro UPA.

Prossegue *D. Benvinda* na sua narrativa, dizendo que, na primeira internação de sua filha, elas ficaram por cerca de dez dias no CAPS, mas, quando saíram, *Bela* tentou novamente suicídio: “ela se cortou os braço começou com a boderline né?”. Associando esta ocorrência ao transtorno borderline, tiveram, então, que voltar ao CAPS, em nova internação, detalhando:

— A segunda internação dela aqui ela ficou 22 dias internada por troca de remédio, começou a ter reação alérgica das medicação, até descobrir que remédio dá certo pros sintoma dela, e aí no fim do ano passado dia 19 de dezembro, ela saiu daqui e foi, e ficou em casa tranquilamente né? Passou o Natal tranquila, no fim do ano dia 28 ela tentou suicídio de novo.

A terceira tentativa de suicídio de *Bela*, após o Natal, segundo o relato de sua mãe e cuidadora, foi decorrente de um descuido desta que deixou a medicação que a filha usa

<sup>18</sup> D. Benvinda é pseudônimo inspirados na obra Sonhos D'Douro, de José de Alencar.

<sup>19</sup> Bela é pseudônimo inspirados na obra Sonhos D'Douro, de José de Alencar.

guardada em uma bolsa, mas que caiu no móvel da casa sem que ela percebesse: “a bolsa virou no guarda-roupa e caiu uma cartela de remédio, que ela tomava ah! é o gabapentina”.

Por uns instantes, quando *D. Benvinda* foi à escola buscar o boletim e atividades de aacompanhamento escolar que *Bela* realiza em casa, sua filha deve ter percebido a medicação caída no móvel e, com ele, tentou suicídio ingerindo duas cartelas do medicamento. E prossegue no seu diálogo narrativo:

— Quando eu voltei ela tava dormindo. Depois, ela disse que escutou uma voiz né? e essa voiz falava pra ela que era pra ela pegar uma faca que tava em cima da pia, aí ela falou que não conseguiu pegar a faca que ela ficou com medo né? dá dor, aí disse que essa voiz falava pra ela assim: “então vai lá e toma remédio”, aí ela falava ah! mais minha mãe já levô o remédio, não tem remédio aqui, aí diz que não ele falava assim, tem um remédio no guarda-roupa vai lá e procura, aí ela foi lá e achou, e tomô, aí ela dormiu.

Nesse episódio, *D. Benvinda* diz que esteve ausente por um breve período, cerca de 1h, 1h30min, mais ou menos, e quando retornou para casa, percebeu que sua filha dormia além do horário, pois já estava escurecendo, por volta das 18h30min, ressaltando: “achei estranho né? Mais aí perguntei pro pai dela e ele falou que ela disse que ia dormi porque tava cansada”. Foi somente no outro dia, ao perceber que *Bela* não acordava, que notou tratar-se de uma tentativa de suicídio:

— Ela entrou em coma em casa, aí lá eu já chamei o SAMU né? Fiz uns primeiro socorro pelo telefone que eles pediu pra fazê né?.

Nesta tentativa de suicídio, sua filha foi encaminhada, primeiramente, para a UPA mais próxima de sua residência, depois foi para a internação hospitalar, tendo ficado durante 20 dias em estado de coma. *D. Benvinda* relata:

— A gente já foi pro UPA vila Almeida, ela foi intubada né? que ela teve parada, foi intubada daí viemos pro hospital ali, e lá ela ficou em coma quase um mês, mais ou menos, uns 20 dia em coma, aí teve infecção hospitalar por causa da bronco aspiração. Encheu os dois pulmão dela, quase perdeu os dois pulmão.

O relato de *D. Benvinda* é um retrato quase que comum da vida daquelas mães que são cuidadoras de seus filhos, maridos e netos com sofrimento psíquico. Nesse caso, durante o nosso diálogo narrativo, observamos a face de cansaço e, às vezes, até de desolação (conforme anotação em diário de campo) de um cuidador familiar que tomou para si a missão de evitar que sua filha atente contra a própria vida e consiga êxito, além dos desgastes produzidos pelo enfrentamento do suicídio sem nenhuma preparação para isso. Por isso ela deixou de trabalhar e, hoje, sua vida se resume, basicamente, nos cuidados da filha.

Este relato confirma os demais nas dificuldades, angústias, renúncias, abnegação e doação de si mesmo que o cuidador familiar tem de suportar e realizar em prol do outro,

representando o cuidar de um ente familiar acometido de sofrimento psíquico. Percebemos que os diálogos narrativos e a comunicação não-verbal revelaram a emersão de várias compreensões de senso comum que circulam, no cotidiano dos participantes, sobre o que representa o cuidado à um ente familiar com sofrimento psíquico.

Essas compreensões de senso comum são compartilhadas pelos cuidadores familiares, desconhecidos que são uns dos outros, mas que vivenciam uma situação semelhante, remetendo a construções de representações sociais quando saem do campo da abstração individual e ganham concretude através de processos de ancoragem e objetivação, conforme preconizado pela teoria moscoviana.

A ocorrência desses processos também pode ser notada nos diálogos quando o familiar cuidador afirma que “tem que ficar o tempo todo cuidando”, “dando remédio”, quando tem que levar e trazer no CAPS quando está em crise, quando é necessário acionar o corpo de bombeiros ou a polícia, quando é necessário tratar as queimaduras e doenças venéreas contraídas em momento de crises, quando não se pode trabalhar para ganhar o sustento, quando se tem de deixar os filhos ainda crianças sozinhos em casa para acompanhar o outro na atenção psicossocial.

Nestas falas podemos notar a ocorrência do processo de ancoragem da ideia de cuidado da pessoa com sofrimento psíquico. Num primeiro momento, a noção, a percepção (de cuidado) era estranha, não familiar ao cuidador, mas, a partir do momento em que ele busca o correspondente àquele tipo de cuidado (para pessoa com sofrimento psíquico) em seu repertório imagético de paradigmas, visando a associação que lhe possibilite uma compreensão, encontra os signos que remetem a associação a tarefas que são árduas e fatigantes de se fazer ou realizar. Por isso, o cuidado à pessoa com sofrimento psíquico é associado a algo que não é fácil fazer, que é difícil, que cansa, causa medo, tristeza, angústia, sofrimento.

Por sua vez, a análise das falas também permite inferir a presença de processos de objetivação do cuidado à pessoa com sofrimento psíquico, quando o cuidador familiar afirma que “tem que ficar o tempo todo cuidando, olhando”, a vida para fica “congelada”, que se o ente cuidado deixar de tomar o remédio “ninguém guenta”, que sofre por não dormir, que fica perdido no tempo, que não tem sossego.

Além do mais, as expressões faciais de angústia, surpresa, o gesticular das mãos em volta do ouvido, as fugas de família e o choro, corroboram com o diálogo, associando a ideia

de cuidado à pessoa com sofrimento psíquico à realidade cotidiana vivenciada pelos cuidadores familiares.

Mas as falas, verbais e não verbais revelaram outras representações sociais do cuidado à pessoa com sofrimento psíquico. Além de difícil, cuidar de uma pessoa com sofrimento psíquico é viver o tempo todo em estado de vigília, tal qual um soldado que tem que estar sempre atento no campo de batalha. Por isso, *Bernardina* diz que o cuidado de sua filha requer atenção durante “24 horas por dia”.

Mas outras falas também demonstram este estado de vigilância constante que o familiar cuidador deve ter sobre a pessoa que ele cuida, como no caso de *Hortência*<sup>20</sup>, mãe de *Maria da Luz*<sup>21</sup>, 15 anos, estudante, diagnóstico de esquizofrenia. Em determinado momento de nosso diálogo a mãe disse:

— Como que é o cuidado? Assim, tem que ficá cuidando dela né! Porque ela qué iii embora né? Então é mais do que 24 horas que fica cuidando dela entendeu? que ela vai pra lá, vai pra cá, vai pra lá, vai pra cá, toda hora, é só por Deus (titubear de cabeça). É difícil, é muito, muito difícil (grifo nosso).

Similar é a fala de *D. Lola*<sup>22</sup>, 45 anos, cuidadora de seu filho *Carlos Abílio*<sup>23</sup>, 15 anos, estudante, em atendimento por uso de substâncias psicoativas e com diagnóstico de transtorno afetivo bipolar. Ela foi convidada a participar do estudo quando chegava à unidade para visitar seu filho que estava internado. Nesse momento, observamos sinais de muito sofrimento, de uma mãe que, apesar de ser jovem, estava lá naquele ambiente de um CAPS com um olhar vago, costas arqueadas e face marcada pelo tempo que lhe apresentava uma idade muito maior do que ela tinha.

Durante nosso diálogo, ela nos contou a sua história de “violência familiar” com o seu “marido, hoje falecido”, mas que também era “usuário de drogas”, com quem teve “quatro filhos”. Disse que *Carlos Abílio* começou a se envolver com drogas desde os nove anos de idade. Que ele já viveu na rua um período, foi aliciado por traficantes para os mais diversos fins, até que conseguiu autorização judicial para sua internação. Sobre sua experiência do cuidado ao filho com sofrimento psíquico, ela disse:

— Agora eu só não tenho uma vida assim, que eu possa trabalhá, que eu possa estudá, agora tenho que vivê pra ele. Porque eu já sou judicial (quis dizer judicializada) por conta dele. Quando eu trouxe ele pra casa, já tava em situação de rua, então ele ia pro abrigo, no caso eu ia perder a guarda dele, ele ia pro abrigo (apresentava um olhar vago, face de tristeza).

<sup>20</sup> Hortência é pseudônimo inspirado na obra Grande Sertão: Veredas, de Guimarães Rosa.

<sup>21</sup> Maria da Luz é pseudônimo inspirado na obra Grande Sertão: Veredas, de Guimarães Rosa

<sup>22</sup> Dona Lola é pseudônimo inspirados na obra Éramos Seis, de Maria José Dupré.

<sup>23</sup> Carlos Abílio é pseudônimo inspirados na obra Éramos Seis, de Maria José Dupré.

— A justiça questiona muito a situação tipo assim: “quem dá a droga é a senhora? É na rua? eu queria que a senhora desse o nome de alguém, porque ele é criança, ele não pode bebe, usá droga, vendê, ele não pode”. Então Tenho que ficá 24 horas com ele, não posso trabalhá, sabe? 24 horas de olho nele (grifo nosso).

Na perspectiva dessa mãe e cuidadora de seu filho menor de idade, usuário de substâncias psicoativas, o cuidado não é ocasional ou por turnos, mas de tempo integral, com desgaste permanente, contínuo, sem descanso, sem fôlego, angustiante, sem saber como “lidar”, pois, como ela mesma relata, é:

Muitooo, muitaa tristeza, nossa muita tristeza, porque você não sabe lidá, cada hora é uma coisa, e da abstinência, e tá nervoso, tá quebrando, que saí porque quando ataca aquela vontade dele usa, mesmo medicado ele que usa, mesmo medicado ele que usa, fica agitado, violento é só tristeza.

Na narração de *Vanda*<sup>24</sup>, os mesmos conteúdos semânticos verificados nos demais se repetem. Ela tem 33 anos, é diarista por ocupação e cuidadora de seu pai, *Joaquim Soares*<sup>25</sup>, com dependência de álcool, 72 anos de idade. O seu relato também revela as dificuldades por ela enfrentadas no dia a dia do cuidado com o pai. Expondo o que ela disse em nossa conversa, temos:

— Sabe que nem hoje, foi difícil porque eu tive que ajudá ele tomá banho, isso pra mim é muito difícil ter que dá banho no meu pai sabe? [choro] Eu senti vergonha, então assim é muito difícil, os meus irmãos também não pode tá aqui pra me ajuda, por que se eles saí do serviço como vai sustenta a família deles também? É muito difícil, igual hoje eu fui faze uma diária né, eu saí de lá e eu fui faze compra e vim cá, pra ele tomá banho (grifo nosso).

Notamos, na fala, o constrangimento de *Vanda* em ter de dar banho em seu pai, revelando mais uma das faces do cuidado à pessoa com sofrimento psíquico, a face do pudor, que tem de ser deixado de lado para poder cuidar com dignidade. Por isso a repetição da compreensão de senso comum de que o cuidado é difícil. Mas *Vanda* prosseguiu em sua narrativa, dizendo o seguinte:

— Eu queria podê um dia podê deitá e consegui durmí tranquila porque além dos meus problemas, eu ainda tenho que lutá pela minha família, não é fácil (nesse momento nossa interlocutora chorou), só orando, às vezes, assim, a gente qué desisti né? As vez já aconteceu isso comigo, de chega um dia de quere desisti, dii!, dii! de quebrá tudo dentro da minha casa, assim de pará num hospital também, já aconteceu isso comigo, dii!, tipo que te um surto, já aconteceu isso comigo, só que assim, eu tenho o tempo todo que pensá, que eu tenho que se forte, não posso esmorecê.

Nesse trecho de seu diálogo, podemos inferir que o encargo de cuidadora de seu pai lhe deixa desassossegada, tanto que ela já não consegue mais dormir tranquila em razão das vicissitudes da vida. Primeiro, relacionada aos seus próprios “problemas” que ela tem que

<sup>24</sup> Vanda é pseudônimo inspirado na obra *A morte e a morte de Quincas Berro D’água*, de Jorge Amado.

<sup>25</sup> Joaquim Soares é pseudônimo inspirado na obra *A morte e a morte de Quincas Berro D’água*, de Jorge Amado.

tentar resolver, mas que também não revelou quais são; segundo, cuidar de seu pai com dependência de álcool.

Podemos notar, ainda, que o cuidado com o pai dependente do uso de álcool produz sofrimento em quem cuida até o limite do adoecimento, indicado quando *Vanda* relata que tem vontade de “...quebrá tudo dentro da minha casa, assim de pará num hospital”.

Não bastasse isso, *Vanda* relata que “— É duro cuidá sozinha. Que nem é fica atrás o tempo todo, sai a gente nem vê, é só Jesus. Dá trabalho cuidar”, confirmando a dureza do cuidado ao balançar a cabeça para baixo, além de revelar o abandono, a falta de suporte, inclusiva por parte das políticas públicas em apoio ao cuidador familiar.

Neste mesmo aspecto, interessante foi a compreensão de *Ruth*<sup>26</sup>, uma jovem de 25 anos e funcionária de um comércio no qual trabalha como atendente e balconista, estudante de graduação na área da saúde. Ela é cuidadora de sua mãe *Clotildes*<sup>27</sup>, com diagnóstico de transtorno afetivo bipolar, conforme constatado no prontuário do CAPS III. Nossa diálogo foi realizado nas dependências externas do CAPS III, permeado por muitos episódios de choro e longas pausas de silêncio, no qual ela relatou os eventos familiares que desencadearam os recentes episódios de sofrimento psíquico de sua genitora.

Ela afirmou que sua mãe apresenta esta condição desde a infância, sem diagnóstico específico na época. Relatou que foi a partir do divórcio com seu pai, com a partilha de bens do casal, com as dificuldades de gestão e falência do estabelecimento comercial que a família possuía, que a saúde mental dela entrou em processo de maior declínio, inclusive com tentativas de suicídio.

Sobre o cuidado a sua mãe com sofrimento psíquico, ela nos disse: “O que é cuidado? É você tá zelando pela vida de quem você tá cuidando. Pra mim é isso”. E prossegue:

— É cuidar com muita paciência, muita paciência e sabê os limites daaa no caso da minha mãe, sabe os limites que ela tem e o que ela acha certo pra ela, porque não vale só eu acha certo aquilo que eu acho bom pra mim, eu tenho que acha o que ta bom pra ela porque tem que ter um cuidado a mais, não é fácil não, é difícil, é sofrido, a gente guarda, mas eu já me acostumei e só fico mais triste pela situação que ela passa (grifo nosso).

Zelar pela vida de sua mãe é a compreensão de cuidado de *Ruth*. Esta sua visão de cuidado é corroborada com as outras falas já descritas, que representam socialmente o cuidado a todo tipo de dificuldades, ao sofrimento, à vigília constante e à renúncia a anseios pessoais do cuidador. Isto é confirmado no decorrer do nosso diálogo quando *Ruth* chora, fica

---

<sup>26</sup> Ruth é pseudônimo inspirados na obra O Enfermeiro, de Machado de Assis.

<sup>27</sup> Clotildes é pseudônimo inspirados na obra O Enfermeiro, de Machado de Assis.

em silêncio, faz uma narrativa carregada de emoção, que são as marcas dos processos de ancoragem e objetivação que caracterizam a representação social, conforme define a teoria moscoviciana.

Assim, confirma que a representação social de que o cuidado à pessoa com sofrimento psíquico é relacionado a um estado de vigília constante, produto daquela compreensão de senso comum que o associa a dificuldades, pois ficar em estado de vigília constante também é algo difícil para o ser humano.

A ancoragem, nesse caso, transparece quando o cuidador familiar afirma que tem que cuidar “24 horas por dia”, que não consegue dormir, que tem de “ficar o tempo todo cuidando, olhando”. Tem de estar alerta para que a pessoa que está sob seus cuidados não fuja de casa sem rumo, não tente suicídio, não vá procurar droga nas bocas de fumo ou a bebida alcoólica nos bares, que tem que ter muita paciência e assim por diante.

Já a objetivação daquela compreensão de senso comum que associa o cuidado à tribulações se manifesta no choro, no relato com semblante de cansaço, como quem passa a noite em claro vigiando, nos relatos de angústia, do querer “sumir”, na vergonha de ter de dar banho no próprio pai, no medo de perder a guarda do filho que faz uso de substâncias psicoativas e ser responsabilizado judicialmente. É o não conseguir dormir tranquila, não poder trabalhar e até mesmo no clamor à Deus, no qual o cuidador familiar busca algum alento para as dificuldades que são decorrentes da missão de cuidar de uma pessoa com sofrimento psíquico.

“Parei tudo!”. Foi com esta frase que *Sra. Antunes*<sup>28</sup>, 44 anos, ex-empresária de um salão de beleza, hoje cuidadora de seu filho *Eugênio*<sup>29</sup>, de 8 anos, com diagnóstico de transtorno do espectro autista (TEA), em determinado momento de nossa conversa, definiu a sua vida após o diagnóstico de seu filho. Nosso diálogo aconteceu em uma rua em frente ao CAPSi, pois ela assim o preferiu, dizendo que se sentia mais à vontade em relatar a sua vivência a respeito do que representa cuidar de alguém que possui sofrimento psíquico, principalmente se este for um filho.

A *Sra. Antunes* disse que o marido “não dá conta” de cuidar sozinho de *Eugênio*, apesar de ele tentar, mas como é “bruto” e tenta repetir a criação que teve de seu pai, o seu jeito de cuidar e educar o filho “não tem funcionado direito”. Por essa razão ela continua:

---

<sup>28</sup> Sra. Antunes é pseudônimo inspirado na obra O Seminarista, de Bernardo Guimarães.

<sup>29</sup> Eugênio é pseudônimo inspirado na obra O Seminarista, de Bernardo Guimarães.

— Então minha vida é assim, eu não tenho mais nada, assim! eu não trabalho mais, não faço as coisa que eu fazia, os curso que eu gostava de fazê, eu parei com salão, eu entreguei tudo que eu fazia, pra menina que era minha sócia, tá lá, ela cresceu cada dia, mais eu fico comparando a vida dela cum a minha vida, antes né, eu falei assim esse salão era meu como tá bunito oh!, entreguei tudo na mão dela as minhas coisa (grifo nosso).

Após ouvir o relato de *Sra. Antunes*, podemos compreender que o cuidado pode interromper o fluxo da vida cotidiana, absorvendo-o completamente. Foi isso que aconteceu com ela após receber o diagnóstico de TEA de seu filho. O seu relato, também percebido em tom de lamento, nos indicou que o dia a dia do cuidado pode ser caracterizado como uma prática sacrificial e de renúncias, no qual aquele que cuida se impõe um auto sacrifício em favor daquele que necessita dos cuidados.

Mas após dizer que não trabalhava mais, *Sra. Antunes* justificou que não era uma reclamação, que dava “Graças a Deus” por ter *Eugênio* como filho, mas nunca pensou na hipótese de ter um filho autista, aliás, que antes de ser mãe sequer conhecia o que era autismo. Nesse momento, pudemos perceber seu desconforto, quando com a cabeça baixa, disse ficar decepcionada consigo mesma, pensando que talvez tivesse alguma culpa por seu filho nascer portador desta condição, por algo que fez ou deixou de fazer durante a gestação, e prossegue:

— A gente fica se culpando tem hora. Ou será que eu errei na hora do jeito que eu criei ele achando que eu tava ensinando, protegendo demais, e tava, tava, alejando ele, por que eu leio muito sabe? Muito, muito, muito, assisto muito palestra, eu gosto entro no *You Tube* tem hora, tem uma doutora que eu gosto muito dela, é sobre criança autista leve, ela fala que o diagnóstico mais difícil que a mãe consegue é confundido como uma birra, uma manha, uma pirraça. Então é desse jeito, parei tudo (grifo nosso).

Este trecho da narrativa da *Sra. Antunes* é revelador de uma situação limítrofe entre a sua sanidade e insanidade, pois como não há muito que fazer em relação ao transtorno do ente familiar, pode acontecer que as pessoas passem a desenvolver sentimento de culpa, como se pudessem evitar o sofrimento que está instalado no familiar. Por isso, quando ela diz “parei tudo”, também quis dizer que sua vida parou, que “congelou” as suas aspirações profissionais e até vaidades para cuidar de seu filho.

Continuamos nosso diálogo e *Sra. Antunes* disse que, em razão de ter de cuidar de seu filho em período integral, ela passou a negligenciar o cuidado consigo mesma, do ponto de vista estético. Logo ela que era dona de um salão de beleza, no qual cuidar da aparência física das pessoas era o meio de vida. E prossegue:

— “Eu me cuidava mais eu era tão bonita eu me arrumava, me arrumava no salão”.

Além de deixar de cuidar de sua aparência, nossa interlocutora lamenta, porque trabalhar no salão de beleza era umas das coisas que lhe conferia satisfação pessoal “minha

felicidade era trabalha nessa área, é o que eu gosto sabe?”. Mas os cuidados ao seu filho autista lhe exigem tanto ao ponto de ter de fazer a opção entre o seu filho e a sua profissão.

Nesse sentido ela disse:

— Eu deixei, deixei de trabalhá, eu deixei de faze tanta coisa, eu trabalhava no salão, eu me cuidava mais, eu era maquiadora, não faço mais nada disso que eu amo fazê essas coisa, amo, amo de paixão, amava né? Daí eu deixei tudo por causa dele, eu me dedico agora é só pra ele, porque eu tenho que trazê ele aqui (referência ao CAPS), eu tenho que trazê ele lá na psicopedagoga (CAPS Aero Rancho), eu tenho que leva ele no reforço. É assim então (grifo nosso).

A fala de *Sra. Antunes* remete a uma compreensão que está presente em outras falas: que o familiar cuidador afirma que a maior parte do seu tempo é ocupado com os cuidados ao ente parental que possui sofrimento psíquico. Por isso, *Sra. Antunes* deixou de trabalhar para dedicar-se exclusivamente aos cuidados de seu filho. Essa opção por abdicar de seus próprios desejos e aspirações indica uma compreensão de senso comum de cuidado relacionado às renúncias na vida que o cuidador familiar tem de fazer em prol da pessoa cuidada.

Outros relatos também indicam as renúncias e as escolhas difíceis que o cuidador familiar tem de fazer na sua própria vida, para cuidar do ente com sofrimento psíquico, como no caso de *D. Benvinda*, mãe e cuidadora de *Bela*, que disse:

— Então antes dela ficá doente eu tava trabalhando, só que como ela deu a primeira crise dela, já que foi essa, de tentativa de suicídio, já sem tê sinais nenhum, a primeira coisa dela foi essa já, de tentá contra a vida, aí tive que larga tudo, tive não né? é o que a gente faiz né? a gente dá prioridade, na vida da gente é os filho né? Aí eu parei de trabalho e viví só pra cuida dela, e tô até agora. Eu tava pensando em retoma de novo né? Mais aí com essa agora, já vi que não tem condições (grifo nosso).

Nestas falas, o familiar cuidador, que na maioria dos participantes foi a mãe da pessoa com sofrimento psíquico, se repetem os mesmos significados de compreensões: de abandono de atividade econômica, de emprego ou de profissões para se dedicarem exclusivamente ao cuidado. No caso de *D. Benvinda*, por exemplo, ela esclarece que deixou de trabalhar, porque sua filha, mesmo antes de tentar suicídio pela primeira vez, não apresentou nenhuma alteração comportamental, ao menos que ela tivesse percebido. Por isso, a partir daquele primeiro evento, da primeira tentativa de suicídio sem “aviso prévio”, ela teve que “largar tudo” para se dedicar exclusivamente aos cuidados de sua filha.

Nas narrativas apresentadas, as expressões “largar tudo”, “parar tudo”, ou “ter que ficar cuidando 24 horas por dia”, “senão o filho volta a se envolver com drogas”, ou foge de casa, ou atenta contra a própria vida, parecem demonstrar a ocorrência de processos de ancoragem daquela compreensão de senso comum, de que cuidar de um ente familiar com

sofrimento psíquico também implica na renúncia nas aspirações pessoais do cuidador, ou seja, o cuidador deve abdicar de cuidar de si mesmo, de trabalhar, de estudar, de ter uma vida social saudável, para poder se dedicar exclusivamente aos cuidados do ente familiar com sofrimento psíquico.

Por sua vez, podemos notar a objetivação desta compreensão quando o familiar cuidador diz que pensou em retornar ao trabalho para contribuir com as despesas da família (só o esposo trabalha). Porém, como a filha teve uma recidiva na tentativa de suicídio, constatou que não teria condições de retornar ao trabalho, pois deveria dedicar seu tempo exclusivamente aos cuidados de sua filha, caso contrário, ela poderia obter êxito nos atentados contra a própria vida e vir a falecer, sendo isso uma das consequências do sofrimento psíquico.

Tal constatação fica evidente nas palavras de *D. Benvinda* quando, com a voz embargada, quase chorando e com os olhos prestes a deixar escorrer a lágrima (observação anotada em diário de campo), conclui dizendo: “já vi que não tem condições”.

É nesse momento que ela deixa evidente que a sua realidade de vida cotidiana é a de cuidar de sua filha. Esta foi a escolha que fez num momento crucial em que decidiu entre a vida ou a morte de sua filha, pois, sem seus cuidados, *Bela* insistiria nas tentativas de suicídio até obter êxito, como indicam as relatadas por sua mãe.

Noutros diálogos também encontramos elementos indicativos da objetivação de compreensões de senso comum, de que cuidar de um ente com sofrimento psíquico implica em renúncia às aspirações próprias de quem cuida. A *Sra. Antunes*, por exemplo, disse, em tom de lamento, que ao olhar seu rosto no espelho e ver nele manchas em sua pele, constatou que deixou de cuidar de sua aparência, de se arrumar, de ir trabalhar no salão de beleza da qual era sócia com uma amiga, de fazer o que gostava e que lhe proporcionava “felicidade”, porque desde que seu filho *Eugênio* foi diagnosticado com autismo, ela teve de mudar totalmente a sua rotina de vida para se dedicar exclusivamente aos cuidados dele; ou seja, ela admite que renunciou aos seus anseios, prazeres e vaidades pessoais, porque o cuidado ao seu filho é mais importante.

E não foi só ela. Com uma história de vida semelhante, guardada as devidas proporções, *D. Lola* afirmou em nossa conversa que não pode mais trabalhar ou estudar, que ela não tem mais vida, porque tem que viver para cuidar de seu filho *Carlos Abílio* que, além de ser menor de idade, faz uso de substâncias psicoativas, fato que já lhe causou problemas

com o Juizado da Infância e Juventude (*sou judicial*), por isso ela diz que “agora tenho que vivê pra ele”. Esta afirmação materializa com palavras a realidade de que o cuidado do ente familiar com sofrimento psíquico pode implicar em renúncias aos projetos pessoais, como trabalho ou estudo, na vida de quem cuida.

A objetivação dessa compreensão é confirmada, em caráter decisivo de sua afirmação, pelo seu olhar que era vago (anotação do diário de campo), que compreendemos como expressão de seu desalento com sua situação e com a de seu filho. A face de tristeza indica o sofrimento de ter que abandonar suas pretensões de regresso ao trabalho e estudo para cuidar de seu filho.

Demais falas também indicam compreensões semelhantes de um mesmo senso comum, bem como a caracterização de processos cognitivos de objetivação e ancoragem na construção de representações sociais acerca de cuidado a uma pessoa com sofrimento psíquico, sob a perspectiva do familiar cuidador. Mas mesmos as falas em que o familiar cuidador não é tão incisivo em demonstrar suas compreensões de dificuldades no cuidado ao ente com sofrimento psíquico, uma análise mais acurada revela os traços característicos de construção de representações do cuidado com similitude das demais.

Foi isto que observamos na fala de *Lucinda*<sup>30</sup>, dona de casa, cuidadora de seu filho *Pedro Guilhermo*<sup>31</sup>, 8 anos, com diagnóstico de TEA que, em longo diálogo, revelou a sua história de vida a partir do momento em que recebeu a confirmação do transtorno que acometia seu filho. *Lucinda* revelou que, a partir daquele instante, viveu um luto, como se aquele filho que ela idealizou tivesse morrido, como se a família tivesse chegado em um país estrangeiro onde tudo era diferente, a língua, os costumes, as pessoas e que, a partir de então, ela teria que aprender a conviver com aquela situação. Estas foram suas palavras:

— Eu tive o meu luto porque não tem como não ter, é como assim, morresse aquele filho que você idealizou e veio outro né, eu sempre comparo assim como se a gente tivesse chegado num país diferente sem saber falar aquela língua, tá todo mundo perdido né, diante daquele país, você tem que aprender aquela língua, aprender aquela língua, aprender a conviver com aquelas pessoas, então é assim que é o autismo, quando você tem uma pessoa com autismo na sua família você vai ter que aprender sobre a síndrome, sobre o transtorno né? você vai ter que aprender a conviver (grifo nosso).

Na fala de nossa interlocutora, o TEA que seu filho apresenta a leva a fazer uma comparação com um tipo de morte: o filho é um vivo-morto, não é aquele que queríamos e que esperávamos, ele é outro, um filho que não é filho. Por isso o luto vivido por *Lucinda*;

---

<sup>30</sup> Lucinda é pseudônimo inspirado na obra Dom Quixote, de Miguel de Cervantes.

<sup>31</sup> Pedro Guilhermo é pseudônimo inspirado na obra Dom Quixote, de Miguel de Cervantes.

quando recebeu o diagnóstico de autismo do seu filho, que para ela se traduziu num dos momentos mais difíceis de sua vida. A partir daquele momento, ela percebeu toda a mudança que deveria seguir em seu cotidiano.

Mas a noção de dificuldades do cuidado transparece na fala quando ela faz a analogia de como se tivesse entrado em um país diferente, ter que aprender a falar uma nova língua e se habituar a novas culturas para poder conviver com aquela situação. Tanto é assim que ela mesmo afirma: “você vai ter que aprender a conviver”.

*Lucinda* também relata os desafios do cuidado ao seu filho com TEA: as necessidades de acompanhamento profissional permanente, as carências de serviços governamentais direcionados ao autismo, até mesmo os pequenos detalhes e rituais domésticos que devem ser rigorosamente observados no seu cotidiano para evitar as crises de *Pedro Guilhermo*. Relata que as crises podem ser desencadeadas por um simples atraso na hora do almoço sem aviso prévio, pela mudança da roupa de cama, por uma mudança de vestimenta, por uma alimentação diferenciada, uma visita até mesmo de um familiar, além de outras atividades simples e corriqueiras que passam desapercebidas para grande maioria das pessoas, mas que para seu filho são percebidas com grandes significados e consequências, cuja menor frustração pode ser o estopim para uma crise.

Dando prosseguimento à análise do diálogo narrativo, *Lucinda* revelou que cuidar de um ente com sofrimento psíquico pode ser um fator desencadeador de sofrimento também para quem cuida, inclusive mental, ou de outros integrantes da própria família. Ela disse o seguinte sobre sua vivência nos cuidados de seu filho autista:

— A cabecinha do autista e tudo muito padronizado, por isso que eu falo a gente tem que aprender a viver com a família, não é uma família que é mais normal também ela se tornou uma família autista também.

— Há um cuidado muito grande com a pessoa autista e esquece do familiar entendeu? o familiar também acaba sofrendo, acaba ficando doente, muitas mães se suicidam, muitas mães matam o próprio filho né, outras vivem em depressão tomando remédio, então assim aqui, aí vem outra dica eu como mãe assim, cuidem de você também, você precisa de cuidado, você precisa se alimentar bem, você precisa fazer exercício físico, você precisa cuidar da sua mente pra você ter condições de cuidar dessa pessoa com autismo eu estou falando por experiência própria (grifo nosso).

A constatação nessa fala é de que *Lucinda* mudou radicalmente a rotina de sua vida, mas não somente ela, toda a família teve de mudar a sua dinâmica interna a partir da confirmação de que seu filho era autista. Por isso ela disse que teve que “aprender a viver com a família”, no caso família que um de seus filhos é autista.

Para *Lucinda*, a família em que um dos entes possui um sofrimento psíquico é uma família diferente, é uma família especial e, por essa razão, possui necessidades que outras famílias, ditas “normais”, não possuem, mas que precisam ser atendidas, dada as condições especiais de uma família cujo ente familiar possua algum tipo de sofrimento psíquico. Por isso ela ressalta que o familiar também acaba sofrendo com a “doença” de seu ente querido e que está sob seus cuidados, inclusive de sofrimento psíquico. Por isso a referência a suicídios, a mães com depressão que matam seus próprios filhos, ressaltando seu conhecimento desta problemática “por experiência própria”, por talvez já ter tido seus episódios de depressão ou talvez, até mesmo, de ideação suicida, confirmado o que já foi dito, de que o cuidado não é fácil.

O sofrimento do familiar cuidador muitas vezes não está tão evidente como transpareceu na fala de *Lucinda*, mas uma análise da dinâmica familiar é que vai indicar que o familiar cuidador e até mesmo a própria família acabam sofrendo, acabam adoecendo em razão de terem de cuidar de um ente com sofrimento psíquico.

Quando *Lucinda* afirmou que a família que tem um de seus membros com sofrimento psíquico não é uma família “normal”, e por isso seria também uma família com transtornos, no caso dela, a “família autista”, nos pareceu um tanto inusitado. Entretanto, analisando outras falas, é possível encontrar esta mesma concepção, como no caso de *Vanda*, cuidadora do pai que é dependente de álcool. Percebemos no nosso diálogo com *Vanda* que a sua fala foi acompanhada de muitos episódios de choro e, num determinado momento, quanto indagada se sentia tristeza e angústia e qual a razão da situação de seu pai dependente de álcool, ela disse:

— Eu sinto. Eu fico triste porque assim, eu queria, assim eu agradeço a Deus, mas eu queria ter nascido numa família normal (choro copioso) assim, porque eu acho assim, eu não sei se é normal, sabe? Eu fico triste com isso, de ter esses pensamentos (grifo nosso).

A fala de *Vanda* possui similaridade com a fala de *Lucinda*, no que diz respeito às características da família em que um de seus membros possui sofrimento psíquico. No caso do autismo e da dependência do álcool, são os próprios cuidadores que percebem a família como não sendo normal e tal percepção gera uma gama de sentimentos negativos no familiar cuidador.

O adoecimento do cuidador familiar também está presente em seu diálogo quando ela afirmou que queria poder deitar e dormir tranquila, de querer desistir e quebrar tudo, como se tivesse um surto, que inclusive já lhe ocorreu, sendo possível notarmos não só na sua

narrativa verbal o seu grau de perturbação causado por ter que cuidar de seu pai, as expressões não-verbais também foram perceptíveis através dos episódios de choro, olhar vago, cabisbaixa, deixando transparecer também o adoecimento do cuidador familiar.

Sobre tal adoecimento, em suas falas, *Joca Ramiro* também narrou episódio de infarto que lhe ocorreu em decorrência das tensões no cuidado à *Maria Mutema* ao longo de 15 anos de convivência. A causa teria sido motivada por uma crise em que sua companheira destruiu seu automóvel (observado o automóvel destruído durante a visita em sua residência). Nessa situação de estresse, ele acabou tendo o infarto:

— Se ela tiver em casa eu não saio não, eu tenho que ficar aqui, óia aí esse carro na frente, tá todo pipocado de pau, ela quebrou o retrovisor, quebrou o vidro de trás, quebrou tudo. Eu tive até infarto, fiquei internado uns 10 dias no hospital de nervoso, me atacou o coração, foi mais de nervoso mesmo, e lascou tudo, a gente não aguenta, ela é teimosa demais. Os vizinhos até falam coitado, falam rapais como você aguenta essa vida aí (grifo nosso).

Continuando, *Joca Ramiro* confirma em sua fala a necessidade de vigilância — “se ela tiver em casa eu não saio”, mas também demonstra o sofrimento da família toda, que é composta por ele e sua companheira. O estado de tensão, o pensamento de abandonar a companheira, mas não poder (jogá não posso), porque tem obrigação legal como seu curador, somado ao abandono de *Maria Mutema* pelos irmãos, o impelem a continuar cuidando, apesar de ter que ficar em vigilância, também são fatos revelados na sua fala:

— Mas eu tenho uma procuração, uma tutela, então jogá eu não posso, os parente não qué mais. Vixe! não qué nem sabê, nem mãe nem pai não tem mais. Tem irmãos mais eles fala se si vira. Eu conheço eu sei, se quanto mais fica perturbando ela, aí é que ela fica mais agitada. Eu sei como que é o negócio, porque quando ela ficava ruim aqui (referência da casa) ah! eu ficava num cantinho sentado, só cubando, e ela ficava assim, pegava a faca vinha em cima de mim com tudo.

Esta fala de *Joca Ramiro* revela parte de uma rotina de tensão e sobressaltos em caso de sofrimento psíquico no qual a companheira apresenta episódios de violência, sendo o familiar cuidador muitas vezes o foco de agressão. No caso de *Maria Mutena*, não foi revelada nenhuma agressão com êxito contra *Joca Ramiro*, mas mesmo a tensão psíquica e emocional decorrente das relações de cuidado acabam conduzindo a uma compreensão de sofrimento, tanto dele quanto de sua companheira, além de um estado de vigilância dele sobre ela. Por isso ele diz que quando há prenúncio de uma crise, ele fica quieto em algum canto de sua casa “só cubando” (quer dizer vigiando, observando) o agir de sua companheira.

No diálogo narrativo de *D. Lola*, cuidadora de seu filho usuário de drogas, também encontramos elementos indicativos de que cuidar de uma pessoa com sofrimento psíquico também acarreta sofrimento familiar. Ela relatou uma rotina de violência com o seu falecido

marido, pai de *Carlos Abílio*, que também era usuário de drogas e viveu sete anos em situação de rua. Ela disse:

— Sofro muito, muito (expressão de angústia), é uma tristeza, nossa! muita tristeza porque você não sabe lidá, cada hora é uma coisa, e tá abstinência, e tá nervoso, tá quebrando, qué saí porque quando ataca aquela vontade dele usá, mesmo medicado ele qué usá, fica agitado, violento. Eu tenho um menino de 8 anos só que é meu netinho, uma filha menina de 8 anos e ela vivencia tudo isso. A gente sofre muito. Eu tenho 4 filhos, pequeno né ele tem 15 (se referindo a *Carlos Abílio*) a menina tem 8 e os outros são casado.

Em sua fala, *D. Lola* faz referência ao seu sofrimento e a sua tristeza, corroborando a compreensão de senso comum de que que faz uso de substâncias psicoativas fica agitado e violento. Também revela que o cuidado de quem sofre produz mais sofrimento.

Prosseguindo com as análises, apresentamos o diálogo narrativo de *Vivaldo*<sup>32</sup>. Este diálogo ocorreu em sua residência. Ele não informou sua idade, mas, aparentemente, está na casa dos 50 anos. Ele possui um estabelecimento de serviços na própria residência (barbearia) e cuida de sua esposa *Maritornes*<sup>33</sup>, diagnosticada com transtorno afetivo bipolar, além de um filho usuário de substâncias psicoativas. Disse que *Maritornes* não desempenha ocupação profissional devido à sua condição de saúde. Sobre a sua experiência com cuidado a um familiar com sofrimento psíquico, ele disse:

— Na realidade pra gente que mora com ela no caso eu que sou esposo dela, precisa ter paciência entendeu (fala bem enfática até a sonoridade da voz ficou mais forte), paciência e falar palavra de apoio sabe? Esse pessoal assim igual ela assim, é desanimado sabe? As vezes um dia tá mais ou menos outro dia tá ruim, outra hora tá deitado, tá dormindo.

— Veja é assim, Ela mesmo dessa vez tava boazinha assim, boazinha mesmo e do nada ela cortou os pulsos assim (demonstra o local) então se fosse alguma coisa que você fosse perceber ne? Mas não, ela tava boazinha mesmo, então é uma doença que é muito complexa ne?

— Mas vai fazer o que né, cansa né, difícil, você imagina a gente trabalhando, eu que dou a medicação, na maioria das vezes sou eu que dou pra ela toma, ela toma toda a medicação, mesmo que se ela não toma aí e que ela fica ruim mesmo, aí ela já fica assim sem paciência né, [silêncio] Deus me livre né?

No diálogo de *Vivaldo* podemos perceber a continuidade dos significados manifestados em outras narrativas já expostas. Ele também diz que precisa estar a todo tempo vigiando, apreensivo, pois sua esposa apresentou a ideação suicida tentando cortar os próprios pulsos quando ela “tava boazinha”, ou seja, sem apresentar sinais de que intencionava cometer tal ato contra si mesma.

Em função de acontecimentos dessa natureza, sem nenhuma causa aparente aos olhos do cuidador familiar, suas preocupações aumentam, pois se estava “boazinha” e atentou

<sup>32</sup> Vivaldo é pseudônimo inspirado na obra Dom Quixote, de Miguel de Cervantes.

<sup>33</sup> Maritornes é pseudônimo inspirado na obra Dom Quixote, de Miguel de Cervantes.

contra a própria vida, a sua compreensão é de que não pode tirar os olhos dela, tem que vigiar constantemente, dar remédio, cuidar, ter paciência e se apegar a Deus.

*Leonela*<sup>34</sup> também contou sobre o seu sofrimento enquanto familiar cuidadora de seu esposo *Lotário*<sup>35</sup>, de 46 anos de idade, com diagnóstico de esquizofrenia. Eles possuem um pequeno comércio (*pet shop*) do qual tiram o sustento da família. Em meio a muito choro e apreensão, uma passagem na sua fala ilustra com palavras a extensão da dinâmica familiar de quem possui um parente, o cônjuge ou companheiro, com sofrimento psíquico. Ela disse, referindo ao seu marido em determinado estágio da sua narrativa:

— Eu falei pra ele, se você não me ajudá eu vou chegá no meu limite, porque eu tô tentando mais eu não sei o que eu vou fazê, tô nervosa, tô com medo, eu tenho que atendê, tenho que atendê os cliente, tenho que trata todo mundo bem, que a gente depende daquilo ali, que é o nosso serviço, eu ainda não tenho minha aposentadoria, não saiu ainda, então é difícil e duro e trabalhar e cuidar e ter medo (grifo nosso).

Conforme relatado, é possível inferir que *Leonela* tem experenciado muitas adversidades no cuidado de *Lotário*, ao ponto de lhe dizer que estava no seu “limite”, ou seja, no último estágio de suas capacidades para cuidá-lo. Na nossa percepção, trata-se de associação das dificuldades do cuidado ao limite de suas forças físicas e emocionais e do limiar da sua saúde mental diante do que lhe representa cuidar de seu esposo com sofrimento psíquico.

A materialização dessa concepção é demarcada, sobretudo, por seu choro e no medo que ela revela em cuidar de *Lotário*. Nisso interpretamos a caracterização dos processos de ancoragem e objetivação na formação da representação das aflições que o cuidado a uma pessoa com sofrimento psíquico acarreta ao seu familiar cuidador.

Cabe destacar que o choro é a manifestação fisiológica de uma variada gama de emoções do ser humano. No campo das representações sociais, o choro dos vários participantes desse estudo pareceu-nos demonstrar a ocorrência da materialização dos processos de objetivação e ancoragem, podendo, ainda, ser confundindo com a própria representação social, sobretudo naquelas situações em que foi feita uma pergunta ao participante e a resposta dada foi o choro.

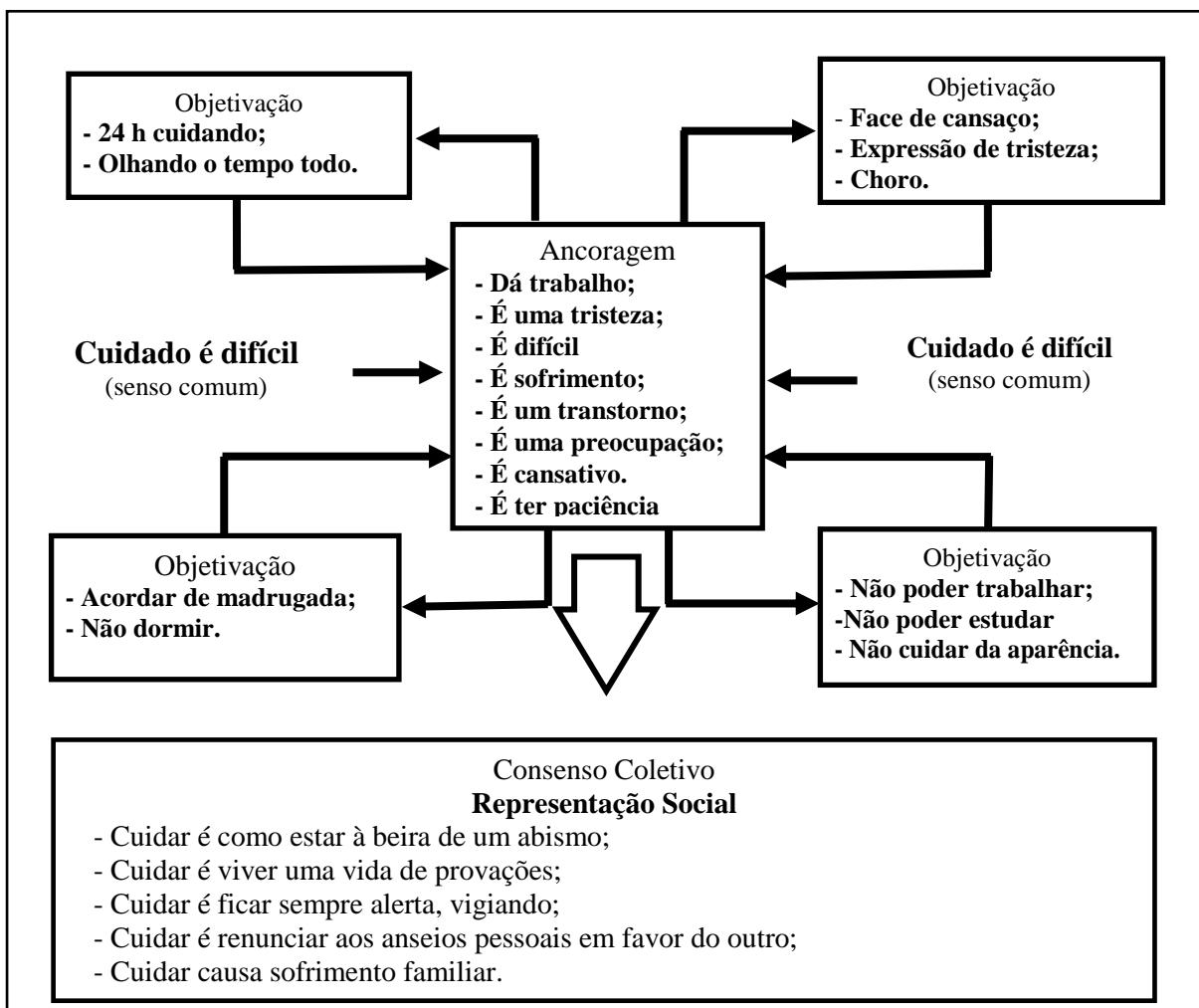
O processo de reconhecimento dessas realidades consensuais, indicando as representações sociais de cuidado à pessoa com sofrimento psíquico, construídas sob a

<sup>34</sup> Leonela é pseudônimo inspirado na obra Dom Quixote, de Miguel de Cervantes.

<sup>35</sup> Lotário é pseudônimo inspirado na obra Dom Quixote, de Miguel de Cervantes.

perspectiva do familiar cuidador, pode ser representado de modo esquemático conforme a Figura 5.

**Figura 5** Fluxograma das Representações Sociais de Cuidado - Familiar Cuidador



**Fonte:** Elaborada pelos autores

Além das narrativas verbais e não-verbais de linguagem consideradas no processo de construção de representações sociais, foi possível constatar a ocorrência de hipóteses de desiderabilidade e de hipóteses de desequilíbrio influenciando e/ou confirmando a formação das representações do cuidado à pessoa com sofrimento psíquico, conforme demonstrado no Quadro 1.

**Quadro 1 Estratégias Compensatórias - Familiar Cuidador**

1.	Familiar cuidador: Evarista	Ente com sofrimento cuidado: José Borges (filho)
Estratégia revelada no diálogo:		
<p>— Teve uma época eu frequentei psicóloga.</p> <p>— Vou ao baile, em casa gosto de escutar música e bem alto. Gosto de ficar em casa. Também a religião, todo dia rezo meu terço, porque Deus está em todo lugar. Vou na igreja e peço pros meus filhos principalmente pelo José Borges.</p>		
Hipótese de desiderabilidade:		
Ajuda psicológica durante um tempo. Escutar música alto e ficar em casa e ir em bailes.		
Hipótese de desequilíbrio:		
Buscar na religião as compensações emocionais ou psíquicas. Frequentar a igreja, rezar e pedir pelos filhos, principalmente por aquele que possui sofrimento psíquico.		
2.	Familiar cuidador: Hortêncio	Ente com sofrimento cuidado: Maria-da-Luz (filha)
Estratégia revelada no diálogo:		
<p>— Eu sinto que ela vai melhorá, eu creio assim, pra Deus nada é impossível né? Minha fé é em Deus, até missionária eu sou, sou religiosa.</p>		
Hipótese de desiderabilidade:		
Acreditar que a filha irá “melhorar”, porque tem fé em Deus e é missionária revela os meios subjetivos para fuga da realidade objetiva.		
Hipótese de desequilíbrio:		
Busca na religião os meios de alívio para tensões psíquicas e emocionais decorrentes da relação familiar cuidador com familiar cuidado.		
3.	Familiar cuidador: Bernardina	Ente com sofrimento cuidado: Mariquinhas
Estratégia revelada no diálogo:		
<p>— Só Deus. É nisso que eu me apego. Em Deus.</p>		
Hipótese de desiderabilidade: sem anotação.		
Hipótese de desequilíbrio:		
Se apegar em Deus como meio de solução de suas tensões psíquicas ou emocionais.		
4.	Familiar cuidador: Leonela	Ente com sofrimento cuidado: Lotário (marido)

<p>Estratégia revelada no diálogo:</p> <p>— Me apego na religião, em Deus, tem que se apegá nisso.</p>		
<p>Hipótese de desiderabilidade: sem anotação.</p>		
<p>Hipótese de desequilíbrio:</p> <p>Se apegar em Deus. Utiliza a religião como meio de solução de suas tensões psíquicas ou emocionais.</p>		
5.	Familiar cuidador:  Vivaldo	Ente com sofrimento cuidado:  Maritornes (esposa)
<p>Estratégia revelada no diálogo:</p> <p>— Vou na igreja, Deus é tudo né? Trabalho aqui em casa no meu negócio mesmo, assisto uma televisão é isso, vou levando.</p>		
<p>Hipótese de desiderabilidade:</p> <p>Utiliza o trabalho em casa (barbearia) e na televisão como meios de fuga de sua realidade.</p>		
<p>Hipótese de desequilíbrio:</p> <p>Procura na religião, na igreja os mecanismos de alívio das tensões psíquicas ou emocionais.</p>		
6.	Familiar cuidador:  D. Benvinda	Ente com sofrimento cuidado:  Bela
<p>Estratégia revelada no diálogo:</p> <p>— Ahh! eu sou muito religiosa né, eu sou católica, eu busco em Deus, em Deus e na Virgem Maria, eu faço a oração do terço, eu faço campanha, eu tô muito assim, que eu vejo assim que eu tô no meu limite, que eu pareço que não vou dâ mais conta, mesmo assim, aí eu canto, eu coloco hino, eu pego uma passagem na Bíblia, eu faço qualqué coisa nesse sentido.</p>		
<p>Hipótese de desiderabilidade:</p> <p>Procura na religião os meios de fuga da realidade através da oração do terço, de campanhas na igreja, cantando hinos na leitura da Bíblia.</p>		
<p>Hipótese de desequilíbrio:</p> <p>Por ser Católica, procura na religião, em Deus e na Virgem Maria, os mecanismos de alívio para tensões psíquicas e emocionais decorrentes da relação familiar cuidador com familiar cuidado.</p>		
7.	Familiar cuidador:	Ente com sofrimento cuidado:

	Sra. Antunes	Eugênio (filho)
Estratégia revelada no diálogo:		
— Eu oro. Só o joelho no chão, lá no chão e começo a chorá e pedí socorro pra Deus, por causa que falá pra senhora, é uma dificuldade tão grande, você não sabe o que seu filho tem, e você não ter o diagnóstico certo, você tá vendo que o seu filho tá cada dia piorando.		
Hipótese de desiderabilidade:		
Fuga para religião, pedindo socorro em Deus, porque não vê melhora nos quadros de saúde do filho.		
Hipótese de desequilíbrio:		
Utiliza da oração e do choro como meios de alívio para tensões psíquicas e emocionais decorrentes da relação familiar cuidador com familiar cuidado.		
8.	Familiar cuidador:  Lucinda	Ente com sofrimento cuidado:  Pedro Guilhermo (filho)
Estratégia revelada no diálogo:		
— Éh! Assim! A angústia tem por que a gente fica assim! Ninguém vai fazer igual eu, a gente pensa, essa paciência que a gente desenvolve né? Eu Acho que a gente cresce muito, eu cresci muito né? cuidando dos meus filhos, eu sinto prazer de cuidar dos meus, mas porque que eu sinto prazer? Porque eu amo eles e quando a gente tem amor o fardo se torna leve.		
— Mas eu por outro lado eu tenho uma fé em Deus, eu acredito num Deus porque eu vejo assim, que em pequenas coisas Deus cuida de mim cuida dos meus filhos.		
Hipótese de desiderabilidade:		
Apesar da angústia decorrente do cuidado ao seu filho com sofrimento psíquico, busca na religião, na fé em Deus as compensações subjetivas da sua realidade vivida, de Deus cuidar dela e de seus filhos.		
Hipótese de desequilíbrio:		
Acreditar que o cuidado ao seu filho com sofrimento psíquico lhe proporcionou o desenvolvimento de paciência, de crescimento e que lhe é prazeroso cuidar dele, porque sente amor e assim o “fardo” de cuidar se torna leve. São com estas compensações imaginárias que ela procura solucionar as tensões psíquicas e emocionais decorrentes da relação familiar cuidador versus pessoa cuidada.		

9.	Familiar cuidador: Margarida <sup>36</sup>	Ente com sofrimento cuidado: Umbelina (mãe) <sup>37</sup>
Estratégia revelada no diálogo:		
<p>— Eu choro, eu choro, eu choro, porque assim, eu sinto que se eu fica ali tentando ser forte, que assim demonstrar diante de todo mundo entendeu? Ser forte? Que eu não vou conseguir então eu mantendo ali a calma mais eu vou no meu quarto e lá, assim, eu choro eu converso com Deus, eu brigo com Deus as vezes, eu falo: Deus por quê? Né mais aí assim eu oro e assim com Deus é relacionamento, Deus me responde rápido, entendeu?</p> <p>— Que tudo assim tem um propósito, nada que acontece na nossa vida é em vão, tem um porque, então assim, Deus me responde rápido então eu busquei assim também éééé!, acompanhamento com um Coach, o Coach me ajudou muito, o Coach me ajudou muito, assim em alguns processos dêee assim! até me entende, porque, assim, chega uma hora que a gente fica, sobrecarregado, então o Coach foi uma das, das válvulas de escape, sabe?</p>		
Hipótese de desiderabilidade:		
Acreditar que tem que ser forte diante do fato de ter de cuidar de sua mãe com sofrimento psíquico revela mecanismo de autoajuda. Buscar a em suas orações e na sua relação com Deus bom ânimo para continuar cuidando representam os mecanismos de distorção da realidade objetiva da relação cuidador pessoa cuidada, confirmadas pelo choro, que é um fenômeno biológico matizes variados, que no caso indica sofrimento psíquico ou emocional.		
Hipótese de desequilíbrio:		
A compensação do sofrimento psíquico ou emocional decorrente da relação familiar cuidador versus pessoa cuidada transparece novamente no choro, na crença em que Deus “responde rápido” e o apoio de um <i>coach</i> , como “válvulas de escape” refletem compensações imaginárias utilizadas para restaurar a estabilidade psíquica ou emocional.		

**Fonte:** Elaborada pelos autores

Demonstrados os tipos de estratégias compensatórias que as pessoas com sofrimento psíquico, participantes desse estudo, utilizam para melhor ajustamento no ambiente social ou para compensações emocionais, podemos demonstrar, de acordo com o modelo proposto, a

---

<sup>36</sup> Margarida é pseudônimo inspirado na obra O Seminarista, de Bernardo Guimarães.

<sup>37</sup> Umbelina é pseudônimo inspirado na obra O Seminarista, de Bernardo Guimarães.

arquitetura da construção das representações sociais de cuidado por elas compreendidos, conforme Figura 6.

**Figura 6** Pirâmide de Construção de Representações Sociais - Familiar Cuidador



**Fonte:** Elaborado pelos autores

Conforme exposto, a análise dos diálogos narrativos dos participantes nos levou a conhecer as representações sociais que o familiar cuidador constrói a respeito dos significados do que é cuidar de um ente com sofrimento psíquico. A similitude das falas com sentidos semânticos similares indicou compreensões de senso comum acerca de uma mesma temática (cuidado à pessoa com sofrimento psíquico), deixando de ser mero ponto de vista pessoal e passando a se constituir em consenso coletivo, estabelecido a partir dos olhares individuais sobre o mesmo fenômeno, apontando para uma única imagem de realidade consensual a que com ela se confunde, influindo, interferindo e orientando o modo de viver das pessoas.

Assim, pudemos observar o desvelar de realidades singulares das famílias, que apontam para construção de um consenso coletivo de que cuidar de um parente com sofrimento psíquico, representa realidades de vida de provações, nas quais o cotidiano do familiar cuidador se projeta na imagem de um carcereiro em estado de vigília diurna, a um condenado de alta periculosidade (muitas vezes seu filho, marido, mãe, esposa, neto), dentro de uma prisão sem muros ou uma masmorra sem paredes.

Também podemos vislumbrar uma representação social de que cuidar de um ente com sofrimento psíquico remete à imagem de alguém que está à “beira de um abismo”, como se o familiar cuidador estivesse à borda de um precipício profundo, cuja queda poderia acontecer a qualquer momento. Outra representação social emergida nos diálogos dos participantes é de que, para cuidar de um ente familiar nessas condições, o familiar cuidador deve abdicar de seus projetos e anseios pessoais, tendo de abandonar o trabalho, os estudos, as vaidades pessoais para poder cuidar da mãe, do pai, da esposa, do marido, do neto, da neta, da filha ou do filho, passando a viver uma vida atrelada à pessoa cuidada.

O sofrimento de toda a família também é uma imagem que se revela nesse estudo, pois não apenas o ente com sofrimento psíquico pode ser considerado doente, mas a própria família fica adoecida em razão da imensidão de dificuldades que o cuidado à pessoa com sofrimento psíquico representa, causando preocupação, angústia, cansaço e sofrimento, a ponto de deixar um “coração de luto”, revelando o retrato de uma saga cotidiana que envolve o cuidado a um ente familiar com sofrimento psíquico.

Conforme demonstrado nos diálogos, podemos vislumbrar momentos vivenciados no cotidiano dos familiares cuidadores numa busca incessante, no vai e vem das jornadas pelos serviços de atenção à saúde mental, com o intuito de conhecer um diagnóstico médico referente ao sofrimento psíquico do seu ente adoecido.

O estudo revela que alguns familiares sequer possuem o conhecimento ou informações mais elementares sobre a doença que acomete o familiar cuidado. Porém, ao receber o diagnóstico de que se trata de uma patologia incurável, mas tratável, inicia-se uma saga com um percurso incerto e que passa a lhe acompanhar diariamente. Com isso, há uma sobrecarga das demandas diurnas com grande sofrimento humano; o cuidado incessante, o torpor, os assombros, as anulações como pessoa e a desesperança diante de uma situação pouco compreendida, pouco esclarecida, parecem envolver, permanentemente, o familiar cuidador numa teia de infortúnios durante a sua vida.

Também observamos a construção de estratégias compensatórias de ajustes da realidade utilizadas pelo familiar cuidador como meio de sobrevivência familiar ou social ou, para solucionar conflitos psíquicos ou emocionais decorrentes do processo de cuidado a um ente familiar com sofrimento psíquico, a fim de suportar a dura realidade do cuidado revelada no estudo, como espelho da realidade e da vivida pelo familiar cuidador.

De tudo isto que foi revelado, demonstrado e analisado, nossa percepção é de que continuamos presenciando, ainda, práticas instituídas nos tempos remotos, ou seja, o descuidado, os atos de violência, a crença na cura que se ancora e se legitima na religiosidade, pela desinformação, pela falta do conhecimento científico, ignorando o prejuízo que isto provoca, perpetuando o preconceito, o estigma, hostilizando e desaprovando aquilo que não está nas ordens impostas pela sociedade, vilipendiando a pessoa com sofrimento psíquico e o seu familiar cuidador.

## 5.2 DAR VOZ A QUASE QUEM NUNCA TEM VOZ: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O CUIDADO NA PERSPECTIVA DE QUEM É CUIDADO

Aqui analisaremos os diálogos narrativos das próprias pessoas com sofrimento psíquico, buscando compreensões de como elas percebem os cuidados oferecidos a si mesmas tanto por seus familiares cuidadores, quanto pelas equipes de saúde mental e como isso influencia na construção de representações sociais.

Conforme modelo de análise sugerido, evidências representacionais emergidas dos diálogos narrativos das pessoas com sofrimento psíquico englobam a identificação de compreensões de senso comum, dos processos de objetivação e ancoragem e de indicação de consenso coletivo. Todos esses elementos são determinantes nas representações sociais, construídas a partir de realidades cotidianas vivenciadas por elas, decorrentes das relações de cuidado com o familiar cuidador e com os integrantes das equipes de saúde mental.

Iniciamos agora a análise dos diálogos narrativos com aqueles que quase nunca são ouvidos: as próprias pessoas com sofrimento psíquico.

Começamos com *Marcela*. Como já dito, contava com 24 anos na época em que participou, junto com sua família, do diálogo. Ela tem diagnóstico de esquizofrenia, reside na mesma casa com a avó materna (*Dulcinéia*) e com sua mãe (*Dorotéia*). *Marcela* estudou até o 1º ano do Ensino Médio, porém abandonou a escola em razão das necessidades de tratamento. Seu sofrimento psíquico foi identificado quando ela era criança, na faixa de dez para onze anos de idade, a partir do momento em que ela passou a residir com sua mãe e sua avó materna.

Anteriormente, *Marcela* residia com sua avó paterna, mas diante da ocorrência de abuso sexual por seu pai, houve a modificação da sua guarda, fato este que foi confirmado por sua mãe e sua avó que a acompanhavam durante nosso diálogo e que também participaram da

pesquisa. Ainda cabe salientar que Dorotéia também possui sofrimento psíquico e cuida da filha, revelando uma relação triangular na qual sua avó, *Dulcinéia*, acaba cuidando tanto dela quanto de sua mãe.

Nosso encontro ocorreu em sua residência, por volta das 10h, em visita previamente agendada que, por sinal, ocorreu depois de várias tentativas. O local é distante, ermo, fora do perímetro urbano. Fui recebida pela sua mãe e pela sua avó.

Assim que *Marcela* chegou até a varanda em que estávamos, foi possível verificar que ela apresentava sintomatologias referente às medicações psicotrópicas utilizadas, pois estava sialorreica (esse fato a levava sempre a limpar a saliva que escoria de sua boca), com disartria (prejuízo na capacidade de articular as palavras), porém estava orientada no tempo e no espaço, auto psíquica (capacidade de fornecer dados sobre si) e alo psíquica (capacidade de reconhecer o ambiente e pessoas de seu relacionamento), segundo aquilo que percebemos. Cabe dizer que tal condição não trouxe prejuízo para a dinâmica do nosso diálogo.

Perguntamos a *Marcela* qual era a sua compreensão sobre o cuidado. Ela nos respondeu:

— É ficar aqui em casa né? É sentir que gostam de mim né? É quando eu tô bem né? É desenhar, pintar que eu gosto né? É ficar sem briga, ter sossego, quieta, não me olhá de atravessado sabe? [sinal de virar os olhos, lateralizando-os] reparando, pensam que a gente é diferente, de outro mundo. Porque é ruim, eu não gosto daí (grifo nosso).

A narrativa de *Marcela* indica que cuidado para ela é se sentir acolhida, pois em casa ela é acolhida. É ter a percepção que se importam com ela, é ter liberdade para fazer o que ela tem vontade, o que a deixa bem, como pintar e desenhar, mas, sobretudo, é viver em um ambiente de paz, sem conflitos, sem que lhe fiquem apontando como se fosse diferente das demais pessoas. Em sua fala notamos que, apesar do seu diagnóstico de esquizofrenia, a sua percepção de realidade, nos seus momentos de lucidez, indica as mesmas necessidades de qualquer pessoa que não possui o seu diagnóstico de transtornos psíquico.

A tranquilidade do lar, o acolhimento dos familiares, a realização de tarefas que lhe dão prazer, o respeito de outras pessoas, a tolerância de diferenças são anseios de qualquer ser humano, inclusive daqueles acometidos de sofrimento psíquico, indicando percepção de *Marcela* dos significados de cuidado para ela.

A familiarização de suas percepções (ancoragem) é relacionada no seu repertório imagético por viés negativo de não cuidado, ou seja, daquilo que ela não considera adequado ao cuidado de uma pessoa com sofrimento psíquico. Os signos característicos dessa

compreensão, sob o seu ponto de vista, estão no “olhar atravessado”, interpretado como sinal de desconfiança ou hostilidade. Por isso que ela afirmou: “pensam que a gente é diferente de outro mundo”, como se confirmasse a relação de ancoragem sob o aspecto negativo de não cuidado.

Por fim, para confirmar sua percepção em relação ao cuidado, ela prossegue na sua fala e diz: “porque é ruim, eu não gosto daí”. Com isto trouxe para a sua realidade simbólica o que vivencia no seu cotidiano quando lhe olham de atravessado, de canto de olho, como se ela fosse um ser diferente, estranho, concluindo, assim, o seu processo representacional sobre o que ela comprehende do cuidado à pessoa com sofrimento psíquico, pelo que ela já experiencia na sua vivência.

Em relação à sua família, *Marcela* demonstrou estar satisfeita com os cuidados de sua avó, irmã, cunhada, irmão e de sua mãe, que são as pessoas que compõe o seu núcleo familiar e com o qual está habituada. Ela não tem convivência com o pai, diante de episódio de abuso sexual como já dito, e não relatou nada em relação aos parentes do lado paterno.

No que se refere à equipe de saúde mental, *Marcela* também demonstrou estar satisfeita com a atenção recebida, destacando as atividades, mas ressaltando que, atualmente, seus “amigos” deixaram de frequentar a unidade (referindo ao CAPS III) por motivo que ela desconhece, de modo que ela fica mais no seu cantinho, com uma outra pessoa de idade próxima a sua, fazendo atividades de pintura. Sendo assim, ela demonstra contrariedade dizendo: “aí é chato”; além de reclamar do encerramento das atividades do coral, do qual ela se sentia confortável e feliz em participar, mas cuja professora fora dispensada, encerrando assim esta atividade.

Quando questionada sobre sua patologia, após uma pausa longa e mudança da expressão facial, demonstrando tristeza, *Marcela* disse o seguinte:

— Então, essa doença ela é difícil pra mim ela é muito difícil eu sinto assim (abaixa a cabeça, mareja os olhos), quando foi, quando eu descobri, quando foi o agnóstico, foi quando criança. E fui crescendo assim.

— Oxente!, não sei, (pausa) representa muitas coisas (pausa) “ichiiiii” é (pausa fica calada pensativa olhar vago para outro lado) a doença que eu tenho, a doença que eu tenho é difícil de representar, eu me sinto nervosa. Se sinto agredida, eu começo a se agredir, eu mesma (pausa). Antes se afastavam de mim, não brincava, sabe? Hoje melhorou um pouco, já me conhecem [pausa] Não é coisa do bem não, é do mal [balançar de mãos] (grifo nosso).

Em sua narrativa, *Marcela* revela a sua compreensão sobre a sua condição de pessoa com sofrimento psíquico, relacionado a sua doença como sendo difícil, tanto que ela abaixa a cabeça com os olhos já marejados de lágrima, denotando um sentimento de sofrimento e

tristeza. No entanto, ela revela ter consciência do seu transtorno, da indiferença das pessoas, tanto que diz: “hoje melhorou um pouco”. Isso faz com que ela fique nervosa, se sinta agredida até o ponto que agride a si própria.

Mas um fator interessante revelado em sua fala é a falta de esclarecimento acerca do sofrimento psíquico. Para *Marcela*, sua doença está relacionada a algo maligno, por isso que ela diz: “não é coisa do bem não, é do mal”. Em nossa interpretação, revela a manutenção da mentalidade que associaram a doença mental a interferências sobrenaturais.

Sendo assim, inferimos que não basta compreender o cuidado à pessoa com sofrimento psíquico apenas como sendo o manejo por parte da equipe de saúde mental. Faz-se necessário esclarecer que sua doença está relacionada a causas naturais, que tem explicação pela medicina e não é algo relacionado a fatores sobrenaturais. Isso pode ser feito por meio de suporte psicossocial, de tratamento personalizado ou de ações de educação em saúde.

Passemos agora a análise da narrativa de *Olga*<sup>38</sup>. Ela informou que estava com 42 anos no ano da entrevista, com Ensino Médio completo, que trabalha em uma empresa e que tem diagnóstico de transtorno afetivo bipolar e que há anos convive com sua patologia. No momento não está trabalhando, mas possui um trabalho formal, com registro em carteira, estando afastada pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) devido sua doença.

*Olga* nos disse que possui dois filhos, um de dois anos e outro de oito anos de idade. Ambos frequentam escola e são cuidados pelos avós (pais de *Olga*), que também ajudam nas necessidades dela, tais como: leite, fralda, comida e materiais escolares. Relatou que seus pais “não cuida bem” dela, justificando que eles não têm tempo, pois eles “trabalham muito”, além de informar que prefere que seus pais cuidem de seus filhos “lá com eles”.

Informa ainda que seus pais sofrem com a sua doença e, em razão dos gastos financeiros, ela se sente muito mal, “mas é doença né”. Na compreensão de *Olga*, o cuidado também é associado à escuta. Em seu diálogo ela diz que:

— É muito bom, muito bom, é muito importante quando a gente é ouvido igual tamo conversando com a senhora aqui, isto aí faz muito bem pros pacientes, só que não é só pra mim é pra ela, ele [apontando os demais usuários] tem que ser pra todos os pacientes, porque a gente tem os pensamentos ruins que tem [entonação da voz mais baixa] (grifo nosso).

Para *Olga*, ser ouvido é benéfico para o paciente, pois ajuda a afastar “pensamentos ruins” recorrentes em quadros de sofrimento psíquico. Daí a importância de atividades terapêuticas, inclusive com terapias individuais.

---

<sup>38</sup> Olga é pseudônimo inspirado na obra Éramos Seis, de Maria José Dupré.

Prosseguindo na análise das narrativas, temos *Aurélia*, com 28 anos, desempregada no ano da entrevista, graduada em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), com diagnóstico de esquizofrenia<sup>39</sup>.

Quando aceitou participar do nosso estudo, percebemos que, apesar de apresentar efeitos colaterais (disartria, sonolência) pela utilização dos psicotrópicos em decorrência de internação há mais de sete dias, *Aurélia* se apresentava consciente e orientada, auto psíquica e alo psíquica.

No momento do nosso diálogo, *Aurélia* disse que sua família ficou preocupada com sua saúde por ter apresentado quadros de agitação, ansiedade, depressão, além de sua mãe “achar estranho” seus pensamentos que envolviam uma questão sociopolítica brasileira, como “volta a ditadura, questões tecnológicas, questão dos protestos”, motivo pelo qual acionou o SAMU, sendo encaminhada àquela unidade de saúde mental, mas não soube informar as razões do porquê de sua internação.

Quando foi questionada a respeito de sua compreensão sobre o cuidado, ela respondeu o seguinte:

— É carinho, atenção, conversar, é isso né? Então, minha mãe faz o que pode em relação a mim, desde que cheguei aqui tô vestida, tô calçada é minha mãe que cuida, que se esforçou. Ela faz diária a vida toda dela para criar as filhas, ela é bem atenciosa, carinhosa, amor de mãe né? Ela fica aqui o que pode. (grifo nosso)

— Em casa ultimamente é que tá bem conflituoso depois dos estudos sabe? Depois que eu também tive colegas marxistas, tive colegas éh! Aí, aí, você não é mais aquela mesma coisa, não tem como, acho que na verdade é que minha mãe se preocupa um pouco com a forma que eu penso, acho que é isso.

*Aurélia* revela, na sua fala, a repetição da compreensão de senso comum de cuidado que tem recebido de sua família, especialmente de sua mãe, relacionando-o ao carinho, à atenção e à conversa, além do atendimento das necessidades comuns, como vestuário, apesar das condições socioeconômicas (a mãe é diarista) não ser das melhores.

A sua compreensão de cuidado está relacionada, no seu repertório imagético, à atenção, ao carinho e ao amor de sua mãe, de modo que o processo de ancoragem desta revela uma união da familiaridade do cuidado com sua realidade simbólica do zelo de sua genitora e dos recentes conflitos no ambiente de conflito familiar decorrentes de seus estudos e, sobretudo, do seu contato com a teoria marxista durante o período em que cursava a faculdade.

---

<sup>39</sup> *Aurélia* é pseudônimos inspirados na obra Senhora, de José de Alencar.

A sua graduação em Ciências Sociais foi um fator de preocupação de sua genitora pois, no aspecto religioso, seus familiares, que são adeptos de denominação evangélica neopentecostal, cuja doutrina de fé não é compatível em tese com a doutrina marxista, desencadeou contestações político-religiosas no ambiente doméstico.

Esses pequenos conflitos relatados de forma superficial podem ser compreendidos como fatos opostos ao cuidado, que confirmam o senso comum, levando à conclusão de uma representação de que cuidar, para *Aurélia*, também é respeitar as diferenças, as opiniões de ideia, é ser tratada com carinho, atenção e respeito por todos os envolvidos no processo de cuidar e pelas pessoas, em geral.

Esta conclusão é reforçada, porque na compreensão de *Aurélia*, a pessoa com sofrimento psíquico é vista com preconceitos pela sociedade em geral, sendo que isto acaba influenciando e contribuindo para a perpetuação de estigmas, preconceitos e até mesmo para justificativas de segregação social, conforme revelado na sua fala:

— Preconceito. [silêncio]. Ah! com certeza. Tanto é que isso, que a primeira vez que minha mãe falou, a primeira resistência maior era a minha, quando ela falou vamos tratar, vamos procurar, eu comecei a procurar psicólogo, porque eu achei legal a psicologia, agora aí quando falou psiquiatria eu falei calma, porque aí atrapalha a minha questão dos meus estudos, praticamente isto vai ter que ir por água abaixo, meus estudos, minha oportunidade de trabalho, de me realizar enquanto mulher que trabalha.

Segundo a narrativa de *Aurélia*, o preconceito em relação ao sofrimento psíquico é uma constatação, real e simbólica, no seu cotidiano, tanto que ela mesma confirma a sua resistência ao tratamento, porque “atrapalha” os estudos, as oportunidades de trabalho e a realização enquanto mulher, pois o “louco”, como ela mesma disse, “não é bem-visto pela sociedade”.

Para *Aurélia*, o fato dela ter de fazer tratamento e acompanhamento no CAPS III representa um “*carimbo de loucura*”, tanto que ela diz: “pessoas continuam com esse preconceito”, refletindo a sua compreensão simbólica de que quem procura tratamento com psiquiatra é “louco” e, por isso, desperta receios, medo e incompreensões no ambiente social.

Prosseguindo, *Aurélia* comenta sobre o cuidado que recebe da equipe de saúde, fazendo referência aos serviços que lhes são oferecidos e, até mesmo, um tipo de avaliação positiva quando afirmou: “tem sido até atenciosos sim, em alguns aspectos sim, não tenho o que reclamar não”.

No entanto, nesse momento foi possível verificar que o tom de voz abaixou, a expressão facial se tornou mais desconfiada e o relato ficou mais acelerado (observações

anotadas em diário de campo), deixando transparecer um desejo de encerrar logo este assunto. Mesmo assim, ela comentou sobre a medicação, que considera excessiva, dos seus efeitos colaterais e dos cuidados com dosagem. Na sequência, comentou sobre a enfermagem e sobre a estrutura física da unidade do CAPS III. Sobre a enfermagem disse o seguinte:

— Tem a enfermagem feminina né?, bom eu tenho medo de enfermagem né? tenho, ai, sei lá, tenho medo, tenho, tenho receio. Tem profissões que não pode ter erro né? nenhum tipo de erro senão (mudança de expressão facial, franzindo o nariz e lateralizando olhar). Eu acho que não deve ser fácil mexer com o ser humano né? e eles também devem ter uma carga muito pesada sobre eles também, assim como a gente, fica meio tenso, eles ficam também, não deve ser fácil não (grifo nosso).

Inferimos nesta fala de *Aurélia* que ela tem sentimentos de desconfiança ou desconforto em relação aos cuidados da equipe de enfermagem. Pareceu-nos que ela teme “represálias”, porque quando começou a comentar sobre os cuidados da equipe de saúde do CAPS III, as suas emoções reveladas na mudança do tom da voz, nas expressões faciais, indicaram significados negativos da relação entre paciente e profissional.

A representação que transpareceu na fala é de que a enfermagem pode fazer algum mal ao usuário com sofrimento psíquico (compreensão de *Aurélia*), como, por exemplo, errando propositalmente da dosagem da medicação, já que anteriormente ela tinha comentado sobre medicação excessiva e efeitos colaterais.

A observação de *Aurélia* referente à equipe de saúde reaparece no diálogo de *Olga* que, quando percebia a aproximação de funcionários da unidade, mudava sua expressão facial indicando desconfiança, abaixava o tom da sua voz ou fazia pausas e silêncio, retomando sua fala quando percebida que eles se afastavam.

Ela afirmou se sentir bem quando em atendimento na unidade (demonstrando o de falar no recinto do CAPS III), mas que alguns funcionários mereciam “levar uns puxões de cabelo”, porque tratavam mal os pacientes:

— Não tô dizendo que a gente apanha mas a maneira que trata a gente, jeito delas falá com a gente não tem necessidade disso, pois nós já estamos aqui precisando de ajuda, tipo aqui eles tratam a gente como se fosse animal, hum rum [gesto de confirmação com a cabeça] sabia? Verdade. É tipo assim uma hora é boazinha na frente dos outros, como e que fala o negócio é o lobo vestido de cordeiro (grifo nosso).

Nestes diálogos narrativos transparece uma compreensão de senso comum de medo ou receio da equipe de saúde, sobretudo da enfermagem, que é associada, no repertório imagético de *Aurélia*, como uma profissão que não admite erros, porque pode ter graves consequências. Por sua vez, essa compreensão ganha concretude em sua realidade simbólica, revelada na modificação da expressão facial e no tom grave quando ela diz: “fica meio tenso”.

Esta mesma compreensão é repetida na fala de *Olga* que acrescenta o fato de serem tratados como “animal”, demonstrando a sua revolta com funcionários da unidade que são comparados a “lobo vestido de cordeiro”, no significado popular que diz sobre uma pessoa ruim se passando por bondosa.

*Aurélia* prossegue comentando sobre a estrutura da unidade, apontando a necessidade de maiores investimentos em infraestrutura para comportar os usuários, relacionando a melhoria das condições dos equipamentos públicos às necessidades de cuidado.

Na sequência, sobre as suas estratégias de autocuidado, ela disse o seguinte:

— Ah! Eu amo caminhar, eu amo ver gente alegre, feliz, eu amo saber? A natureza. Prisão não. Aqui é uma prisão, prisão aqui, pra mim é porque, pra caminhar a gente tem que pegar uma autorização, mas eu acho que é uma questão de cuidado deles, não é só eu que estou aqui sentada, é pacientes de diversas, de diversas formas. Então o que é isso? É prisão (grifo nosso).

Verificamos nesta fala as estratégias compensatórias de *Aurélia*, relacionadas a caminhar, ver gente feliz e estar em contato com a natureza. No entanto, o espaço institucional da unidade de saúde representa para ela uma prisão, sendo que até para caminhar no seu ambiente interno é necessária uma “autorização”.

Isso, na sua compreensão, não combina com a noção de cuidado, pois traz como consequências a falta de atividade dos pacientes, deixando-os contidos, não contribuindo para melhoria de suas condições de saúde, tal qual um prisioneiro condenado por crime que tem a liberdade cerceada. Nessa situação, é possível traçar um paralelo entre a pessoa com sofrimento psíquico e um condenado por crime; ambos estão fora da sociedade, segregados em prisões.

Sobre sua doença, *Aurélia* revelou não compreender com absoluta certeza as razões pelas quais estava internada no CAPS: “também queria saber o porquê que eu tô aqui”, revelando que as informações que lhe passam é porque estaria “meio depressiva”. Talvez esta seja a estratégia da equipe de saúde no manejo do paciente com determinado tipo de sofrimento psíquico. Mas é fato que nossa interlocutora, no momento de nossa conversação, demonstrava normalidade de pensamentos, desfazendo o mito de que toda pessoa com sofrimento psíquico tem a sua capacidade cognitiva prejudicada.

Continuando, sobre as causas de sua enfermidade, apesar de desconhecer o seu diagnóstico, associa-a a causas naturais. Entretanto, pondera sobre o aspecto religioso e disse:

— A religião as vezes acaba atingindo, mas eu gosto da igreja [pausa e coloca a mão no rosto]. Eu me sinto bem na igreja. Minha mãe é bastante religiosa, mas também

tem as questões pessoais dela. Ela acha que isso não é coisa de Deus não, sei lá! [expressão facial de dúvida]. (grifo nosso)

Uma vez mais a associação do sofrimento psíquico a causas sobrenaturais deixa transparecer a permanência dessa mentalidade na voz de quem é acometido por uma doença da mente, mesmo possuindo cabedal intelectual para diferenciar o sagrado do profano, já que *Aurélia*, como já relatado, é graduada em Ciência Sociais. Apesar disso, a força da religião impõe ainda a dúvida se a doença mental é ou não associada ao diabo.

Seguimos analisando a narrativa de *Carlos Abílio*, usuário de drogas lícitas e ilícitas, com 23 anos, desempregado e que no momento de nossa interlocução estava internado há sete dias na unidade de saúde. Ele relatou que já tivera outras internações e que iniciou no “mundo das drogas” aos 17 anos de idade, levado por amizades.

*Carlos Abílio* declarou que faz o uso de cocaína, maconha e bebida alcoólica, que não chegou a concluir o Ensino Fundamental, porque foi nesse período que se tornou “viciado” e sempre que tentava “parar”, tinha uma recaída e não conseguia concluir as séries faltantes.

Quando perguntado o que significava cuidado, após uma pausa de mais ou menos seis segundos, ele respondeu o seguinte: “Hum, hum! [pensativo, cabisbaixo] respeito, amor, né! Amor! esse caminho aqui de droga é duro, mais atenção mesmo”. Na compreensão de *Carlos Abílio*, o cuidado remete a signos de respeito, carinho, amor e mais atenção. Suas palavras trazem significados semânticos que guardam similitude com o revelado em outras narrativas a respeito dessa temática.

Cabe aqui comentar que quando nosso interlocutor fez uma pausa para responder, ele estava quieto, cabisbaixo, como se, na sua condição de usuário de substâncias psicoativas, não tivesse direito de ser cuidado. A vergonha com a pregunta parecia evidente e, até certo modo, constrangedora. Mas prosseguindo, lhe perguntamos como a sua família o cuidava. Ele nos respondeu o seguinte:

— É minha mãe! Ela cuida com o maior carinho né, eu que sou meio ignorante ruim, muito chato, brigo com ela, bate aquela ansiedade sem limite ne mim, aquela loucura eu piro por causa da ansiedade de usa. Vixe! muito carinho comigo, o amor que ela tem, se não fosse ela eu já estava morto já. Verdade. Ela sofre, eu já vi ela chorando (pausa longa, expressão facial de tristeza), já vi.

A familiarização da compreensão de cuidado por *Carlos Abílio*, em seu repertório imagético, remete aos cuidados recebidos de sua mãe, que dele cuida com o “maior carinho” e, provavelmente, é a única que lhe dá atenção na família, já que ele nada mencionou sobre o pai ou algum outro parente no decorrer da nossa conversa.

Na sequência, uma vez tornado familiar a sua compreensão de cuidado, há uma naturalização dessa compreensão quando ele diz que se não fosse a mãe cuidando dele, provavelmente já teria morrido. Com isto, fecha-se se o ciclo de construção de significado de cuidado para ele, cuja realidade simbólica se dá no cuidado que sua mãe lhe proporciona, mesmo diante das brigas, da angústia e da ansiedade para usar as substâncias psicoativas.

Em relação ao cuidado no CAPS, *Carlos Abílio* relatou gostar do local, que para ele é “da hora!” (muito bom). No entanto, repete o diálogo de que são necessários melhorias na estrutura: “podia melhorá um pouco”, com a construção de um campo de futebol para distração dos usuários. Nas atuais condições, os internos passam o tempo na ociosidade, “nós só fica parado aqui”, quando poderiam fazer alguma atividade recreativa, podendo ser uma estratégia mais que necessária, dada a condição do público ali atendido, na sua maioria de jovens.

A falta de espaço de lazer dentro da unidade, na compreensão de *Carlos Abílio*, tem o significado de não cuidado, de descuido, de negligência no cuidado, pois ele fica ansioso por falta de atividades, ou andando de um lado para o outro, como a maioria dos pacientes lá internados. Também percebe a unidade com um aspecto de prisão quando afirma:

— Não sai, fica aqui dentro, só sai pra fora quando vai na praça mas só acompanhado pelo professor, mas até proibiram de nós de ir ali, por causa dos cara que fica alí, que vende maconha entendeu, e fica chamando a gente e falando vamo sai daí, tentando tirar a gente, é coisa do cão.

Nessa fala vemos que, apesar do modelo assistencial preconizar que os portões da unidade devem permanecer abertos, na realidade vivenciada por *Carlos Abílio* sua liberdade é circunscrita aos limites físicos da unidade de saúde mental, só podendo sair quando acompanhado de um “professor”. Sua narrativa corrobora outras visões de usuários que compararam o CAPS a uma prisão. No caso dele, é justificado por, no exterior da unidade, existirem pessoas que vendem drogas ilícitas (maconha) e que ficam oferecendo aos pacientes, “e fica chamando a gente”. Então ele tende a aceitar a restrições de liberdade, a falta de espaço e de lazer, porque ainda lhe parece melhor que as drogas ilícitas, que nas suas palavras “é coisa do cão”.

Na sequência, nosso interlocutor fala sobre a medicação recebida, reclamando da quantidade de remédios que necessita tomar, o que foi por nós percebido, pois sua fala estava arrastada, lenta (disartria), consequências dos efeitos colaterais da medicação. No entanto, ele compreendia, naquele momento, a sua necessidade da medicação, porque lhe “tira a ansiedade” e contribui para mantê-lo afastado das drogas.

Sobre terapia em grupo, *Carlos Abílio* explicou da sua limitação em falar em público quando os pacientes são chamados em roda de conversa: “Aqui (sinalizando o ambiente do CAPS III) eles chamam todo mundo no meio e começa a falar. Assim não dá né? Eu não consigo falar no meio das gente, eu tenho vergonha, agora com nós dois aqui tá tranquilo”. Notamos nessa fala uma deficiência nas ações de cuidado, sobretudo no que concerne a terapias individualizadas para aqueles pacientes que possuem dificuldades ou se constrangem em participar de terapias em grupo. De fato, nesse aspecto, a atenção psicossocial deveria prever meios de terapia individual de acordo com as necessidades e limitações de cada usuário.

Dando prosseguimento a nosso diálogo, como se quisesse desabafar, *Carlos Abílio* contou a passagem de sua vida em que ficou oito dias na UPA à espera de uma vaga no CAPS III, mostrando as cicatrizes nos braços devido o uso de contenção, ficando amarrado sem nenhum aviso ou explicação do porquê daquele procedimento: “não falaram nada me pegaram, me amarraram e já era”. *Carlos Abílio* viu na sua contenção mecânica uma brutalidade que, para ele, ficou caracterizado como maus-tratos, causando-lhe muita tristeza e revolta. Sobre o seu transtorno ele disse: “Ué! É droga. Tem jeito não. É pará, é assim. E eles falam”. Nesse momento, quando nosso interlocutor arrematou com “eles falam”, nossa percepção foi de que ele reclamava da falta de apoio, de um atendimento individualizado, pois a frase veio com um tom pejorativo.

Sobre a sua compreensão do uso de drogas ilícitas ele disse:

— É coisa do cão, do capeta. Eu sofro, eu não consigo ir pra frente, comprar meu carro, minhas roupas arrumar minha casa, isso aí que não deixa eu ir pra frente, por causa da droga entendeu. Isso causa tristeza, angústia, ansiedade entendeu? E tem a ver com a religião. Tem por que ele sabe, o diabo que oferece, vem do ninho dele (grifo nosso).

Na compreensão de *Carlos Abílio*, o uso de drogas ilícitas é associado a ofertas do diabo, por isso ele diz: “vem do ninho dele”. Ele tem plena consciência de que o seu vício atrapalha a sua vida “eu não consigo ir pra frente”, impedindo-o de perseguir seus sonhos de ter um carro, uma casa arrumada e até de comprar roupas. A compreensão de senso comum que transparece na fala é de que a droga é “coisa do cão”, do diabo, corroborando com outras falas que associam o sofrimento psíquico a influências maléficas. O ajustamento desta compreensão é correlacionado no seu repertório imagético com a tristeza, a angústia e a ansiedade que o uso de drogas causa.

Analisemos agora o que nos disse *Joãozinho Bem-bem*,<sup>40</sup> 35 anos, diagnóstico de transtorno afetivo bipolar, aposentado por invalidez. Ele nos relatou que teve uma vida normal até por volta dos 31 anos, quando ainda era casado, mas que, em decorrência de uma desavença com o patrão de sua falecida esposa, foi baleado com sete tiros e ficou paraplégico, numa “cadeira de roda desde 2016”. Nesse ano, no mesmo episódio, sua esposa foi assassinada pelo antigo patrão. A desavença ocorreu, porque sua falecida esposa teria descoberto uma relação extraconjugal do patrão (traição) e teria relatado esse fato à esposa dele, desencadeando uma série de desavenças que terminou com a morte dela e ele, paraplégico.

*Joãozinho Bem-bem* também referiu que, quando era jovem, apresentava hiperatividade, mas depois passou a apresentar surtos psicóticos e que, atualmente, faz tratamento para transtorno Bipolar. Relatou que possui ideação suicida, tendo tentado se matar por sete vezes, sem sucesso, mas já estava planejando a oitava. Disse que na última vez tentou se jogar de um viaduto, não conseguindo passar por cima da mureta, sendo retirado por pessoas que passavam no local. Disse ainda que já passou por várias internações psiquiátricas e há cinco meses frequenta diariamente o CAPS III. Quando questionado sobre como comprehende o cuidado, ele disse:

— É o que a minha mãe faz, minha mãe é viva, graças a Deus! Me ajuda a tomar banho. Eu tenho escara (úlcera por pressão), ela que cuida, que faz o curativo, ela cuida da minha medicação, porque se deixar comigo eu tomo tudo, porque a última vez que eu peguei a medicação, eu tomei tudo para eu me matar e daí acordei no UPA, cheio de treco no nariz, daí depois eu vim pra cá no CAPS.

Mais uma vez, a compreensão de cuidado se repete, ainda que não com as mesmas palavras, mas com o mesmo significado ou similar as demais falas. Ainda que não expresso, que implícito, circunda os aspectos de atenção, zelo e amor, refletido nas ações dedicas de sua mãe. Por isso que, em tom de alívio, ele diz: “graças a Deus”, como se quisesse dizer que se sua genitora não fosse viva, provavelmente a sua situação estaria muito pior.

No seu repertório imagético, o cuidado é relacionado à ajuda no banho, no tratamento das feridas, na administração controlada e correta da medicação, promovidos por sua cuidadora que, na sua compreensão, é o que lhe mantém ainda vivo, porque se depender só dele, ele toma toda a medicação de uma só vez para pôr fim a sua vida, já que tem recorrente ideação suicida.

---

<sup>40</sup> Joãozinho Bem-bem é pseudônimo inspirado na obra Grande Sertão: Veredas, de Guimarães Rosa.

Por sua vez, a união da relação entre o cuidado associado com o promovido por sua mãe (banho, curativo e medicação), com a sua realidade objetiva, ganha concretude quando ele diz: “se deixar comigo eu tomo tudo, porque a última vez que eu peguei a medicação, eu tomei tudo para eu me matar e daí acordei no UPA”, demonstrando já não ter mais preocupação com seu autocuidado, com a sua vida, pois quando teve oportunidade, fez uso de toda a medicação, numa frustrada tentativa de suicídio.

*Joãozinho Bem-bem* prossegue comentando o sofrimento de sua mãe em vê-lo daquele jeito, prostrado em uma cadeira de rodas, quando, a bem pouco tempo, ele era um homem no vigor de sua juventude, ativo e trabalhador. Isso fez com que o seu quadro depressivo se agravasse, deixando-o com sentimento de culpa, pois, dos quatro filhos dela, ele é o único que com ela reside e “depende para tudo”.

Sobre o cuidado que recebe na unidade de saúde mental (CAPS III), nosso interlocutor referiu se sentir bem na unidade, dizendo conhecer todos os funcionários e que eles o “tratam super bem”. Comenta que considera o espaço físico do CAPS III adequado e com muitas atividades, como jogos, pintura e crochê, mas confessa que não gosta de participar, mas que faz para passar o tempo. Disse que geralmente as oficinas ocorrem no período da manhã, sendo a tarde mais ociosa, quando o tempo demora a passar, fato que o deixa desanimado.

Sobre a sua doença, *Joãozinho Bem-bem* disse que nunca lhe explicaram detalhadamente, apenas o nome, mas que fica a base de calmante e remédios para dormir. Sobre o que significa a doença para ele, respondeu o seguinte:

— É difícil. Eu ouço as vozes falando que eu não sirvo pra nada, covarde, vai lá e se mata, você não tem coragem pra isso, daí eu vou lá e tento, assim tá minha vida (grifo nosso)

Apesar do diagnóstico de transtorno afetivo bipolar, pode-se perceber que *Joãozinho Bem-bem* apresenta traços de delírio psicótico (ouço vozes) de ideação suicida, já tendo cometido contra a própria vida em diversas oportunidades, como ele mesmo relatou. Inferimos nessas suas várias tentativas de suicídio um meio de fuga de sua realidade objetiva, a qual *Joãozinho Bem-bem* sofre por não mais poder ter uma vida normal como tinha antes da tentativa de homicídio. Por isso ele diz que não acredita mais em Deus, pois já frequentou a igreja e sempre tem “uma conversinha no seu ouvido, há Deus tem um propósito na sua vida, você vai começar a andar, cada um tem uma conversa, e eu ando desacreditado”, demonstrando a sua revolta interna com a sua situação de paraplegia que, por sua vez, alimenta a sua vontade de morrer.

Por fim, diz: “eu não sinto tristeza, isso me causa um ódio, ódio do mundo, por isso eu não gosto de me envolver socialmente”, deixando transparecer, no final da sua fala, a tristeza, ainda que negada e o ódio da sua condição de deficiente físico. Além de tudo, possui sofrimento psíquico cuja consequência é o seu auto isolamento social que, por sua vez, agrava o seu quadro de bipolaridade.

Apresentamos agora o diálogo narrativo de *Isabel Abílio*<sup>41</sup>, adolescente de 14 anos, estudante, com diagnóstico de transtorno afetivo bipolar. Revelou que a relação conjugal dos pais é bastante conturbada. Disse ainda que foi abusada sexualmente por um amigo, mas que se manteve calada. Ela apresentava quadro de depressão, com ideação e tentativas de suicídio.

Sobre a sua compreensão de cuidado ela disse:

— Olha na verdade eu sou uma pessoa meio difícil de ser cuidada porque eu não gosto de, de muito carinho, não gosto de ser abraçada toda hora, um abraço só já tá valendo, e também aquela melação sabe? Toda hora tá em cima, eu não gosto não. Parece que fica toda hora lembrando a gente, sabe? De coisas, que não tá bem.

Nota-se no diálogo de *Isabel Abílio* certa resistência na demonstração de afeto e ao toque, revelada quando ela diz que não gosta muito de ser abraçada o tempo todo, e nem aquela “melação”, expressão que comprehende a demonstração de afeto demasiado, atenção excessiva. Para ela, esses excessos são reforços da lembrança do seu abuso sexual, por isso ela disse: “parece que fica toda hora lembrando a gente, sabe? De coisas, que não tá bem”.

Prosseguindo em sua fala, ela afirmou que existem algumas rusgas dentro da família em relação a sua doença, que o pai acha “frescura, coisa do cão” e o irmão não tem opinião, apenas a sua mãe entende o que ela passa, afirmando ainda que: “Mas minha mãe não, ela deixou de trabalhar pra ficar me acompanhando nos médicos, financeiro também atrapalha, e as vezes eu me sinto culpada”.

A exemplo de outras manifestações, a compreensão de cuidado se repete na atenção, carinho e dedicação de uma mãe que, inclusive, deixou de trabalhar para acompanhar nossa interlocutora nos atendimentos de que ela necessita. A ancoragem dessa compreensão de senso comum de cuidado, no repertório imagético de *Isabel Abílio*, associado à dedicação de sua mãe, ao carinho na medida, ao abraço somente quando necessário, ao constante acompanhamento nos tratamentos médicos e do zelo para com a filha, revelados no momento da sua fala, demonstram admiração (impressão anotada no diário de campo).

---

<sup>41</sup> Isabel Abílio é pseudônimo inspirado na obra Éramos Seis, de Maria José Dupré.

Por sua vez, essa compreensão ganha ares de concretude quando a mãe de *Isabel Abílio* deixou de trabalhar para se dedicar aos cuidados dela, demonstrado a solidez da construção de uma representação medida pela atenção que sua mãe lhe proporciona.

Com relação ao cuidado da equipe de saúde, nossa interlocutora relaciona as conversas com a psicóloga, porque esta lhe dá conselhos e ela nunca precisou trocar, fato que, para nós, demonstra que o estabelecimento e manutenção de vínculo é fundamental num processo de acompanhamento da pessoa com sofrimento psíquico.

A única ressalva que *Isabel Abílio* faz é em relação a distância do CAPS III, tendo ela que acordar muito cedo, porque suas consultas psicológicas são sempre agendadas para às 7h. Sobre o significado da sua doença, ela disse:

— Ah eu sinto, sei lá, é tantos problemas que a gente passa na vida, por mais que seja adolescente, dentro de mim eu me sinto muito machucada, dói, as vezes dá para explicar, as vezes não, tem vez que bate uma tristeza que nem eu sei de onde vem, já tive vontade de morrer, já tentei fazer eu tomei bastante remédio. Já falei né que meu pai acha que sou manhosa, de frescura, que parece coisa ruim, do cão né? Aqui fala outra coisa [mostra com gesto o ambiente do CAPS III] A gente fica perdida [silêncio].

Inferimos que *Isabel Abílio*, apesar da pouca idade, se sente muito machucada pela vida e talvez os acontecimentos pelos quais ela passou tenham provocado o agravamento de seu sofrimento psíquico a ponto dela se sentir muito ferida, triste e com vontade de morrer. Tais sintomas são até comuns nesses casos, razão pela qual à necessidade de acompanhamento constante. O fato do pai achar que é frescura, “coisa do cão”, reforça o preconceito de que a doença mental é associada a causas sobrenaturais, o que também tem se mostrado constante nos diálogos analisados.

Entretanto, o ambiente do CAPS III, demonstrado ao final de sua fala, indica decepção e contrariedade, pois diante de tantas pessoas com transtornos, dos quadros graves de loucura, nossa interlocutora completa “a gente fica perdida”. Tal frase, acompanhada de seu silêncio, deixa a forte marca daquilo que acontece e sente uma pessoa com sofrimento psíquico: estar perdido num mundo que ele não comprehende.

Por sua vez *Emília*,<sup>42</sup> uma senhora com 50 anos, casada, mãe de três filhos, atualmente residindo com seu esposo e um dos filhos, diagnosticada com transtorno afetivo bipolar há mais de 15 anos, podemos perceber sentimentos de baixa autoestima quando ela diz: “me sinto um lixo, uma coisa sem valor pra sociedade”.

---

<sup>42</sup> Emilia é pseudônimo inspirado na obra Senhora, de José de Alencar.

Na compreensão de *Emília*, cuidado é ter sempre alguém por perto, na sua companhia, para conversar, pois seu marido e filho trabalham o dia inteiro e ela se sente meio que abandonada. Mas para ela, quem sabe cuidar é a família: “eles me cuidam bem”. Já o cuidado da equipe de saúde, na sua perspectiva, tem predileção para determinados perfis de paciente: “parece que gosta mais de uns de que de outros”, além de falta de afinidade com o trabalho em saúde mental: “eles não gostam de trabalhar”.

Sobre o sofrimento psíquico que apresenta, *Emília* revela compreensão: “o médico sempre fala que eu tenho transtorno bipolar”, com traços de autismo “eu posso ter até grau de autismo”. Já sobre suas causas, acredita que a doença tem fundo em causas sobrenaturais “Acho que é macumba. Deus quer que eu sofro”, repetindo o mesmo entendimento de outros participantes do estudo.

A compreensão de cuidado de *Maritornes* é semelhante. Ela é casada, possui 56 anos de idade e foi diagnosticada com transtorno afetivo bipolar. Mãe de dois filhos, um deles está no serviço militar e o mais jovem começou a se envolver com substâncias psicoativas. A situação deste filho lhe causa muita tristeza e a deixa deprimida, conforme relatou.

Para *Maritornes*, o cuidado está relacionado à administração correta todos os dias, como faz seu esposo, familiar que dela cuida, mas não gosta de “muito mi mi mi”, ou seja, de muita paparicarão sem motivo, como se fosse uma doente.

Sobre a equipe de saúde, relaciona o cuidado com a terapia, os cursos “que dão algum ânimo”, mas considera ruim não ter “um lugar para conversar”, para falar sobre os seus problemas, reservadamente e não em público, nas terapias de grupo. Observou descaso “... na hora da consulta o profissional ficar mexendo no celular a todo instante”, aparentemente sem dar atenção ao que lhe era relatado durante a consulta.

Em relação a sua doença, *Maritornes* disse: “Não é ‘coisa boa, é ruinzeira’, deixando entender que pode haver alguma influência de forças que ela desconhece na sua causa, confirmado pelo balançar da cabeça e da expressão facial denotando certo espanto, talvez associando-a a causas sobrenaturais (influência do diabo), como visto noutras falas.

No relato de *Gil Bernardes*<sup>43</sup> a compreensão de cuidado é revelada pela via da falta de cuidados durante a maior parte de sua vida. Ele é usuário de substâncias psicoativas há mais de 22 anos e no dia da entrevista contava com 36 anos de idade, estando internado há mais de 11 dias no CAPS AD.

---

<sup>43</sup> Gil Bernardes é pseudônimo inspirado na obra O Alienista, de Machado de Assis.

Nosso diálogo foi realizado no horário da visita e a unidade estava com a capacidade de ocupação no seu limite. A conversa ocorreu em uma sala que estava desocupada no momento, tendo sido mantida a porta entreaberta por questões de segurança. Revelou compreender o cuidado à pessoa com sofrimento psíquico pela ausência de cuidados, pois está fora de casa desde os 13 anos de idade: “cuidado de modo geral, oh! eu vou te falar uma coisa, eu não sou muito desse negócio de ser cuidado, porque eu fui pra rua aos 13 anos eu não tive cuidados, entende?”.

Hoje, sua parca reminiscência do que é ser cuidado pela família está relacionado à atenção de sua companheira “[...] ela tem muito zelo, ela me ajuda bastante, e ela ajuda com mantimentos, traz iogurte, bolachas essas coisas né”.

No que se refere aos cuidados proporcionados pela equipe de saúde, sua compreensão revela as ambiguidades de quem viveu nas ruas desde o início da adolescência. Apesar do tratamento ríspido de alguns funcionários que “são meio chato”, entende que isso é normal, pois no CAPS há uma regra de que “se o usuário não obedecer bronca e punição”.

Como já está acostumado a obedecer às leis da rua, que são mais severas, eventuais punições aplicadas no ambiente de saúde, para ele, são consideradas normais. Também compara a unidade de saúde a uma prisão, pois, para ele há uma sensação estranha de “estar preso com o portão aberto”.

A falta de cuidado institucional é revelada quando *Gil Bernardes* reclama do banheiro da unidade que, na sua percepção, precisa ser reformado porque “é muito sujo e fede pra car\*\*...” [supressão da palavra de baixo calão]. Sobre o uso de drogas, relaciona à interferência do diabo: “é coisa do cão”. Apesar disso, disse que não consegue ficar sem fazer uso: “se tirar ele fica louco”, apesar de manifestar desejo de parar com seu uso.

Também com experiência de morar na rua por mais de um ano, *Garcia*<sup>44</sup>, um jovem de 26 anos de idade, usuário de substâncias psicoativas (crack) e diagnosticado com esquizofrenia, deixou-nos o seu relato. Ele disse que está fazendo tratamento na unidade de saúde há mais de cinco meses, que possui dois irmãos menores e que ajudam nos cuidados dele. Quando indagado como ele comprehende o cuidado, após uma pausa reflexiva, *Garcia* respondeu:

— O que eu acho que é cuidado? Cuidado é uma pessoa bem, com saúde, é tratar bem, com respeito, é ter educação, isso é tudo. Na rua não tinha não, era bastante

---

<sup>44</sup> Garcia é pseudônimo inspirado na obra O Alienista, de Machado de Assis.

diferença, bastante, passava nem olhava, outros xingavam, vagabundo, vai achá o que fazer, essas coisas que dói né?

A relação que faz do cuidado com o tratamento condigno com a condição de humano, o respeito, a educação, são parte do repertório imagético de *Garcia* referente ao que ele comprehende como ser bem cuidado. Nesse aspecto, a materialidade dessa compreensão está ao cuidado que lhe é proporcionado por sua mãe, demonstrado no respeito e carinho. Por outro lado, conhece a face do descaso pela própria experiência de rua, onde era exposto a xingamentos e indiferença.

Especificamente sobre o cuidado dispensado pela equipe de saúde, faz uma comparação com a sua experiência da rua, dizendo que na unidade o cuidado é muito melhor, mas que “[...] não é 100% porque tem funcionários que olham de cara feia” e até “internos”, utilizando uma terminologia própria do sistema carcerário para se referir aos demais pacientes com transtornos mentais, o que ressalta o espectro de prisão representado pela unidade de saúde mental.

Por fim, *Garcia* demonstrou conhecer os efeitos deletérios do uso de substâncias psicoativas: “é droga né?”. Também relacionou possível causa de influência sobrenatural: “tem a ver com religião, ou não, ou sim, não tenho certeza”, corroborando com outras falas nesse mesmo sentido.

Dizendo estar internada há mais de 10 dias devido uma crise de ansiedade, *Mariquinhas*, estudante, 20 anos, nos disse que já havia sido internada outras vezes, sendo que sua mãe e sua irmã são os principais familiares responsáveis por seus cuidados. Elas a visitavam naquele momento e confirmaram. Foi percebido que tanto a mãe quanto a irmã demonstravam atenção e carinho com ela. Sobre sua compreensão de cuidado ela disse:

— É atenção, é cuidado, carinho, me trata bem, com respeito, preocupar pra que eu fique bem, apoiar é amor né? Eu gosto né? Mas quem não gosta né?

A fala de *Mariquinhas* também corrobora com as demais falas, nas quais o carinho, o respeito e a atenção demarcam os conteúdos semânticos da ancoragem da compreensão de cuidado, de modo que a pessoa com sofrimento psíquico, na sua lucidez, vai comprehendê-lo do mesmo modo como qualquer ser humano dito “normal”, entre aspas justamente para ressaltar a relatividade do termo.

No que se refere aos cuidados da equipe multiprofissional da unidade de saúde, nossa interlocutora disse que os “[...] funcionários cuidam bem”. Entretanto, observa o descuido por

parte do aparato institucional quando diz que precisa de outras atividades: “não tem mais pintura, não dá para ficar só parada esperando o tempo passar”.

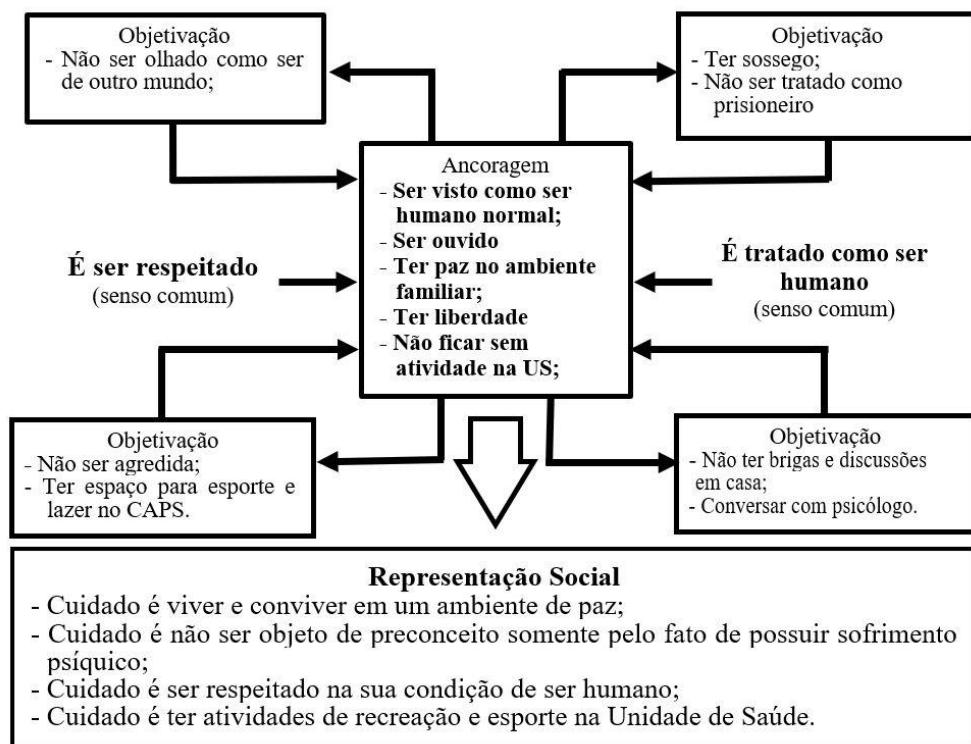
Questionada sobre a sua compreensão de sofrimento psíquico, *Mariquinhas* disse:

— Não tem explicação, é um sentimento bem ruim, mas eu acho que tem que se tratar porque é horrível este sentimento. Ah! tipo as pessoas pensam que essa doença é falta de trabalho, mas realmente não é falta de trabalho, porque eu trabalho em dois empregos. E tem preconceito, acham que é frescura, falta de fazer.

Podemos notar na fala de *Mariquinhas* que a pessoa com sofrimento psíquico pode apresentar sentimentos deletérios em relação a sua condição, sendo que o preconceito, ainda persistente na sociedade, é compreendido como fator agravante e que prejudica no processo de recuperação, justamente porque as pessoas “acham que é frescura” ou “falta de fazer”.

À medida que as análises avançam, percebemos a repetição dos mesmos conteúdos de fala, de como a pessoa com sofrimento psíquico comprehende como cuidado e como isto leva à construção de representações sociais, reveladas a partir da constatação de comprehensões de senso comum similares, confirmadas por processos de ancoragem e objetivação semelhantes que, sob o enfoque da teoria moscoviciana, revelam realidades consensuais de comprehensão de cuidado. O modo como essas representações sociais foram comprehendidas e construídas pelos participantes do estudo é demonstrado na Figura 7.

**Figura 7** Fluxograma das Representações Sociais de Cuidado – Pessoa com Sofrimento Psíquico



**Fonte:** Elaborado pelos autores

Também podemos notar que elas revelam as estratégias compensatórias representadas nas hipóteses de desiderabilidade e hipóteses de desequilíbrio concebidas na fala dos participantes com sofrimento psíquico, na sua configuração/confirmação das representações sociais construídas sobre o cuidado recebido de seus familiares cuidadores e integrantes da equipe de saúde mental, conforme representado no Quadro 2.

**Quadro 2** Estratégias Compensatórias - Pessoa com Sofrimento psíquico.

1.	Nome: Emília	Diagnóstico do transtorno: Transtorno afetivo bipolar
Estratégia revelada no diálogo:		
— Faço as coisas em casa, fico quieta, falando com Deus		
Hipótese de desiderabilidade:		
Se ocupar com os afazeres do lar e silêncio (ficar quieta em casa).		
Hipótese de desequilíbrio:		
Falar com Deus.		
2.	Nome: Maritornes	Diagnóstico do transtorno: para Transtorno Bipolar
Estratégia revelada no diálogo:		
— Fico quieta em casa, no meu canto, para ninguém me torrar. As vezes faço terapia, mas não gosto daquela com todo mundo, sozinha é melhor.		
Hipótese de desiderabilidade:		
Ficar em casa sozinha, quieta no seu canto.		
Hipótese de desequilíbrio:		
Fazer terapia individual “sozinha é melhor”.		
3.	Nome: Gil Bernardes	Diagnóstico do transtorno: Usuário de drogas ilícitas
Estratégia revelada no diálogo:		
— Eu nunca tentei, nunca fiz nada, eu preciso de um recomeço porque eu quis usar a coisa, eu queria usar a droga, tô sendo sincero pra você, agora eu tô querendo pará porque tem uma pessoa essa moça (referência à companheira), 8 anos com ela, e ela me ajuda pra caramba, eu já fiquei preso 4 anos na cadeia por tráfico e ela levava as coisas e ficava cuidando de mim, ela sofre, sofre muito sim.		
Hipótese de desiderabilidade:		

Idealiza planos de mudança de vida e de abandonar as drogas.		
Hipótese de desequilíbrio: Recorre a ajuda da companheira, pois já ficou quatro anos preso por tráfico e não quer mais voltar para cadeia		
4. Nome: Mariquinhas Diagnóstico do transtorno: Crise de ansiedade		
Estratégia revelada no discurso: — Tomo remédio, só a medicação que me ajuda, eu treino, faço musculação, ajuda, mas com a crise forte não ajuda não, é só o remédio. Essa crise já vem várias vezes.		
Hipótese de desiderabilidade: Confiar na medicação para superação dos momentos de crise.		
Hipótese de desequilíbrio: Fazer exercício físico “eu treino, faço musculação”.		
5. Nome: Marcela Diagnóstico do transtorno: Esquizofrenia		
Estratégia revelada no discurso: — Eu gosto de lê, de desenhá, dormi, você vai lê, ontem mesmo fiquei aqui fora ali, (mostrando uma cadeira na varanda) a tarde inteira escrevendo e cortando revista.		
Hipótese de desiderabilidade: Leitura, desenhar, fazer atividades ocupacionais		
Hipótese de desequilíbrio: Dormir		
6. Nome: Carlos Abílio Diagnóstico do transtorno: substâncias psicoativas e de transtorno bipolar		
Estratégia revelada no discurso: — Vou lá pego a cocaína lá, vou lá busco mais e cheiro pra passar, é só a droga que vai aliviar.		
Hipótese de desiderabilidade: Usar drogas		
Hipótese de desequilíbrio: Usar drogas		

**Fonte:** Elaborada pelos autores

Demonstrados os tipos de estratégias compensatórias que as pessoas com sofrimento psíquico participantes desse estudo utilizam para melhor ajustamento no ambiente social ou para compensações emocionais, podemos demonstrar, de acordo com o modelo proposto, a arquitetura da construção das representações sociais de cuidado por elas compreendidos, conforme Figura 8.

**Figura 8** Pirâmide de Construção de Representações Sociais - Pessoa com Sofrimento Psíquico



**Fonte:** Elaborado pelos autores

Dos diálogos narrativos analisados, percebemos a emersão de falas com os mesmos significados semânticos, ou similares, cuja compreensão de senso comum de cuidado, na voz da pessoa com sofrimento psíquico, é relacionada ao respeito, atenção, zelo e dedicação, “ser tratado com respeito e educação”.

Ficou demonstrado que, apesar de acometidos de sofrimento psíquico, os participantes compreendem os significados de ser bem cuidado, traçando paralelo com a atenção que recebem de uma mãe, por exemplo, ainda que alguns dos interlocutores, dadas as circunstâncias de vida, tentem apagar as lembranças do que um dia significou para ele ser cuidado em razão da longa convivência na brutalidade das ruas ou dos tempos de internação nos serviços de saúde.

Outros ainda, jovens, têm suas próprias marcas de violência cravada na alma, seja decorrente de um trauma, como o de ser violentado sexualmente pelo próprio pai ou pelo amigo ou de nunca ter sido compreendido como doente pela própria família ou, como doente, tendo que enfrentar a situação de um filho usuário de substâncias psicoativas.

Também podemos inferir que há participantes que compreendem o cuidado ideal pela via do não cuidado, daquilo que eles vivenciam no seu dia a dia, mas que compreendem como sendo algo ruim, como o excesso de medicação, as deficiências da estrutura física que se mostra inadequada para as necessidades dos usuários no CAPS III, a falta de atividade para lazer e atividades físicas, a necessidade de treinamento de servidores para que a “chatice” não seja considerada normal, além do estabelecimento de atendimento psicológico individualizado (terapia individual), pois nem todos os usuários se adaptam bem a terapias em grupo.

Também ressaltamos a necessidade de maiores esclarecimentos aos pacientes das unidades de saúde acerca de seus diagnósticos, evitando e prevenindo a propagação de que o sofrimento psíquico tem causa demoníaca, que serve apenas para reforçar e reafirmar estigmas e preconceitos, além de contribuir para incompreensão dessas doenças e diminuindo as chances de melhora na qualidade de vida deles, como de seus familiares e até mesmo dos trabalhadores no campo da saúde mental.

#### **4.3 DANDO VOZ À EQUIPE MULTIPROFISSIONAL: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE CUIDADO À PESSOA COM SOFRIMENTO PSÍQUICO**

Avançando com a análise, nosso foco será na última categoria de participantes que nos propusemos nesta investigação, ou seja, a Equipe Multiprofissional das Unidades de Saúde Mental (CAPS III), que contou, conforme já expusemos, com profissionais concursados na PMCG/SESAU em suas distintas formações, ou seja: psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos e assistentes sociais.

O CAPS III, conforme já ponderamos no marco teórico, é o dispositivo institucional de saúde que tem por escopo, através de uma equipe multidisciplinar, ofertar assistência e cuidado na sua dimensão biopsicossocial, às pessoas com sofrimento psíquico grave e persistente; bem como as ações de apoio a seus familiares através da promoção de vínculos, do cuidado por meio do acolhimento e do acompanhamento contínuo.

A título de informação, os servidores públicos que trabalham na Rede de Atenção Psicossocial também realizam plantões em outras unidades de saúde do município, prestam serviços em turno de trabalho ininterrupto, como as Unidades de Pronto Atendimento e até

outros CAPS III que não são os mesmo de sua lotação funcional. Desse modo, a percepção que cada um possui acerca da temática investigada sofre as intercessões do pensamento que as variadas comunidades constroem sobre os fenômenos apresentados no seu cotidiano, assumindo um sistema de classificação dentro de uma categoria específica.

Assim, passamos a discorrer sobre a percepção que emergiu nas falas de cada um dos profissionais de equipes de saúdes que se dispuseram a participar da pesquisa, por intermédio da interpretação de cada uma das falas desvelamos realidades vivenciadas por eles na assistência à saúde da pessoa com sofrimento psíquico e do familiar cuidador.

Iniciamos a análise dos diálogos narrativos dos profissionais das equipes de saúde com fala de *Lia*<sup>45</sup>, enfermeira como 20 anos de profissão, em atividade numa unidade CAPS III há mais de 10 anos.

Nossa conversação ocorreu dentro da sala de enfermagem, com a porta entreaberta deixada de propósito, confessada por ela devido à necessidade de ficar atenta aos pacientes que transitavam pelos corredores da unidade.

Sobre a temática do cuidado à pessoa com sofrimento psíquico ela afirmou:

— Nooossa! (neste momento leva as mãos à cabeça e aumenta a entonação da voz) é muito amplo isso (risos) Eéééh!, Nossa! eu acho que é tudo, inclusive da parte clínica, você tem um paciente que as vezes a gente até brinca aqui, os nossos pacientes só têm problema de cabeça, e na verdade não é né?

Nessa primeira fala já é possível observar as primeiras compreensões que relacionam o cuidado ao paciente com sofrimento psíquico a uma atividade bastante complexa, confirmado quando ela diz: “é muito amplo isso”. A amplitude do cuidado é explicada por ela pelas várias profissões envolvidas no ramo da saúde mental (médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, educador físico, etc.), devendo ser compreendido que o paciente com sofrimento psíquico também pode apresentar outras necessidades de saúde: “a gente esquece que ele tem coração, que ele tem pulmão, que ele pode ter câncer, que ele é uma menina, que já iniciou relações sexuais que pode ter infecção sexualmente transmissível, enfim, saúde mental é um cuidado muito amplo”.

Vislumbramos na fala de *Lia* os primeiros lampejos de um senso comum sobre o que o cuidado em saúde mental, na visão dos profissionais de saúde, quando a nossa interlocutora respondeu: “Nooossa! (Neste momento leva as mãos à cabeça) é muito amplo isso (risos) ééééé, nossa! eu acho que é tudo”. Aqui, a demonstração de espanto e o ato de levar as mãos à

---

<sup>45</sup> Lia é pseudônimo inspirado na obra O Enfermeiro, de Machado de Assis.

cabeça revelam que o cuidado é uma atividade bastante complexa e difícil de ser executada para esta profissional de saúde mental. Tal visão se confirma na fala de *Lia* quando ela diz que a pessoa com sofrimento psíquico não possui apenas “problemas na cabeça”, mas que este também pode apresentar problemas cardíacos, pulmonares, câncer e até infecções sexualmente transmissíveis (IST), tanto que ela reforça: “saúde mental é um cuidado muito amplo”.

Nesse momento observamos, também, a construção de um processo de ancoragem ao tornar familiarizado aquela complexidade do cuidado a pessoa com sofrimento psíquico, buscando, no seu conteúdo imagético, os signos que ela pudesse associar tamanha complexidade. Por fim, o processo de objetivação desponta na fala quando *Lia* refere que o cuidado em saúde mental envolve medicação, a busca de um diagnóstico e outras estratégias para melhorar as condições de qualidade de vida, aludindo: “pra gente ele é um todo, o que a gente busca na saúde pública que é vê o integral né?”

Prosseguindo, analisemos a narrativa de *Adelaide*<sup>46</sup>, profissional psicólogo de uma unidade CAPS III. Nossa conversação ocorreu na própria unidade. De início, ela disse que, assim que foi convocada no concurso, há quase dois anos, assumiu sua função naquela unidade. Nosso diálogo aconteceu em sua sala de atendimento e com muitas interferências no seu transcurso, tanto por parte de pessoas com sofrimento psíquico, que ora a interpelavam para questionamentos sobre medicação, ora para querer conversar e até mesmo para saberem quem estava junto dela, já que não conheciam a pesquisadora, bem como dos funcionários da equipe de saúde, solicitando a realização de consultas e outras atividades administrativas.

Porém, pelo diálogo ser em modelo aberto, foi possível a realização de pausas e retomadas várias vezes, sem prejuízo para a coleta dos dados. Questionada sobre a sua percepção em relação ao cuidado à pessoa com sofrimento psíquico, nossa interlocutora disse o seguinte:

— É na verdade eu vejo assim, aqui no CAPS a gente não trabalha com a cura porque o transtorno mental não tem cura né? Não é fácil, mas o que eu noto é que a gente tenta fornecer uma qualidade de vida, então oferece uma medicação, uma escuta, uma atividade lúdica que forneça a esse paciente essa qualidade de vida. Então é assim vê de uma forma que ele dá conta né? E prá alguns é muito angustiante né?

— Então assim, eu vejo que no meu ponto de vista eu não trabalho com a cura, eu trabalho com fornecer uma qualidade de vida, pra que esse paciente consiga viver bem, conviver em sociedade, sem, sem sentir discriminado, ou com vergonha do que ele tem, e conviver com a família, então a gente trabalha com essa função.

---

<sup>46</sup> *Adelaide* é pseudônimo inspirado na obra *Senhora*, de José de Alencar.

— A gente acaba se solidarizando, não sei se essa é a palavra, mas, ficando com esse paciente nesse sentido de as vezes, a família as vez deixa um pouco mais largado, você fica né, mais penalizado por causa da situação ou alguns pacientes que são muito novos eles as vezes não tem o apoio aí você se apega um pouco mais.

A fala de *Adelaide* denota, na sua visão, que o cuidado “não é fácil”, indicando aqui o senso comum referente a sua compreensão sobre o cuidado à pessoa com sofrimento psíquico. Mas porque não é fácil? Tal questionamento nos levou a observar que, na classificação de ideias de *Adelaide*, no seu sistema particular de signos e de compreensão da realidade (ancoragem), o cuidado é difícil, porque “o transtorno mental não tem cura”, porque “pra alguns é muito angustiante”, por isso ela “tenta fornecer uma qualidade de vida”, de modo a ser comprehensível que no seu cotidiano ela também experencie as dificuldades na realização de suas atividades laborais.

Sendo assim, no processo de ancoragem da sua compreensão de cuidado, ela busca balizar o que lhe traz estranhamento. Nesse processo, Moscovici (2010) referenda que a memória prepondera sobre a inferência, o passado sobre o presente, a resposta sobre o estímulo e as imagens sobre a realidade.

Por sua vez, o processo de objetivação de senso comum transparece quando nossa interlocutora, para arrefecer todas as problemáticas, os conflitos, as angústias, as delimitações, a discriminação, a vergonha vivenciadas pelas pessoas com sofrimento psíquico que ela tem contato no seu cotidiano profissional, busca ofertar um cuidado medicamentoso, pois já que doença não possui cura, é possível através da medicação melhorar as sintomatologias apresentadas, além da realização de uma escuta, promoção da convivência familiar e social e a realização de atividades lúdicas para fins de promoção de qualidade de vida que, no seu ponto de vista são ações de cuidado de difícil execução, confirmando o senso comum de dificuldade e complexidade do cuidado no processo de construção da representação social.

O próximo diálogo narrativo objeto de nossa análise envolve dois profissionais de saúde de uma unidade CAPS III. No dia agendado, o clima se apresentava nebuloso e o serviço meteorológico indicava que uma tempestade estava prestes a acontecer. Estacionamos o carro em local um pouco afastado da unidade, em uma viela e, após breve caminhada, já com chuva caindo, adentramos naquela unidade. Nesse momento foi possível visualizar nos corredores, tanto pessoas com sofrimento psíquico e familiares buscando locais para dialogarem, pois estava no horário de receberem visitas, como os profissionais de saúde se deslocando de um lado para o outro para tentar acomodar a todos, já que o espaço físico não era compatível.

Observamos que nas enfermarias havia alguns pacientes que estavam deitados em seus leitos, com visitas, outros sozinhos e que alguns estavam em contenção física. Questionamos a uma profissional da unidade (técnica de enfermagem) sobre tal procedimento; ela explicou que alguns estavam em contenção física e outros medicados, pois apresentaram crise psicótica, com comportamento violento, desorganização do pensamento, entre outros, por isso foi necessária a contenção.

À guisa de informação, a contenção física dever ser empregada quando ela for o único meio disponível em obter êxito na remissão do comportamento exacerbado, sendo que ela deve ser realizada não com propósito coercitivo, mas através de monitoramento contínuo que proporcione a prevenção de danos imediatos ou iminentes, tanto para a pessoa com sofrimento psíquico quanto para terceiros (familiares, equipe de saúde, transeuntes).

A contenção química, por sua vez, constitui no uso de medicamentos que atuam no sistema nervoso central com efeito sedativo, tranquilizante e/ou relaxante, tendo como objetivo a minimização das manifestações de comportamento do pensamento, do sono, da vontade de forma exacerbada, podendo também incidir em risco tanto para o indivíduo como para terceiros (BRASIL, 2015a; COFEN, 2012).

Dando sequência ao nosso propósito naquele dia, indagamos uma profissional técnica de enfermagem se havia a possibilidade em participar da pesquisa. Ela manifestou a sua recusa, com um balançar negativo da cabeça e da mão, informando estar bastante “corrida nos seus afazeres” (anotações do diário de campo) e indicou outros dois profissionais da equipe.

Assim, fui encaminhada até a sala onde se encontravam *Lili*<sup>47</sup>, assistente social, e *Galvão*<sup>48</sup> psicólogo, ambos os funcionários públicos com mais de quinze anos de serviço na área de saúde mental. Eles foram informados sobre os motivos da presença da pesquisadora na unidade e a sua finalidade. Foi comentado, também, que foram muitas as tentativas de realização da pesquisa, porém várias delas foram frustradas. Agradecemos a atenção e disposição deles em colaborarem com a investigação.

Assim, aceita a participação de ambos na pesquisa, optamos pela realização de um diálogo por meio de roda de conversa, em que cada um poderia expor suas opiniões. Realizadas as considerações iniciais, a pergunta lançada foi sobre os significados do cuidado

<sup>47</sup> Lili é pseudônimo inspirado na obra Éramos Seis, de Maria José Dupré.

<sup>48</sup> Galvão é pseudônimo inspirado na obra O Alienista, de Machado de Assis.

em saúde mental, na visão dos profissionais de saúde. Primeiramente, *Lili* nos respondeu o seguinte:

— Cuidado em saúde mental não é fácil! [pausa longa, respiração profunda] não é fácil! Ééééh, você dar atenção a eles, é você realmente respeitá-los como ser humano, porque eles são seres humanos, entendeu? São cidadão de direito, eles precisam ser respeitados como doentes, nas suas singularidades, isto é, o cuidado, é você atendê-los na singularidade deles entendeu? E não rotular como é o que a maioria das pessoas fazem (sinais de balançar a cabeça, balançar as mãos, face de indignação) (grifo nosso).

Após as ponderações realizadas por *Lili*, indagamos *Galvão*: “E para você? Qual a sua opinião?”. Nesse momento, percebemos o seu jeito de olhar para o alto, balançando a cabeça (conforme anotações em diário de campo) e dizendo:

— Difícil! (pausa). Concordo com a *Lili*, é complicado, é difícil, é trabalhar com o mito da loucura [balançar de mãos demonstrando contrariedade] com certeza as pessoas ainda têm. E aí alguns coleguinhas também têm.

— É colocar a pessoa como partícipe do seu destino, das suas possibilidades de dizer: eu quero isso, eu quero aquilo, ela é uma cidadã e tem os seus direitos, não é só um paciente que deve ser amarrado (grifo nosso).

Nos diálogos de *Lili* e *Galvão* percebemos a manifestação da mesma compreensão de senso comum, semelhante às demais falas apresentadas, inclusive as referidas pelos familiares cuidadores. Aqui, a compreensão inicial é que o cuidado ao indivíduo com sofrimento psíquico “não é fácil!”, “é complicado, é difícil”, conduzindo a uma inferência de que o cuidado à pessoa com sofrimento psíquico realmente apresenta elevado grau de complexidade, de modo que eles buscam, em sua rede de significações disponíveis para interpretar a realidade, categorias que possam comparar a um cuidado complexo como eles imaginam que seja, definindo o processo de ancoragem que, conforme menciona Jodelet (2015), serve como um meio de compreender e de proporcionar um direcionamento de compreensão e de ação através das informações contidas na sua rede de significações.

Desse modo, *Lili* e *Galvão* trazem para as suas realidades a compreensão de como eles definem o que é o cuidado a uma pessoa com sofrimento psíquico quando foi dito: “respeitá-los como ser humano”, ou, reconhecendo-lhes a condição de “cidadão de direito”, que devem ser atendidos em suas singularidades, não podendo ser compreendidos apenas como um paciente que deve ser “amarrado”.

Por sua vez, a pausa longa, a respiração profunda levando ao seu âmago e retornando com a repetição de que o cuidado “não é fácil!”, é complexo, é laborioso, bem como os sinais de balançar a cabeça, balançar as mãos e a face de indignação, transparecendo sua desaprovação, demonstram a objetivação das dificuldades do cuidar. Não bastasse tudo isso, o cuidado à pessoa com sofrimento psíquico exige do profissional ter que “trabalhar com o mito

da loucura” indicando, talvez, a persistência nas mentalidades, até mesmo de profissionais de saúde, que o sofrimento psíquico é algo que foge à compreensão humana.

Tanto é assim que *Galvão* continua: “E aí alguns coleguinhas também têm”. Ou seja, existem profissionais de saúde mental que ainda carregam mitos a respeito dos transtornos psíquicos e não os comprehende como uma condição de doença.

Analisemos agora a fala de *Simão Bacamarte*<sup>49</sup>, enfermeiro e funcionário público há mais de cinco anos, que realiza plantões em outros CAPS III e Unidades de Pronto Atendimentos. A construção desse diálogo ocorreu após a insistência da pesquisadora, buscando adequar a agenda laboral do participante com a agenda de visitas realizadas aos CAPS III que, como previsto, possui funcionamento em período integral.

Assim, várias foram as tentativas frustradas, mas que não houve desapontamento, pois era visível e passível de compreender a negação em parar para a realizar uma conversa diante da demanda do acolhimento imposto aos profissionais da equipe de saúde. Organizando, reorganizando e perseverando foi possível conseguir realizar não só uma, mas três entrevistas com profissionais da equipe de saúde, em dias diferentes. Nossa conversa ocorreu no período noturno, por volta das 22h.

Questionando sobre sua opinião referente ao cuidado em sofrimento psíquico, nos respondeu:

— Eu vejo, é que é, um cuidado mais medicamentoso (leva a mão até a boca, cabisbaixo), o paciente ele éééh! mais assistido por medicamentos né? Porque não é fácil, se eu disser que é fácil, não é. Então é mais medicamento do que por terapia ou outra forma de cuidado. Ele recebe a medicação e fica em repouso né. Éééh! não tem hummm! (pensativo, silêncio): éeeeeh! (pausa longa e pensativa) assim você não veja assim, não sei eu não vejo muitas melhorias né (grifo nosso).

— Geralmente eles rescindem né?, geralmente eles são os mesmos né?, sempre são os mesmos né?, eles vem pra cá, eles ficam aqui, daqui, alguns recebem alta pra casa, outros vão pro (nome do Hospital citado, supressão por ética) de lá volta pro domicílio, do domicílio vem pra cá.

*Simão Bacamarte* prossegue na sua fala comparando o sofrimento psíquico a uma doença crônica que não é tratada e, por isso, na sua concepção, não se pode dizer que o cuidado é fácil, pois uma doença crônica não tratada traz uma série de complicações e, se tratada com a medicação correta, consegue-se um controle efetivo, o que não ocorre com o paciente com sofrimento psíquico. Como ele ressalta: “Mas, mas, o paciente psiquiátrico não, (gestos negativo com o dedo indicador) tem que ser mais, muito mais (silêncio). A gente vê a classe de psiquiatras mais medicamentos né? medicamentos e medicamentos” (ênfase na voz).

---

<sup>49</sup> Simão Bacamarte é pseudônimo inspirado na obra O Alienista, de Machado de Assis.

No diálogo de Simão Bacamarte notamos similitudes com a fala de outros participantes, inclusive com os familiares cuidadores, anunciando o senso comum de que realizar o cuidado à pessoa com sofrimento psíquico não é tarefa fácil de desempenhar, de executar, tanto que expressa: “Porque não é fácil, se eu disser que é fácil, não é”.

Por sua vez, o processo de ancoragem se desenrola quando ele promove a relação de senso comum de que “é difícil” ao seu conteúdo imagético de signos mediante comparação de paciente com doença crônica que não é tratada: “É como uma doença crônica, só que é como se eles não tratassem né?”, pois a doença crônica, quando tratada, apresenta resultados, mas a doença psiquiátrica, ainda que tratada, apresenta melhora transitória. Por isso há muitas recidivas, muitos retornos de quadros de crise.

Já o processo de objetivação transparece no diálogo quando há ênfase na utilização de medicamentos: “tem que ser mais, muito mais”, tanto que, no decorrer da sua fala, por sete vezes ele utiliza a palavra medicamento como referência ao cuidado possível à pessoa com sofrimento psíquico.

Sendo assim, na compreensão de *Simão Bacamarte*, o cuidado com o paciente psiquiátrico, mesmo com tratamento medicamentoso, não oferece melhorias, tanto que são pacientes recidivos que permanecem num ir e vir constante, bem como se revela na linguagem não-verbal quando leva a mão até a boca, quando está cabisbaixo, no sinal de negação, no balançar do dedo, quando está pensativo, quando apresenta pausa longa, compreendidas como uma forma de não-concordância.

O enfermeiro *Simão Bacamarte* destacou, ainda, o papel da formação profissional, pois os atuais currículos dedicam pouca carga horária para saúde mental, tanto que ele afirmou:

— O estudo, bem, bem, assim eu acho que não, porque o tempo do estudo é meio curto né? Técnico de enfermagem é é é hum cê aprende né? mas não. Poderia ser mais aprofundado”.

Sua compreensão é de que o ensino na área de Enfermagem deveria ter um conteúdo com maior carga horária, porque o seu tempo é “meio curto” para um aprendizado mais condizente com a formação para atuação em saúde mental que, dada a sua complexidade, merece um ensino “mais aprofundado”.

E ele prossegue, dizendo conhecer a realidade da sua unidade de atuação, ressaltando que a equipe sempre foi muito “fechada” desde a implantação dos CAPS’s. Para a seleção dos que trabalham com saúde mental buscava-se aqueles que “tivessem alguma aptidão pra isso e

recebiam treinamento”, mas que, atualmente, esta não é a prática adotada pela direção do serviço, encaminhado muitos profissionais sem formação adequada ou aptidão para o trabalho em saúde mental, fato que torna ainda mais difícil as ações de cuidado.

Nosso interlocutor também se referiu às instalações físicas da unidade como um componente que dificulta a prestação de um cuidado que ele considera mais adequado ao paciente com sofrimento psíquico:

— O espaço adequado? Não (balança a cabeça, entorta os lábios) o espaço é todo adaptado né? Isso aqui era um [nome retirado questões éticas] aí eles adaptaram, foram adaptando, adaptando no fim, na verdade é tudo errado né? E as vezes a gente não pode deixar porque é tudo aberto, então você corre o risco desse paciente sair e correr alguma coisa assim, mas a gente leva lá pra fora, mas a gente não pode deixá-los eles né? Você leva e tem que ficar lá supervisionando, dois funcionários supervisionando (balancear da cabeça denotando negatividade). Se fosse uma área que tivesse portão, que tivesse um cadeado né, o paciente não ia pular muro né, dificilmente eles iriam pular muro né, mais eles deixam né, a gestão.

A mensagem que transparece no diálogo de *Simão Bacamarte* é de que a gestão dos serviços de saúde tem optado pela utilização de espaços adaptados para instalação de uma unidade de atendimento em saúde mental, o que não condiz com as reais necessidades do serviço devido a suas especificidades. Por isso que ele diz: “é tudo errado”. As coisas estão desse jeito, porque, na sua avaliação, o espaço para instalação e funcionamento do CAPS não é adaptado, expondo pacientes e funcionários a constantes riscos de segurança, exigindo uma supervisão constante por parte da equipe: “tem que ficar lá, supervisionando”.

Além disso, aborda a questão da área de abrangência, do dimensionamento e do quantitativo de pessoal como complicadores para um cuidado mais adequado:

— São muitos pacientes na área de abrangência, muitos mesmo, não sei te dizer agora, mas, são muitos. [...] Não sei se a quantidade de CAPS é ideal, ou se é a triagem deste pacientes mesmos para direcionar de uma forma correta pra um destino. (Pausa longa e pensativa) Com certeza, eles nunca respeitam, as vezes o que tá no dimensionamento, eles falam ahhh mais no papel tá certo né? Mais pra fazer uma contenção preciso de cinco pessoas, eu tenho 4 técnicos e eu sou o enfermeiro, aí eles falam não, todo mundo que tá aqui (equipe) dentro pode ajudar. E por isso que a própria gestão negligencia essa parte de quantidade de leitos de dimensionamento de funcionários porque eles acham que não é grave eles acham não acontece nada.

Na fala de *Simão Bacamarte* foi possível notar, ainda, a ocorrência de fatores marginais interferindo no processo de compreensão do cuidado ao paciente com sofrimento psíquico de forma negativa, fugindo das condições pessoais do profissional em tentar prestar um cuidado mais adequado ou que ele comprehende adequado. Um exemplo disso é o déficit de profissionais capacitados e até mesmo o desconhecimento por parte dos gestores das reais necessidades de cada unidade.

Outra questão que foi abordada como sendo de suma importância para equipe de saúde é a relacionada a segurança. Nesse aspecto, nosso interlocutor disse o seguinte:

—A segurança aqui (aponta com as mãos ao recinto do CAPS) é, eu acho que tem que tá sempre se cuidando né, tipo depois do [mencionou uma agressão a faca contra um servidor por um paciente, cujos detalhes foram suprimidos por questões éticas] episódio, melhorou um pouco a questão da mudança, que diminuiu os acessos aqui dentro, eeee colocou o guarda, que inibe um pouco, mas tem que tá sempre atento, sempre se cuidando né? Porque paciente psiquiátrico ele ééé , questão de surto né, meio atento, tal, da estresse, é dependendo dos pacientes que chega, você fica meio apreensivo, cê já fica cuidando mais né?

Para este profissional de saúde mental, a questão da segurança dos integrantes da equipe de saúde mental sempre foi negligenciada por parte dos gestores. No caso específico da unidade na qual *Simão Bacamarte* atua, somente começaram a se preocupar com a segurança dos funcionários após um de seus colegas de trabalho ter sido agredido a faca por um paciente e quase ter ido a óbito. A partir desse episódio é que os gestores providenciaram um guarda para melhorar a segurança da unidade.

As revelações de *Simão Bacamarte* são confirmadas por outros profissionais da equipe de saúde. *Mocinha*<sup>50</sup>, enfermeira, também aborda a questão da formação profissional inadequada para atuação com saúde mental: “A formação não é adequada, não, eu acho assim, deveria ser mais profundo assim, um tempo maior de psiquiatria, porque é assim é muito difícil, é muito subjetivo”.

*Mocinha* esclarece ainda que conta com 12 anos de serviço público e a única vez que lhe foi oferecido um treinamento foi com uma médica psiquiatra, sendo que o enfoque desses treinamentos sempre é concentrado a contenção física do paciente, inclusive para os guardas municipais que agora foram deslocados para fazer a segurança da unidade.

As mesmas queixas em relação as instalações físicas da unidade: “o ambiente do CAPS foi aproveitado, tudo foi readequado e a gente não tem espaço”.

Também prossegue em relação ao quantitativo de pessoal necessário: “Funcionários? São poucos. É difícil, nunca tem, porque se tem algum funcionário de atestado não tem outro para substituir”. A denúncia de demanda excessiva se repete: “temos 600 pacientes, neste CAPS, aí, então por exemplo, todos não estão em semi-intensivo, ou intensivos, mas vem e participa de um grupo, mas eu não fico toda semana com o grupo, não tem como, não dou conta”.

---

<sup>50</sup> Mocinha é pseudônimo inspirado na obra Éramos Seis, de Maria José Dupré.

Não bastasse, a questão da segurança também é recorrente na voz dos membros da equipe de saúde:

— A segurança aqui, ah [pausa] eu sinto assim muito precária, porque é assim, tudo bem que são pacientes assim, que de acordo com a terapêutica se pode né conter, mas assim, tem momentos por exemplo, depois da divisão de horário, acontece do paciente acordar e aí eéé não que dormir mais ou acorda assim, teve um pesadelo, aí já tá persecutório, aí já fica agitado, ansiedade e começa, calma, fica agitado começa aquilo ali, então ficam dois aqui dentro né? (Enfermaria) pra cuidar, então um tem que fica com ele e o outro tem que correr pra chamar a equipe, então isso acontece. Dá medo, porque você tem que larga o colega pra chama o restante da equipe né?

*Mocinha* retrata a precariedade da segurança da unidade, principalmente nos momentos em que algum paciente fica mais agitado, como também há um déficit de funcionários. “Dá medo” trabalhar nessas condições, e isso certamente influencia na qualidade do cuidado oferecido aos pacientes atendidos.

Na opinião de *Quitéria*<sup>51</sup>, técnica em enfermagem com mais de dez anos de serviços prestados na área da saúde mental, o cuidado ao paciente com sofrimento psíquico, além de não ser fácil, porque “eles meio que sugam” as energias de quem cuida, também revela a insuficiência de formação curricular na área da saúde mental: “estudo na saúde mental? Não, essa parte da amplitude de cada setor, isto não existe nos cursos, ainda mais com o meu que foi dois anos só”. Nem mesmo após ter sido designada para trabalhar numa unidade de saúde mental houve capacitação prévia e adequada: “Quando eu fui entrar aqui teve uma capacitação em saúde mental, não falava nada dessa parte da humanização, da parte do estresse psicológico dos funcionários também né?”.

Sobre as instalações físicas da unidade em que atua, *Quitéria*, com um balançar de cabeça (anotado no diário de campo), disse: “Aqui era uma casa né, e aqui você viu a rampa lá na frente? Tem que cuidá senão rola, Pro SAMU subir ali é a maior dificuldade, prá entra o paciente que tivé acamado, então aqui a estrutura não compete”.

Também fez referência à questão da segurança influenciando na assistência prestada:

— Se existe segurança para trabalhar no CAPS? Não, não, inclusive nos tivemos um problema sério, sério, comigo pessoalmente, a gente tinha um paciente [nome] ele totalmente agressivo, quebrou vários CAPS, todo lugar que passou, acredita? já quebrou a Unidade terapêutica.

Além de afetar a prestação do serviço, a falta de segurança pode impactar na saúde mental dos próprios integrantes da equipe de saúde, como nos revelou nossa interlocutora:

---

<sup>51</sup> Quitéria é pseudônimo inspirado na obra conto *A Hora e a Vez de Augusto Matraga*, de João Guimarães Rosa.

“Eu fiquei com medo, eu fiquei muda, é horrível você trabalhar muda, no outro dia eu desabei de tanto chorar, até falei que não ia mais ficar aqui, eu ia pedir pra sair, então não é fácil”.

As narrativas se repetem quase que com os mesmos significados e compreensões.

Para a enfermeira *Lia*, houve pouca ênfase na saúde mental na faculdade, além do estágio muito curto: “foi o estágio que eu menos gostei, porque eu não sabia lidar com aquilo, né? Você tem uma parte teórica e de repente você vai conhecer algo que você nunca conheceu, e num curto espaço de tempo?”. Também se refere a estrutura física da unidade como inadequada: “Estruturado CAPS? É o jeitinho brasileiro di ajeitá as coisas, entendeu?”.

Diante disso, cabe-nos comentar que a falta de treinamentos e de capacitações em saúde, expostos nas falas dos profissionais de saúde, não atende à exigência estabelecida na Portaria GM/MS nº 198/2004, que trata da implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, visando a produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento de habilidades e capacidades para o desempenho em saúde, sendo esta prática um meio eficaz para a realização de promoção da saúde e a prevenção de doenças (BRASIL 2004b).

Nesse aspecto, a educação na saúde apresenta duas modalidades: a educação continuada e a educação permanente em saúde. A educação continuada é relacionada a níveis mais complexos de ensino em saúde, observando os pressupostos da metodologia de ensino tradicional nos vários níveis da Educação Superior. A educação permanente, assumida pelo Ministério da Saúde, está relacionada à aprendizagem para o trabalho, sendo incorporada ao cotidiano das organizações na atenção em saúde das pessoas (BRASIL, 2018).

Outros estudos realizados também ressaltam a necessidade em reconsiderar e reestruturar a metodologia da formação acadêmica com o desenvolvimento de novas habilidades, a fim de superar aquelas que se mostrarem ultrapassadas e insuficientes, propiciando a desqualificação das práticas do cuidado. Ocorre a necessidade de abranger os contributos das mudanças na área do desenvolvimento científico para a compreensão e o tratamento das pessoas com sofrimento psíquico, pois ainda permeia na construção social e particular uma concepção mística ou de estranhamento às pessoas com sofrimento psíquico (FILHO; NETO, 2021; MENDES, *et al.*, 2018; ONOKO-CAMPOS, 2019).

No que se refere à ambiência, mencionada nas falas como fator que dificulta as ações de cuidado à pessoa com sofrimento psíquico, destacamos que Política Nacional de Humanização estabelece que o espaço físico das unidades ou instituições de atenção deve ser

concebido de modo a torná-lo confortável, acolhedor, a fim de favorecer a atenção aos usuários do serviço dos trabalhadores, pois este é mais um aspecto que facilita relações interpessoais em prol de um cuidado acolhedor, resolutivo e humano (BRASIL, 2010).

Sendo assim, as narrativas revelam quão difícil pode ser para o profissional que trabalha em saúde mental prover aos seus assistidos ações de cuidado adequadas, quando nem mesmo ele recebe a devida atenção por parte daqueles que são responsáveis pela gestão dos serviços públicos de saúde no Brasil.

Prosseguindo com a análise dos dados, seguimos ao diálogo de dois profissionais técnicos de enfermagem com atuação em saúde mental no CAPS III. Nosso encontro ocorreu nas dependências da unidade de saúde, na sala onde funciona o consultório de enfermagem.

Chamou nossa atenção o fato de, naquele dia, o consultório de enfermagem contava com um paciente em contenção mecânica e em sedação moderada devido à crise psicótica apresentada, conforme informações coletadas com as profissionais técnicas de enfermagem que estavam realizando os cuidados e a observação devido a necessidade de vigilância enquanto forma de cuidado dele. Relataram ainda que o paciente estava sendo mantido ali por falta de vaga na unidade, situação presenciada em todas as unidades dos CAPS III visitadas.

A construção do diálogo foi realizada com as técnicas de enfermagem *Carlota*<sup>52</sup> e *Laura*<sup>53</sup>, ambas servidoras públicas concursadas. A primeira com mais de três anos de serviço prestados em saúde mental e a segunda, com quase dez anos, inclusive com experiência em plantões realizados dentro de Unidades de Pronto Atendimentos.

Sobre o cuidado ao paciente com sofrimento psíquico, *Carlota* disse:

— Sabê lida, aqui [sinal de mostrar o espaço físico do caps] ficá atento, é cuidado, mas, não é mole, mas, você aprende lidá com o paciente né?, abre os seus olhos pra humanizá, você humaniza o paciente, é a humanização, você vai ter outro cuidado com o paciente, sabe maneja ele, ééé aquele, só quando tem necessidade mesmo é que eles ficam contidos, na maioria das vezes, a gente, eles ficam no espaço de convivência, fazendo os artesanato, atividade, raramente é contido, só em último caso mesmo quando não tem jeito mesmo pra, pra lidá, aí, devido risco de fuga, e as TS (tentativas de suicídio) né?

— A demanda é muito grande de paciente, é muito paciente internado, então é assim a gente não faz só os cuidados aqui, ainda tem os pacientes, que faz escuta, é a técnica de referência, resolve o problema deles, faz as atividades, e os pacientes vem muito assim [sinal circular com o dedo indicador em volta do ouvido] é meio difícil pra mim explica, é a carga, é carregado é isso!

Notamos no diálogo de *Carlota* a repetição da compreensão do senso comum que relaciona o cuidado à pessoa com sofrimento psíquico algo que é penoso e dramático quando

<sup>52</sup> Carlota é pseudônimo inspirado na obra Laços de Família, de Clarice Lispector.

<sup>53</sup> Laura é pseudônimo inspirado na obra Laços de Família, de Clarice Lispector.

ela diz que “não é mole”, utilizando uma expressão coloquial para dizer de alguma coisa que é difícil de realizar. A ancoragem dessa compreensão pode ser observada quando ela afirma que não é somente promover o cuidado e a escuta, mas também resolver problemas, porque eles são desajustados mentalmente, conforme indica o sinal de circular o dedo indicador em volta do ouvido. Por isso que cuidar de uma pessoa nessas condições representa uma carga difícil de se carregar. A referência a “carga”, “carregado” finaliza a familiarização do cuidado na sua percepção.

Por sua vez, a materialização desta percepção é revelada quando o cuidado à pessoa com sofrimento psíquico exige do cuidador ficar atento o tempo todo, cuidando, porque há risco de fuga e de suicídio, além de ser a demanda maior do que a capacidade de atendimento.

Por sua vez, *Laura* disse o seguinte sobre suas compreensões:

— Olha eu acho que é manejo, como lida com o paciente porque eles são muito criativos. Quando eles querem fazer alguma coisa tipo auto mutilação, e atenta contra a vida deles, então assim qualquer coisinha, a gente tem pacientes que as vezes caçam fiapinhos nos meio das pedras ali [aponta mostrando o lado de fora da janela] tem paciente se automutila, aí as vezes pedrinhas com pontas eles riscam, mais a maioria o manejo aqui e você aprende a lidar com o problema dele, e ensina ele a lidá com o problema dele, porque muitas vezes, oh igual eu, comecei a perceber que muitas vezes o próprio paciente não sabe lidá com o problema dele, que não é fácil mesmo né? A gente fica em cima, senão é isso que te falei.

A compreensão do senso comum da narrativa de *Laura* se repete nos demais, de que o cuidado “não é fácil mesmo”, apesar dela saber como cuidar, como é o manejo do paciente com sofrimento psíquico que, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, se caracteriza por medidas de proteção do paciente com sofrimento psíquico através da atuação de uma equipe multiprofissional, de acolhimento, de escuta qualificada, de intervenções psicossociais, de suporte psicológico, de terapia ocupacional, intervenção medicamentosa, abordagem familiar, entre outros (BRASIL, 2015a).

Na fala de *Laura*, o ajustamento da compreensão do senso comum de cuidado indica repertório imagético de vigilância constante ao paciente com sofrimento psíquico. Por isso que ela diz: “A gente fica em cima”, remetendo à compreensão de vigiar constantemente, observar com afinco, cuidar sem distração. Por sua vez, essa sua realidade simbólica é justificada (objetivação), porque, na falta de vigilância constante, o paciente pode se automutilar com qualquer tipo de objeto, inclusive com um simples pedrisco que encontrar no pátio da unidade: “tem paciente se automutila, aí as vezes pedrinhas com pontas eles riscam”. Quando diz que os pacientes riscam, quer dizer que eles utilizam pequenas pedras pontiagudas para se ferirem.

Prosseguindo, temos a narrativa de *Crispim Soares*<sup>54</sup>, farmacêutico, 24 anos no funcionalismo público, sendo que 14 anos prestando serviços dentro de unidade CAPS III. Quando questionado sobre o seu modo de pensar referente ao cuidado sobre a saúde mental, ele nos respondeu:

— Quando eu cheguei aqui eu não sabia, eu não conhecia o que era a loucura, éé, eu fui aprendendo com a equipe multiprofissional é eu fui aprendendo com todos os profissionais de saúde envolvidos aqui no CAPS, fui fazendo cursos, capacitação [nome do local, supressão por questão ética] até hoje, eu fui trabalhando este processo comigo, eu profissional (gestos apontando para sua pessoa). Primeiro eu tive que trabalhá comigo o cuidado, pra depois dá pro paciente a atenção merecida, porque não foi e nem é fácil, não é simples não.

Ao analisarmos esta fala, obtemos uma forte impressão que revela o senso comum impresso na fala dos profissionais da equipe de saúde dos CAPS III. Aqui, *Crispim Soares* também incorpora o refrão de que o cuidado em saúde mental não é algo simples de executar, como ele ainda afirma que, quando iniciou os trabalhos de sua profissão junto a pessoas com sofrimento psíquico, ele possuía conhecimento de que era necessário cuidar, porém ele desconhecia o que “era a loucura”. Portanto, buscou ancorar algo que era desconhecido, que lhe causava estranheza, e buscou trabalhar esse processo consigo mesmo de como realizar um cuidado pleno na necessidade de explicações sobre o cuidado medicamentoso.

Buscando através do seu conteúdo imagético qual seria o melhor modo de realizar o cuidado na realidade laboral, ele ancora que o cuidado deve estar sedimentado nas realizações de cursos e capacitações, na integração junto à equipe de saúde, nas explicações no momento da dispensação medicamentosa em prol de um resolução melhor quanto a remissão dos sintomas, já que, sem este cuidado, a pessoa com sofrimento psíquico “não consegue absorver” e, com isso, ele estabelecerá vínculos, alcançará um cuidado pleno.

Continuando o nosso diálogo, *Crispim Soares* ainda nos disse:

— É lá fora (gesticula a mão) dentro do território dele, ele é influenciado, e a família também é influenciada, e as vezes o líder religioso ele tem uma grande, ele tem um grande peso na palavra dele, larga essa medicação e acaba por atrapalha [entonação forte na voz]. Eu já tive relato que a vizinhança conseguiu convence a fim de que o paciente largasse a medicação e tomasse garrafada, né? E ele entrou em surto, e ele entrou em surto psicótico né?

Como se não bastasse as dificuldades do cuidado ao paciente com sofrimento psíquico, *Crispim Soares* concebe prejuízos no manejo da doença quando há influências externas, principalmente aquelas de caráter religioso, induzindo o abandono do tratamento por parte dos pacientes, fato que dificulta ainda mais o tratamento.

---

<sup>54</sup> Crispim Soares é pseudônimo inspirado na obra O Alienista, de Machado de Assis.

Dando prosseguimento, vejamos a narrativa de *Maria Laura*<sup>55</sup>, psicóloga com mais de 11 anos de formada e mais de oito anos no serviço público municipal, em unidade de saúde mental CAPSi. Podemos observar nela a repetição de um repertório que indica uma constância de compreensão sobre o cuidado ao paciente com sofrimento psíquico quando ela disse:

— O cuidado, o manejo do cuidado em saúde mental, precisa ser além da doença né? Então isso tá muito claro pra mim, nesses oito anos que eu trabalho aqui, eu penso que é necessário que a gente tenha essa visão ampliada de saúde né?. Eu achava, eu construí dentro de mim assim, que ia ser difícil só no começo, que depois ia ficar mais fácil, eu não vou dizer que não ficou mais fácil, porque a gente vai aprendendo, aprendendo a lidar, mais assim, [pausa] eu nunca chorei na frente de um paciente, mas tem momentos que, que, que é difícil, que eu tenho que sair, eu tenho que sair, tomar uma água, oh! licença, tal, a gente tá aqui, mas eu preciso ir ao banheiro, tomar uma água eu vou e volto.

Os traços indicativos de senso comum transparecem na fala quando diz que achou que ia ser difícil apenas no começo, mas, mesmo após oito anos de atuação em saúde mental, ainda tem momentos de dificuldade.

Por sua vez, a indicação de familiarização dessa compreensão (ancoragem) fica evidenciada quando ela relaciona o cuidado ao manejo que, em se tratando de saúde mental, precisa ir “além da doença”, que tem que ter uma visão ampliada de saúde. A objetivação, por sua vez, ganha concretude quando ela revela experenciar momentos de dificuldades, dando-lhe vontade de chorar. A pausa na fala indica reflexão para responder, conferindo concretude às dificuldades enfrentadas no cuidado ao paciente com sofrimento psíquico.

Para a *Maria Laura*, sobre as instalações físicas, ela foi peremptória em dizer: “sem comentários”, revelando total inadequação do espaço na sua opinião. Também se manifestou sobre a segurança: “A insegurança, olha tem, a gente tem que ficar atento, falta segurança sim, até pelo próprio espaço físico, você tá atendendo na sala não tem por onde sair, é complicado”. A fala revela que não há condições de segurança para que o profissional exerça suas atribuições no cuidado à pessoa com sofrimento psíquico. Sem segurança não há o que se exigir, não há o que se esperar de melhorias.

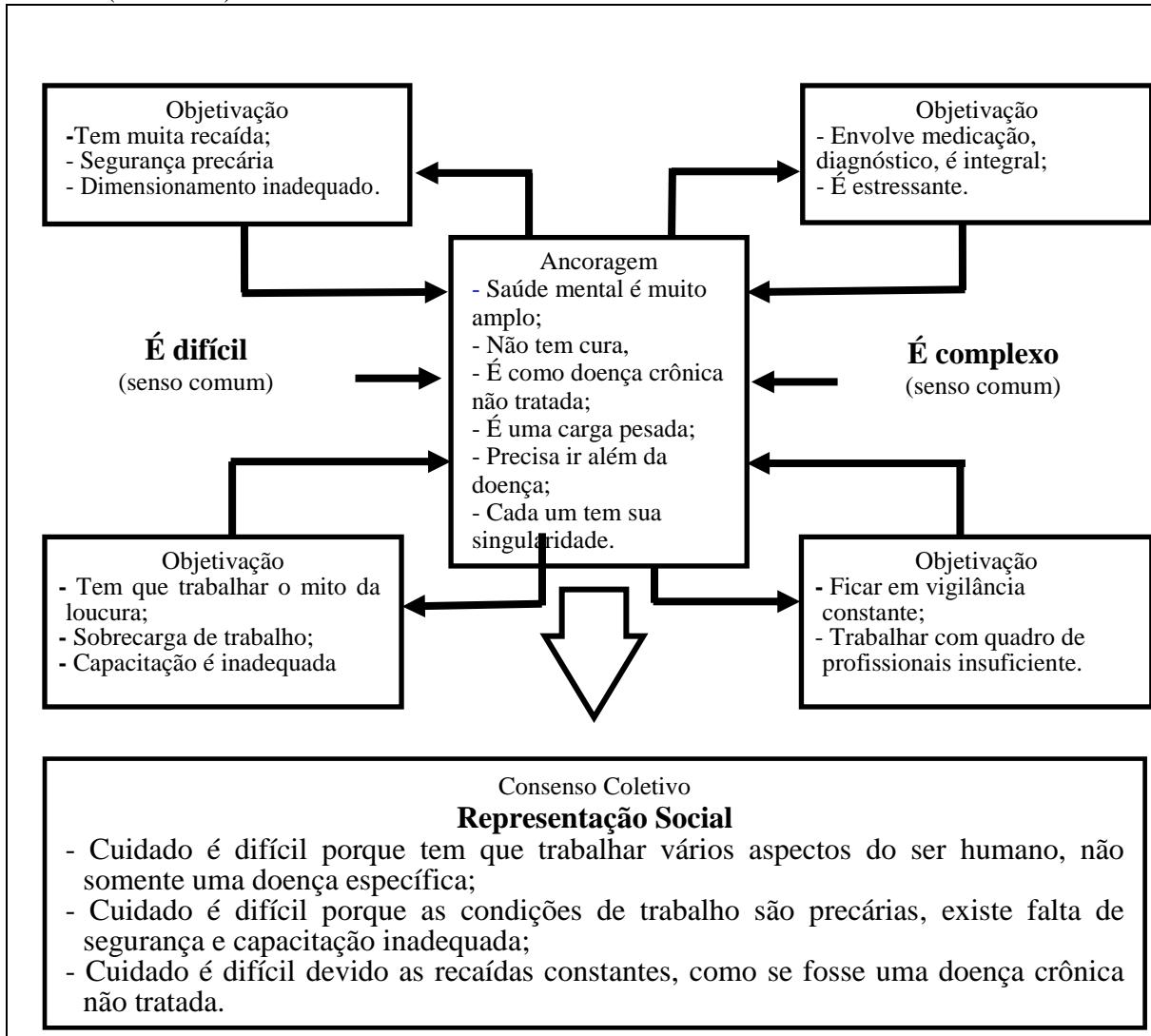
As compreensões de senso comum ora reveladas são confirmadas pela constatação de significados semânticos similares nos processos de objetivação e ancoragem demonstrando, com base na teoria moscoviciana. Os consensos comuns que revelam representações sobre o cuidado da pessoa com sofrimento psíquico, sob a ótica dos

---

<sup>55</sup> Maria Laura é pseudônimo inspirado na obra Éramos Seis, de Maria José Dupré.

profissionais da equipe multidisciplinar de saúde mental do CAPS III, ficam demonstrados na Figura 9.

**Figura 9** Fluxograma das Representações Sociais de Cuidado - Equipe multidisciplinar de saúde mental (CAPS III)



**Fonte:** Elaborada pelos autores

Desveladas as representações sociais de cuidado sob a perspectiva dos profissionais de da equipe multidisciplinar de saúde mental (CAPS III), os diálogos narrativos também nos mostraram as estratégias compensatórias, referida na teoria moscoviciana como hipótese de desiderabilidade e hipótese de desequilíbrio, conforme Quadro 3.

**Quadro 3** Estratégias Compensatórias – Equipe Multidisciplinar (CAPS III)

1.	Nome do profissional:  Galvão	Categoria Profissional:  Psicólogo
<b>Diálogos narrativo:</b>		
<p>— Você tem que se apega o mínimo possível senão você vai ficar doidinho. Cara, eu gosto de conversar com as pessoas, eu saio prá tomar uma de vez em quando [sinal de apontar o dedo polegar em direção da boca], vou escutar uma música legal, isso aí sou. eu vou comer uma coisa boa, eu tento viver.</p>		
<b>Hipótese de desiderabilidade:</b>		
<p>Quando afirma que “se apega o mínimo possível” quis dizer não se envolver nos problemas, nos traumas familiares dos pacientes com sofrimento psíquico porque senão ele próprio acabará nesta condição, ou seja, “vai ficar doidinho”.</p>		
<b>Hipótese de desequilíbrio:</b>		
<p>Sair para beber e conversar com amigos, escutar música e comer uma boa comida são as formas de compensações imaginárias para restauração do equilíbrio emocional, por isso que diz: eu tento viver”.</p>		
<b>Observações:</b> João é servidor público concursado com mais de 15 anos em atividade no serviço público municipal.		
2.	Nome do profissional:  Zilda <sup>56</sup>	Categoria Profissional:  Assistente Social
<b>Diálogos narrativo:</b>		
<p>— Eu voltei a fazer caminhada e tomo bupropiona (medicamento antidepressivo), não tomava antes de entrar aqui não, mas tô melhorando. Pra eu cuidar de mim eu estou me importando menos com o trabalho, isto é triste. Hoje eu estou trabalhando de uma forma diferente do que eu trabalhei antes, eu tinha muito mais dedicação antes, eu realmente abraçava, me importava, ia além de algumas coisas.</p>		
<b>Hipótese de desiderabilidade:</b>		
<p>Adotou uma atitude de maior indiferença e de menos dedicação do que realizava anteriormente, o que para ela é causa de tristeza com a profissão, mas é modo que ela consegue sobreviver no meio social de seu trabalho com pessoas com sofrimento psíquico.</p>		
<b>Hipótese de desequilíbrio:</b>		
<p>Fazer caminhada e utilização de medicamentos antidepressivos.</p>		

<sup>56</sup> Zilda é pseudônimo pseudônimos inspirados na obra Laços de Família, de Clarice Lispector.

<p><b>Observações:</b> Conta com mais de 15 anos de serviço público. A fala também indica adoecimento.</p>		
3.	Nome do profissional: Clotilde <sup>57</sup>	Categoria Profissional: Técnica de Enfermagem
<p><b>Diálogos narrativo:</b></p> <p>— Eu oro, busco a Deus, primeira coisa, ir pra casa de oração e buscar Deus. Entrei numa academia, porque eu vi que aqui era muito sofrimento, né? Aí o que que eu fiz, fui, me matriculei num funcional, pra mim tá sendo top, tá fazendo uma diferença, porque lá eu me solto, eu esqueço tudo aqui. Porque você não pode trazer daqui pro nosso lar, mas infelizmente acontece. As vezes a gente leva alguma coisa de casa, mas é uma coisa assim, físico, ajuda numa alimentação um exemplo, num iogurte, que a coisa né mais fácil degluti, pro paciente né?</p>		
<p><b>Hipótese de desiderabilidade:</b></p> <p>Procura não lembrar das intercorrências do atendimento à pessoa com sofrimento psíquico em casa — “não pode trazer daqui pro nosso lar”. Também ajuda na alimentação dos pacientes com mantimentos de fácil consumo. São estratégias de fuga da sua realidade laboral.</p>		
<p><b>Hipótese de desequilíbrio:</b></p> <p>Utiliza a religião (ora a Deus e vai na casa de oração) e na atividade física (fazer academia) como meios de compensação imaginárias para solucionar tensões psíquicas ou emocionais decorrentes do cuidado ao paciente com sofrimento psíquico.</p>		
<p><b>Observações:</b> Profissional com 3 anos de serviço público. Experiência profissional anterior com hospital.</p>		
4.	Nome do profissional: Crispim Soares	Categoria Profissional: Farmacêutico
<p><b>Diálogos narrativo:</b></p> <p>— De 2016 a 2018, eu por conta própria pelo plano de saúde eu fazia psicoterapia aí meu psicoterapeuta se descredenciou do meu plano e este ano não estou com psicoterapeuta, mas, eu acho que é muito importante você ter um apoio com um psicólogo né? A fim de você poder também transbordar essas angústias que a gente tem, porque você já tem uma angústia própria, pessoal e aqui o ambiente é muito ansiogênico, né? Muito angustiante, de muita, de muita pressão e opressão [ênfase na tonalidade da voz] né? Realmente tem dia</p>		

<sup>57</sup> Clotilde é pseudônimo inspirado na obra Éramos Seis, de Maria José Dupré.

que eu saio daqui derrotado, é mais, assim, neste momento eu acho que realmente caberia um apoio, se não for da SESAU como serviço de saúde do trabalhador, de alguma Universidade conveniada seria muito interessante ter esse momento, prá nós aqui no serviço, sem a gente se deslocar sabe?

— Eu também converso muito com a minha esposa, eu converso com amigos né, eu tenho um grupo religioso que eu também participo, é uma comunidade religiosa, também desabafo, também converso, mas não é uma coisa técnica né? É algo paliativo, paliativo.

#### Hipótese de desiderabilidade:

Através de apoio psicológico no período de dois anos em que fez psicoterapia com profissional credenciado pelo plano de saúde do servidor público. Quando houve o descredenciamento em 2018, deixou de fazer acompanhamento psicológico, apesar de reconhecer a angústia, pressão e opressão decorrentes do seu trabalho em unidade de saúde mental.

#### Hipótese de desequilíbrio:

A conversa com a esposa, com amigos e a participação em grupo religioso são mecanismos de compensações imaginárias para solução de tensões psíquicas ou emocionais decorrentes da sua atuação em saúde mental, mas que são apenas paliativas. O apoio profissional (psicológico), na sua compreensão, seria mais eficaz necessário.

#### Observações:

Crispim Soares reconhece a pressão e opressão do trabalho com paciente com sofrimento psíquico, mas ao tempo da pesquisa já não contava com nenhum serviço de retaguarda de apoio psicológico que o auxilie no enfrentamento das tensões decorrentes de suas atividades laborativas, e entende que seria importante um serviço de apoio psicológico na própria unidade de saúde para atendimento dos próprios funcionários.

5.	Nome do profissional: Simão Bacamarte	Categoria Profissional: Enfermeiro
----	--	---------------------------------------

#### Diálogos narrativo:

— Eu reconheço que, o que eu posso fazer eu faço o que não tá no meu alcance eu não faço e ponto. Ah! eu quero um leito pra deitar, não tenho leito, ah, mas, eu não tenho, se eu tivesse você taria deitado, é assim. Ah! a pessoa começa, ah eu vou brigar começa a se exalta eu falo você vai brigar sozinho, porque eu não vou brigar com você, e assim vai, a pessoa se desarma e geralmente, agora tem os pacientes que são mais agressivos que vem pronto pra brigar ai com esse eu me levanto e chamo o guarda.

**Hipótese de desiderabilidade:**

Se autoimpõe limites na sua atuação profissional, reconhecendo suas limitações como forma de distorção de sua realidade profissional. Procura evitando conflitos com pacientes e quando tem de atender aqueles mais agressivo, neste caso, recorre ao serviço de segurança da unidade.

**Hipótese de desequilíbrio:**

Observações: Simão Bacamarte tem 32 anos de idade e realiza plantões no CAPS há 2,5 (dois anos e meio), sempre no período noturno, que é o mais tranquilo, pois geralmente os pacientes já estão medicados e menos agitados. Ele referiu que o cuidado é difícil e o relaciona mais ao tratamento medicamentoso, tanto que relaciona o cuidado a um tratamento.

6.	Nome do profissional: Leonor <sup>58</sup>	Categoría Profissional: Técnico de Enfermagem
----	---	--

**Diálogos narrativo:**

- Eu não sei como é que eu lido né? Eu não sei isso vai juntando né? Se vai ficando? Chega uma hora que a gente explode e chora tudo o que foi juntando, ou eu acho que eu fui aprendendo com o tempo, eu fui aprendendo a escutar as coisas e isso não, não é bom sabe?
- Porque eu fui aprendendo a ficar um pouco fria também, porque nem é tudo que eu fico tão emotiva, mas assim, não sei até que ponto é bom ou é ruim.
- Nem apoio emocional tem, gente não tem nem psicólogo pelo menos pra ele falar assim. Leonor hoje é tua consulta todo mês você vai ter uma ali na SESAU vai lá que você vai ter uma salinha pra alguém te ouvi.

**Hipótese de desiderabilidade:**

Acreditar que com o tempo foi aprendendo como é o cuidado ao paciente com sofrimento psíquico, por isso reprime suas emoções e isto acabou deixando mais insensível. A insensibilidade aqui pode ser caracterizada como meio de fuga da sua realidade laboral, que a permitem suportar os aspectos negativos de seu trabalho em saúde mental.

**Hipótese de desequilíbrio:**

Acúmulo de sentimentos, frustrações, tensões e decepções decorrentes do cuidado ao paciente com sofrimento psíquico, até o ponto que deixa os sentimentos extravasarem por meio do choro.

Observações: A fala revela o anseio por apoio psíquico emocional dos profissionais da

---

<sup>58</sup> Leonor pseudônimo inspirado na obra Éramos Seis, de Maria José Dupré.

saúde mental, que poderia ser provido no próprio ambiente de trabalho.		
7.	Nome do profissional: Fabrício <sup>59</sup>	Categoria Profissional: Técnico de Enfermagem
Diálogos narrativo:		
<p>— Eu faço caminhada e uso ansiolítico.</p> <p>— Vixi, eu já tive atestados. Esse ano um atestado por causa que ia voar num, alguém chamou antes pra conversar? Calma fica aqui, calma, vem conversar comigo, que que tá acontecendo com você? Teve isso, não!</p>		
Hipótese de desiderabilidade: Utilizou o afastamento do serviço através de atestado, como forma de fuga da realidade profissional no cuidado ao paciente com sofrimento psíquico.		
Hipótese de desequilíbrio: Procura na caminhada, no exercício físico, e no uso medicamentoso de ansiolítico, solucionar as tensões psíquicas ou emocionais funcionando como compensações imaginárias.		
Observações: O cuidado ao paciente com sofrimento psíquico é causa de ansiedade profissional. O uso de medicação para ansiedade indica adoecimento. Observa-se ainda que em seu diálogo ele refere que em nenhum momento obteve a atenção administrativa/assistencial necessária, mesmo chegando ao esgotamento psíquico e emocional pois ele mesmo declara o pensamento de “que ia voar num”. Nota-se aqui um possível protesto relacionado a gestão administrativa/assistencial e a necessidade de um apoio psíquico emocional poderia ser garantido no próprio campo de atuação laboral.		
8.	Nome do profissional: Lia <sup>60</sup>	Categoria Profissional: Enfermeira
Diálogos narrativo:		
<p>— Ééé tem momentos que você sai daqui (referindo ao CAPS III) entra no carro e você desaba, porque é muita coisa, a gente sai daqui tem horas que você sai arrasada. Então eu entro no carro e choro, né. Aí alivia.</p> <p>Eu converso muito com a [supressão do nome por questões éticas] que é psicóloga, é, e tem um médico aqui, que eu também gosto muito de conversar que é o Dr [supressão do nome por questões éticas] e a gente vai trocando figurinhas para aguentar.</p> <p>Eu também tenho um refúgio, que é assim é, as vezes eu passo na Igreja São Francisco, e aí eu fico um pouco quieta lá.</p> <p>Olha, independentemente de quem você acredita Deus, na natureza ou em uma Força</p>		

<sup>59</sup> Fabrício é pseudônimo inspirado na obra O Alienista, de Machado de Assis.

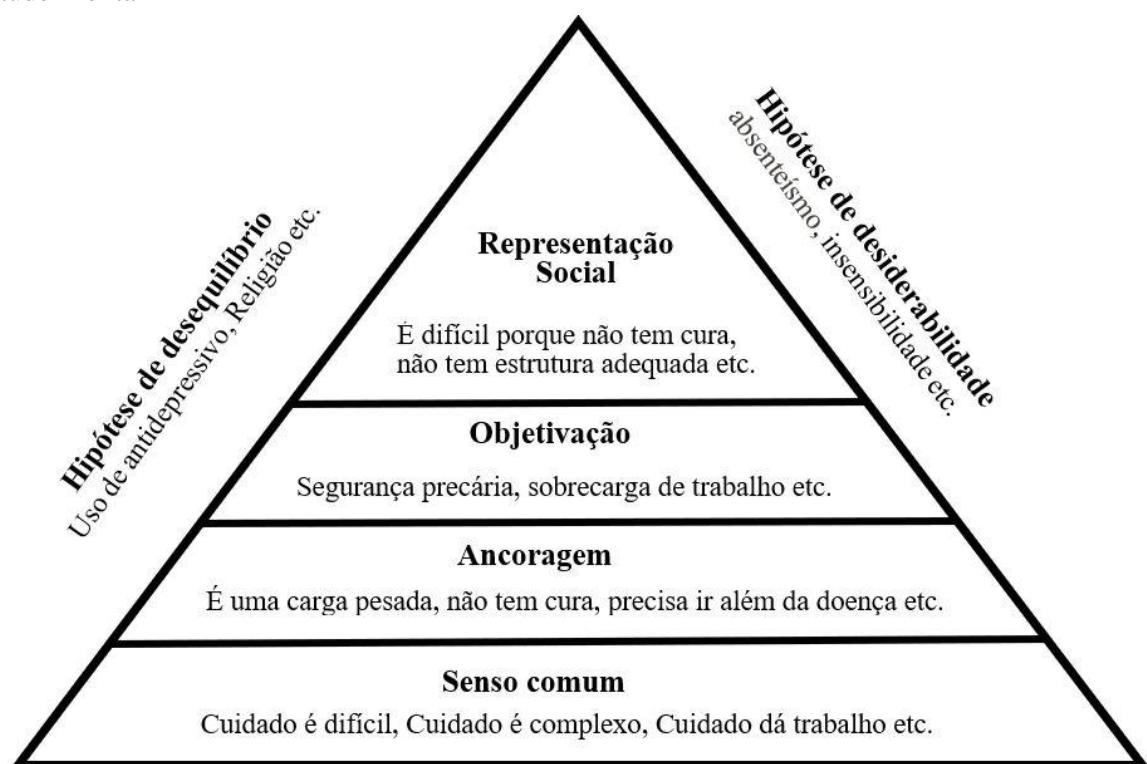
<sup>60</sup> Lia é pseudônimo inspirado na obra O Enfermeiro, de Machado de Assis.

Superior, mas a gente precisa as vezes olhar um pouco pra dentro e falar assim me ajuda né? É o momento que você divide, fala, é o meu jeito de vir no outro dia mais firme.
Hipótese de desiderabilidade: Choro, “para aliviar” conversa com a psicóloga, conversa com médico “para aguentar”.
Hipótese de desequilíbrio: Acreditar que Deus ajudará a superar as dificuldades.

**Fonte:** Elaborada pelos autores

Demonstrados os tipos de estratégias compensatórias que as pessoas com sofrimento psíquico colaboradoras desse estudo utilizam para melhor ajustamento no ambiente social ou para compensações emocionais, podemos demonstrar, de acordo com o modelo proposto, a arquitetura da construção das representações sociais de cuidado por elas compreendidos, conforme Figura 10.

**Figura 10** Pirâmide de Construção de Representações Sociais - Equipe Multidisciplinar de Saúde Mental



**Fonte:** Elaborado pelos autores

Nos diálogos com os profissionais de saúde mental, notamos a repetição da compreensão de senso comum acerca do cuidado ao paciente com sofrimento psíquico construída por meio de opiniões diversas e similares, com signos indicativos de dificuldades,

complexidade e tensões que o tornam exaustivo, à semelhança daqueles compreendidos pelos familiares cuidadores, refletindo as realidades cotidianas desses profissionais, com consequência na construção de representações sociais.

Assim, considerando os preceitos da teoria moscoviana, observamos que tais compreensões de senso comum também estão relacionadas a processos de ancoragem e objetivação por meio de rede de significações construídas socialmente, a qual cada um desses profissionais concebem as relações do cuidado aos pacientes com sofrimento psíquico, percebidas durante suas atividades laborais, revelando que eles experienciam momentos difíceis, extenuantes, angustiantes e um estado de vigilância constante, sendo estes alguns dos retratos da realidade cotidiana por eles vivenciada no desenvolvimento de suas atividades nas unidades de saúde mental do município.

Os motivos que levam os profissionais de saúde a construírem representações sociais sobre o cuidado à pessoa com sofrimento psíquico sofrem influência de diversos fatores, também presentes nos seus diálogos, tais como: sobrecarga de trabalho, falta de segurança, estrutura inadequada das unidades de saúde mental. Isso resulta na construção de uma realidade que, além de não contribuir para um cuidado mais humano e efetivo, tem provocado indiferença, insensibilidade e adoecimento dos profissionais.

## **6 ÚLTIMAS REFLEXÕES**

A Lei nº 10216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica) inaugurou um novo paradigma sobre a assistência em saúde mental no Brasil. Estabelecendo princípios e diretrizes básicas de atenção e proteção aos direitos da pessoa com sofrimento psíquico e de novas propostas de atendimento e cuidados, a lei promoveu a restruturação da Rede de Atenção Psicossocial, mas que tem enfrentado muitos desafios para sua consolidação, apesar de já passados mais de vinte anos desde sua promulgação.

Apesar dos princípios e diretrizes estabelecidos pela Lei de Reforma Psiquiátrica, temos visto nos últimos anos um movimento de retrocesso de toda a Política Nacional de Saúde Mental, sobretudo a partir da edição, pelo Ministério da Saúde, da Portaria nº 3588/2017, implementada com a aprovação da Resolução nº 32/2017, da Comissão Intergestora Bipartite que, a pretexto do fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, introduziu uma série de ações e serviços que fragilizam e dificultam a sua integral implementação.

Por seus aspectos, observamos que o cuidado em saúde mental, enquanto meio de promoção da vida e de produção de saúde, experimentou uma metamorfose durante o período de sua evolução, desde os tempos em que a sua prática era permeada pela indiferença, até se firmar como um instrumento de garantia da dignidade humana.

Cuidado também pode ser compreendido como um processo de analisar e buscar perceber, através dos sentidos e da sensibilidade, emoções, sentimentos e anseios das pessoas e formas pelas quais elas expressam os problemas que lhes afligem. Na área da saúde, o cuidar pressupõe, também, uma atenção singular de respeito e de vínculo relacional com a pessoa que necessita de cuidados, preservando sua autonomia, trazendo-a do mundo de invisibilidade e da indizibilidade para um mundo no qual ela passa a existir e ser considerada como ser humano na mais pura acepção do termo.

Por sua vez, o sofrimento psíquico é compreendido como um fenômeno amplo, apresentado sob formas e intensidades variáveis, com comprometimentos nos modos de vida tanto da pessoa por ele acometida, quanto daquelas que com ela convivem, expressados nos momentos de vulnerabilidade, de angústia e de fragilidade experimentada diante da doença.

Como profissional com experiência na área de cuidado à pessoa com sofrimento psíquico, observamos por diversas vezes, não de modo generalizado, formas de um tratar/cuidar centrado na fragmentação do cuidado, ou seja, baseado na remissão dos

sintomas, dos comportamentos, na falta de diálogo e de escuta, de acolhimento, inclusive durante a realização dessa investigação.

Intercorrências testemunhadas durante a pesquisa permitiram observar reações por parte do operador da política que poderiam ser interpretadas como ausência de cuidado, já que se resumiam às estratégias de manejo na forma de ameaças de contenção, bem como à prática de contenção física e/ou medicamentosa. Nisso vimos ações de não cuidado a ponto de indagarmos: quem é o louco? Aquele que estava em crise ou o outro que só pensava em amarrar, em conter, em projetar sobre o dito “doente” uma espécie de pequeno poder do dito “sadio”?

Nesse contexto é que realizamos o estudo qualitativo que teve por base epistemológica a Teoria das Representações Sociais de Sergio Moscovici acerca das diversas compreensões de cuidado à pessoa com sofrimento psíquico. O enfoque foi nos representantes das três categorias de agentes diretamente envolvidos nas ações de cuidar ou de ser cuidado, a saber: o familiar cuidador, o membro da equipe multidisciplinar de saúde mental e a própria pessoa com sofrimento psíquico.

Coligidas, analisadas e interpretadas as informações coletadas, verificamos a similitude dos diálogos individuais indicativos de um mesmo padrão de compreensão acerca dos significados de cuidado, considerado como consenso coletivo, corroboradas com a identificação de estratégias compensatórias, revelando realidades simbólica indicadas em cada uma das representações sociais presentes das realidades cotidianas dos familiares cuidadores, da pessoa com sofrimento psíquico e dos integrantes da equipe multidisciplinar de saúde mental.

No caso dos familiares cuidadores, cuidar de um ente com sofrimento psíquico representa provação e sacrifício. Foi isso que os participantes quiseram dizer quando relacionaram o cuidado às dificuldades ou a algo difícil de fazer ou realizar, pois cuidar do filho, da esposa, do neto, do marido, da mãe, da irmã ou de qualquer parente com sofrimento psíquico requer atenção constante de quem dele cuida.

É difícil, porque o cuidador familiar deve estar em vigilância constante, tal qual uma atalaia na guarita, um carcereiro no presídio ou uma pessoa perdida numa floresta repleta de perigos. Assim também é o cotidiano desses familiares. Constatamos que é essa a realidade da vida de muitos familiares que cuidam incessantemente de um parente, para que ele, quando em crise, não fuja de casa para ser abusado sexualmente por desconhecidos, retornando depois

para o lar machucado e com infecções sexualmente transmissíveis, por exemplo. É assim o retrato da vida de alguém que tem de estar sempre alerta, “cubando” a sua companheira em momentos de crise, para que ela não destrua toda a casa e não invista sobre ele com uma faca em punho.

É assim a vida de uma mãe que tem de vigiar o tempo todo a sua filha para que ela não cometa suicídio; das preocupações de uma avó que cuida de um neto; de uma mãe que, quando sai para trabalhar, tem que deixar aos cuidados de Deus. É ainda um esforço sobre humano, de ficar “mais que 24 horas por dia” cuidando de seus filhos com sofrimento psíquico, uma com diagnóstico borderline, que atenta contra a própria vida e o outro, usuário de drogas ilícitas, menor de idade e com problemas com a Justiça.

Mas não é somente isso: cuidar de um parente com sofrimento psíquico também representa a renúncia aos anseios e projetos pessoais em favor de quem é cuidado, como uma mãe que já não pode mais trabalhar e estudar, porque tem de cuidar do filho para que ele não volte para as drogas e ela não seja responsabilizada; ou como aquela que, desde o momento em que teve o diagnóstico de autismo de seu filho, não pode mais trabalhar no seu salão de beleza e nem cuidar da sua aparência e feminilidade, porque todos os seus esforços estão direcionados ao seu filho. Enfim, cuidar de um ente querido que tem sofrimento psíquico pode implicar pôr a própria vida em estado de hibernação, vivendo pelo outro para que o outro possa viver.

No percurso investigativo, também foi possível constatar que os familiares cuidadores, sejam avós, mães ou filhos são submetidos a situações de estresse constante, revelado nas faces de angústia, de cansaço extenuante, nas gesticulações, nas vozes entrecruzadas, na necessidade de falar de alguns deles, no choro e no silêncio. Os vários relatos de sagas cotidianas são os retratos das realidades vivenciadas numa busca incessante de respostas, no vai e vem das jornadas pelos serviços de atenção à saúde mental, com o intuito de obter um diagnóstico médico referente ao sofrimento psíquico do seu ente adoecido.

Muitos sequer possuem alguma noção sobre a doença, porém, ao receber o diagnóstico de que se trata de uma situação que não tem cura, porém é tratável, passam a viver num ambiente de sofrimento, de medo pelo seu ente parental e por si mesmo, pois sabe que o cuidado doravante deverá ser ininterrupto e constante. Tais representações sociais, ora desveladas, apontam os enormes desafios enfrentados pelos familiares/cuidadores no cotidiano do cuidado ao ente familiar com sofrimento psíquico.

As adversidades por eles vivenciadas estão representadas na perene atitude de preocupação, angústia e desalento, interferindo na dinâmica familiar e acarretando prejuízo na vida social, profissional e econômica, submetendo o cuidador familiar à sobrecargas físicas e psicológicas e, ainda que ele procure transformar a sua fragilidade perante as exigências que o cuidado lhe impõe, em resistência, mesmo diante de tantas tentativas frustradas e da falta de apoio profissional, emergem os fracassos que contribuem para o seu adoecimento, sendo esta uma imagem das realidades por eles vividas no cotidiano.

O estudo demonstra também que as representações sociais sobre o cuidado que as pessoas com sofrimento psíquico constroem de sua realidade indicam graves deficiências dos serviços de saúde mental, perpassadas desde a falta do devido esclarecimento sobre a diversas patologias até mesmo ao cuidado que consideram adequado.

Para eles, cuidado não é só manejo, cuidado não é só “dar remédio”, cuidado não é ameaçar, mas é compreender que o paciente com alguma “doença mental”, ou o dito “louco”, também é um ser humano merecedor de respeito e dignidade, pois ele é um paciente ativo que pode até ter medo de ser maltratado e “ficar quieto”, mas também pode reagir.

Para a pessoa com sofrimento psíquico, o CAPS III deveria ser um espaço de vida, um espaço que lhe dê opções de lazer, como campo de futebol, uma quadra de esporte, equipamentos de exercício ou outras atividades lúdicas que propiciem distração dos internos, sobretudo aqueles mais jovens, para que não passem todo o tempo que durar uma estadia ociosos, “somente tomando remédio” ou tentando controlar a ansiedade “para não usar drogas”, por exemplo. Nossa compreensão foi de que seria mais adequado que os CAPS III contemplassem um perfil arquitetônico parecido a de uma unidade escolar, disponibilizando opções de lazer, cultura e sociabilidade que verificamos ser uma necessidade no tratamento, conforme retratado na voz dos participantes, apesar da condição especial que cada qual apresenta em relação a sua doença.

Aliás, a própria formatação de um modelo de unidade de saúde mental mais assemelhado com um ambiente que não reforce o caráter de “prisão” se mostra salutar para derrubar mitos e preconceitos de que quem faz “tratamento no CAPS é louco”. Mas não é somente isso, pois toda pessoa possui uma forma de interpretar o mundo, memórias que vivenciou, aprendeu e experenciou e isto pode influenciar nas ações do cuidado à pessoa acometida de sofrimento psíquico. É necessário pensar o cuidado como um foco da atenção e não na doença em si, como comumente ocorre, dando atenção ao ser humano e não a sua

patologia, para que a pessoa se torne sujeito ativo e reativo na construção de seus modos de vida e de produção de saúde.

No que se refere às representações sociais sobre o cuidado ao paciente com sofrimento psíquico construídas pela equipe multidisciplinar de saúde mental, elas também revelaram um retrato de dificuldades, de sacrifícios, do suor laboral e do medo causado pela insegurança e precariedade das instalações, além de outros fatores que são decorrentes da própria complexidade em se trabalhar com um paciente com características tão singulares, em um ambiente de trabalho que, na maioria das vezes, “é adaptado” para funcionar como um Centro de Atenção Psicossocial III.

A falta de segurança se revelou um fator de estresse constante, pois obriga os profissionais de saúde mental a ficarem em estado de alerta. Além disso, o dimensionamento do profissional não é adequado à demanda de usuários, causando sobrecarga de serviços, levando à exaustão e ao adoecimento. Soma-se a isso a falta de formação e capacitação profissional, causando desestímulo, alimentando um sentimento de fracasso, impotência e desânimo, sobretudo quando o resultado do trabalho realizado não corresponde aos esforços e investimentos de cuidado junto aos usuários.

Não bastasse isso, as revelações de uma sobrecarga, tanto física quanto emocional, contribui para o adoecimento destes que também sentem os efeitos do desamparo e da falta de apoio psicológico, tão necessários para manutenção da saúde mental de quem cuida da saúde mental de outrem. Em resumo, as representações sociais construídas sobre o cuidado à pessoa com sofrimento psíquico, por todas as partes envolvidas, podem ser resumidas conforme Quadro 4.

**Quadro 4** Representações Sociais de Cuidado em Sofrimento psíquico

Familiar Cuidador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidar é como estar à beira de um abismo;</li> <li>- Cuidar é viver uma vida de provações;</li> <li>- Cuidar é ficar sempre alerta, vigiando;</li> <li>- Cuidar é renunciar aos anseios pessoais em favor do outro;</li> <li>- Cuidar causa sofrimento familiar.</li> </ul>
Pessoa com Sofrimento psíquico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidado é viver e conviver em um ambiente de paz;</li> <li>- Cuidado é não ser objeto de preconceito somente pelo fato de possuir sofrimento psíquico;</li> <li>- Cuidado é ser respeitado na sua condição de ser humano;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidado é ter atividades de atenção, recreações e esporte na Unidade de Saúde do CAPS III.</li> </ul>
Operador da Política de Saúde Mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidado é difícil porque tem que trabalhar vários aspectos do ser humano, não somente uma doença específica;</li> <li>- Cuidado é difícil porque ainda existem preconceitos e mitos que envolve o sofrimento psíquico.</li> <li>- Cuidado é constante, extenuante e ininterrupto.</li> <li>- Cuidado é difícil porque as condições de trabalho são precárias, existe falta de segurança, déficit de treinamento/capacitação de pessoal inadequada;</li> <li>- Cuidado é extenuante devido a deficiência no quadro efetivo de profissionais</li> <li>- Cuidado é difícil devido as recaídas constantes, como se fosse uma doença crônica não tratada.</li> </ul>

**Fonte:** Elaborada pelos autores

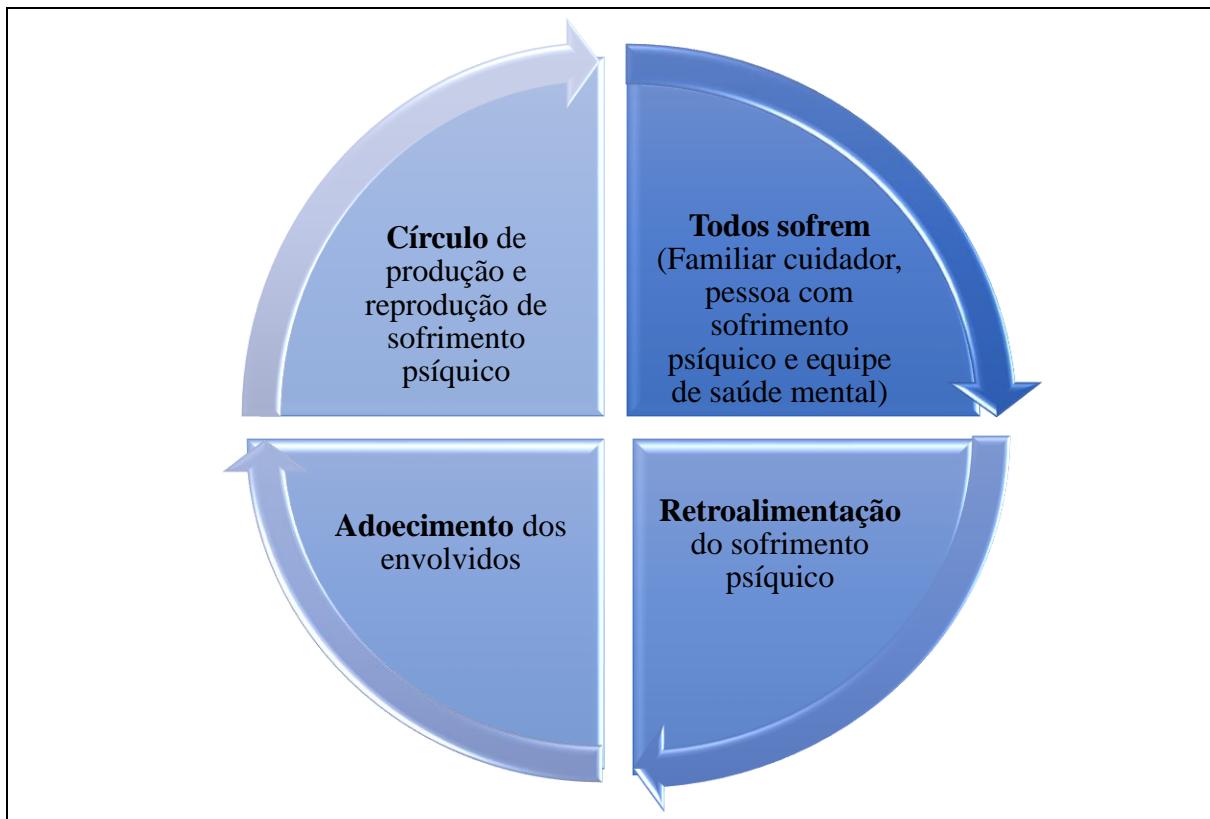
Considerando toda dinâmica do cuidado à pessoa com sofrimento psíquico, demonstrada nos diálogos dos participantes desse estudo, foi-nos revelado, ainda, a falta de atendimento psicológico individual para eles, para seus cuidadores familiares e até mesmo para os integrantes das equipes de saúde, levando-os a buscar compensações imaginárias ou reais ou outros meios de fuga da realidade, retornando ao uso de drogas ou álcool, como no caso de usuários de substância psicoativas, se apegando à religião ou se envolvendo o mínimo possível, ou adotando atitudes de maior indiferença com o sofrimento dos pacientes, ou buscando ajuda em grupos religiosos, ou medicamentos antidepressivos, como no caso de profissionais de saúde.

Tais constatações demonstram, inequivocamente, os sinais de um processo de falência do modelo de atenção em saúde mental vigente no município em que foi realizado o estudo, quiçá no país, pois o espaço de atuação desses profissionais, importante elo na cadeia de atenção em saúde mental, acaba sendo suprido por outros mecanismos que não proporcionam uma resposta adequada às demandas psíquicas ou emocionais de quem necessita de cuidados e, também de quem tem a missão de cuidar.

Não bastasse isso, o estudo revelou que as representações sociais construídas acerca do cuidado à pessoa com sofrimento psíquico, seja pelo familiar cuidador, pelos profissionais das equipes de saúde mental ou pela própria pessoa, podem, em tese, ser sintetizado na

expressão: Cuidar é sofrer, o que, paradoxalmente, demanda cuidado e contribui para formação e perpetuação de ciclo de sofrimento na dinâmica do cuidado, retroalimentando o sofrimento psíquico, causando o adoecimento do familiar cuidador, além de não contribuir para melhora efetiva de quem dele sofre, levando ao adoecimento e frustração dos profissionais na linha de frente da saúde mental, conforme representa a Figura 11.

**Figura 11** Ciclo de Sofrimento na Dinâmica do cuidado



**Fonte:** Elaborado pelos autores

De todo o exposto, nos parece que as respostas aos problemas apontados nesse estudo devem levar em conta o estabelecido na Política Nacional de Humanização com a construção de instrumentos que possibilitem a aplicação prática dos seus preceitos nas mais diversas modalidades de atenção em saúde, de acordo com os princípios preconizados pelo SUS como meio de produzir transformações nas atitudes de gerir e cuidar da saúde, com qualidade, acolhimento integral e inclusivo.

Considerar que todos os profissionais da saúde sejam ativos em suas intervenções de cuidado, realizando o acolhimento, reconhecendo e respeitando a singularidade de cada pessoa em busca de vínculo, de corresponsabilização em prol da qualidade no cuidado em saúde mental, sem descurar eles também devem contar com serviços de apoio biopsicossocial

oferecido dentro do próprio sistema, pois a realidade por eles enfrentada é complexa e permeada de adversidades no seu cotidiano na missão de cuidado à pessoa com sofrimento psíquico.

Sabendo que o cuidado dispensado à pessoa com sofrimento psíquico é complexo e requer atenção integral, a família também precisa ser amparada e preparada para a tarefa de cuidar. Para isso, é necessário o desenvolvimento de mecanismos que possibilitem a integração de estratégias possíveis para as práticas de cuidar.

Cabe também pontuar a necessidade de estrutura física adequada, com melhor utilização do tempo durante o período de internação ou repouso, evitando que os cuidados permaneçam apáticos e sem atividade, de modo que os CAPS III possam ser vistos, além de local de tratamento, como um ambiente de lazer, de atividades recreativas e criativas, minimizando a ociosidade, propiciando um bem viver e realizando, efetivamente, dinâmicas de apoio, considerando as suas dimensões individuais, grupais e sociais.

Também nos pareceu necessário lançar um novo olhar sobre a questão socioeconômica dos familiares, mediante a implementação de programas de apoio específicos, para que, de fato, cumpram com a sua missão no protagonismo do cuidado, sem descurar do enfoque no campo dos profissionais das equipes de saúde mental que também ressentem a falta de apoio institucional, sobretudo psicológico, pois, como dito nos vários diálogos com única voz, cuidar “é difícil”.

Portanto, pensar o cuidado em saúde mental, atualmente, é buscar examinar de forma detalhada as práticas de saúde que estão sendo disponibilizadas e realizadas nos serviços de atenção psicossocial, buscando levar em consideração que elas devem ter por objetivo as potencialidades do indivíduo no seu enfrentamento como sujeito ativo do seu comportamento, além da construção de sua saúde de modo que os modelos de atenção em saúde sejam concebidos com fundamento em preceitos éticos e de respeito às singularidades das pessoas.

Por fim, já passados vinte anos de vigência da Lei da Reforma Psiquiátrica, as representações sociais de cuidado à pessoa com sofrimento psíquico apontam para a necessidade de ajustes que garantam um tratamento mais efetivo e eficaz. No entanto, é fato que, atualmente, vivenciamos uma desordem e um regresso na democracia brasileira em que pese o tema aqui em questão posto, levantando uma tensão com relação às formas de cuidar que devem estar balizadas, como dissemos, na ética, no respeito, na liberdade, na ampliação e qualificação das Redes de Atenção à Saúde, sobretudo, porque a História que “é um profeta

com olhar voltado para trás: pelo que foi e contra o que foi, anuncia o que será” (GALEANO, 1979, p. 286) nos revelando que o que tínhamos antes era ruim e não podemos permitir que o que era ruim retorne. Não podemos permitir que novas veias sejam abertas nos braços de quem cuida e possui sofrimento psíquico.

Por fim, deixamos aqui impresso tudo o que vimos, ouvimos e sentimos ao abordar o tema do cuidado à pessoa com sofrimento psíquico, bem como o compromisso, a responsabilidade e o engajamento em prol do aperfeiçoamento das políticas públicas no campo da saúde mental, buscando o fortalecimento e a garantia de um cuidado pleno, inerente à natureza física, psíquica e social do ser humano.

## **REFERÊNCIAS**

---

ALENCAR, J. **Senhora**. São Paulo - SP: Martin Claret. 2006.. ISBN 85-7232-482-8.

ALENCAR, J. **Sonhos D'Ouro**. São Paulo - SP: Editora Ática. 1981. ISBN 10-0021-0613-327.

ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S. A Teoria das Representações Sociais. In: TORRES, Claudio Vaz; NEIVA, Elaine Rabelo [organizadores]. **Psicologia social: principais temas e vertentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p 287 a 295. ISBN 978-85-363-265.

AMADO. J. **A morte e a morte de Quincas Berro D'agua**. 1 ed. São Paulo - SP: Ed Companhia das Letras, 2008. ISBN 85-359-1183-9.

AMARANTE. P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2016. ISBN: 85-85676-51-5.

AMARANTE. P. TORRE. E.H.G. Loucura E Diversidade Cultural: Inovação e Ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. **Interface Comunicação em Saúde**, 21 763-74. 2017. doi.org/10.1590/1807-57622016.0881. Disponível: <https://www.scielo.br/j/icse/a/wbrrsJPgptHd6q5qgrdn> WJk/abstract/?lang=pt acesso em: 15 mar. 2020.

AMARANTE, P.; NUNES, M. de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **OPINIÃO Ciênc. saúde colet.** 23 (6) jun. 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvtXt4JfLvDF/?lang=pt#>> Acesso em 24 abr. 2021.

ARRUDA. A. Representações Sociais: dinâmicas e redes. p. 442 – 491. In: **Teoria das Representações Sociais: 50 anos.**1º ed Technopolitik, 898 p. ISBN 978-85-62313- 09-7 (eBook). 2014. Disponível em: <https://books.apple.com/br/book/teoria-das-representa%C3%A7%C3%A3os-sociais-50-nos/id1143950654>. Acesso em: 15 jan. 2019.

ASSIS, M. de. **O alienista**. São Paulo - SP: Ática. 1995. ISBN 85-08-05308-8.

ASSIS, M. de. **O Enfermeiro**. 3ª edição. Belo Horizonte - MG: Ed Escala Educacional. 2006. ISBN 9788576661948.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: Trabalho, Interação e Saber nas Práticas de Saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S. l.], v. 31, n. 1, 2017. DOI: 10.18471/rbe.v31i1.21847. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/21847>. Acesso em: 10 jan. 2021.

BATISTA, E. C. A Saúde Mental e o Cuidado à Pessoa em Sofrimento psíquico na História da Loucura. **Rev. Enfermagem e Saúde Coletiva**, 3(2)02-15. 2018. ISSN: 2448-394X. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/341102947\\_A\\_Saude\\_Mental\\_e\\_o\\_Cuidado\\_a\\_Pessoa\\_em\\_Sofrimento\\_Psiquico\\_na\\_Historia\\_da\\_Loucura/link/5ead6ce5299bf18b958e6c3d/download](https://www.researchgate.net/publication/341102947_A_Saude_Mental_e_o_Cuidado_a_Pessoa_em_Sofrimento_Psiquico_na_Historia_da_Loucura/link/5ead6ce5299bf18b958e6c3d/download). Acesso em: jan. 2021.

BERMEJO, J. C. (2008). **Humanizar a saúde: cuidado, relações e valores**; tradução de Guilherme Laurito Summa. Petrópolis: Vozes. ISBN 978-85-326-3713-08.

BERTONI, L. M.; GALINKIN, A. L. Teoria e métodos em representações sociais. In: Mororó, L. P., Couto, M. E. S., and ASSIS, R. A. M., orgs. **Notas teórico-metodológicas de pesquisas em educação: concepções e trajetórias** [online]. EDITUS pp. 101-122. ISBN: 978-85-7455-493-8. 2017. doi: 10.7476/9788574554938.005. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/yjxdq/epub/mororo-9788574554938.epub>. Acesso em: 18 jun. 2020.

BORBA, L. O. de; PAES, M. R.; GUIMARÃES, A. N.; LABRONICI, L.M.; MAFTUM, M. A. A família e o portador de sofrimento psíquico: dinâmica e sua relação familiar. **Rev Esc Enferm.** 45(2):442-9. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/hnHfKyBVnXcz8s57dt3gFgQ/?lang=pt> Acesso em: mar. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_003/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_003/Constituicao/Constituicao.htm). 1988. Acesso em: 15 jun. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Federal nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm). 1990. Acesso em: 15 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 86 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) ISBN 85-334-0775-0. Acesso em: 10 mai. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. 2004b Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/Matrices\\_Consolidacao/comum/13150.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/Matrices_Consolidacao/comum/13150.html). Acesso em: 11 abr. 2020.

BRASIL. **Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). 2001. Acesso em: 10 mai. 2019.

BRASIL. **Lei nº. 10.703, de 18 de julho de 2003**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.703.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.703.htm). 2003. Acesso em: 10 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 32 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 85-334-1137-5. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambienca\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambienca_2ed.pdf). Acesso em: 10 mai. 2019.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ms/campo-grande.html>. Acesso em: 15 jan. 2019.

**BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 10 fev. 2019.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde. 176 p.il. (**Cadernos de Atenção Básica**, n. 34). 2015a. Acesso em: 10 mai. 2019.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília :Ministério da Saúde, 2015.548 p.: il. (**Caderno HumanizaSUS**; v. 5). 2015b. Acesso em: 10 fev. 2019.

**BRASIL. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016.** Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 2016a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html). Acesso em: 03 jan. 2019.

**BRASIL. Emenda Constitucional Nº 95, de 15 de dezembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 15 dez. 2016b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 12 abr. 2021.

**BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Ministério da Saúde. 2017a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 03 jan. 2019.

**BRASIL. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.** Ministério da Saúde. 2017b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.htm](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.htm). Acesso em: 18 jun. 2020.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p.: il. ISBN 978-85-334-2649-8. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf). Acesso em: 18 jun. 2020.

BURIOLA, A. A.; VICENTE, J. B.; ZURITA, R. C. M.; MARCON, S. S. Sobrecarga dos cuidadores de crianças ou adolescentes que sofrem sofrimento psíquico no município de Maringá-Paraná. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 344-351. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160047>. Acesso em: mai. 2019.

CARDOSO, A. J. C., TRINO, A.; PEDRA, M., e MEDEIROS, P. P. de. (2014). Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, 8(1), Pág. 57-63. <https://doi.org/10.18569/tempus.v8i1.1453>. Acesso em: mar. 2020.

CERVANTES, M. de. **Dom Quixote**. 1<sup>a</sup> ed. - Cotia: Editora Pé da letra. 2018. ISBN 978-85-9520-085-2.

**CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN Nº 427/2012.** Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica em pacientes. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-4272012\\_9146.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-4272012_9146.html). Acesso em: 05 ago. 2019.

CONSTANTINIDIS, T. C. Profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico: encontro ou desencontro?. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 23-32. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/YkYyX89Ch56HyT3N5HJvrBj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 nov. 2019.

COLVERO, L. de A. *et al.* Cotidiano de Cuidados em saúde mental à atenção básica à saúde In: **Saúde Mental: cuidado e subjetividade**: vol. 2. Machado, A. L., Colvero, L. A. de, Rodolpho, J. R. C (orgs) São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora. 2013. 97-129 p. ISBN 978-85-7808-121-8.

COVELO, M. S. R.; BADARÓ- MOREIRA, M. I. Laços entre família e serviços de Saúde Mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. **Interface. Comunicação Saúde Educação**. 2015. DOI: 10.1590/1807-57622014.0472. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ym3dPcW6Vxz5XSZm7QszHb/abstract/?lang=pt> Acesso em: 18 dez. 2020.

CRUZ, N. F. O. de; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G.G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trab. educ. saúde** 18 (3) 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxZ6hgQqBH/?lang=pt#>. Acesso em: 13 abr. 2022.

DELGADO, P. G. Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. **Physis, Revista de Saúde Coletiva** v. 25, n.1, p. 13-18. 2015. ISSN 0103-7331. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838272002> Acesso em: 08 fev. 2019.

DELGADO, P. G. Reforma Psiquiátrica: estratégias para resistir o desmonte. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, 2019; 17(2):e0021241. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/zV7FgHGZww6WWRfgsDK7bkn/?lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2021.

DEL'MO F. S. de; CERVI, T. M. D. Sofrimento psíquico e dignidade da pessoa humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Seqüência**. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/seq/a/ZWCmZY7Mby855yPqRVzcwYD/?lang=pt> .<https://doi.org/10.5007/2177-7055.2017v38n77p197> Acesso em: 19 jun. 2019.

DIORIO, A. P. I.; COSTA, M. A. F. da; SANTANA, G. C. A. A teoria das representações Sociais como referencial teórico-metodológico na pesquisa em Ensino de Biociências e Saúde. **Revista Praxis**. Disponível em: <http://revistas.unifoia.edu.br/index.php/praxis/article/view/685> Acesso em: 16 mai. 2019.

DUPRÉ, M. J. **Éramos Seis**. Ed. Ática. 2019. ISBN 85-081-582-70.

DURKHEIM, É. **As Regras do Método Sociológico.** São Paulo: Martin Claret, 2008. ISBN 85-7232-422-4.

FERRAZZA, D. de A.; ROCHA, L. C. da; LUZIO, C. A. Medicalização em um serviço público de saúde mental: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte, v. 6, n. 2, p. 255-265, jul2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a08.pdf>. Acesso em: 09 set. 2019.

FIDELIS, C. A. (2018) Sentido do Cuidado em saúde mental: sobre a rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). **Trab. educ. saúde** 16 (2) Mai-Ago <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00126>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/kBsDZ9QnyxrJ7rcpjmm4znt/?lang=pt#>. Acesso em: 16 ago. 2020.

FILHO, C. S.; NETO, J. L.F. Transtornos Mentais Graves na Atenção Básica: Experiências de Profissionais de Equipes da Saúde da Família. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 13, n. 3, jul./set. p. 99-115 doi: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v13i3.1113>. 2021. Disponível em: <https://www.pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1113/1266>. Acesso em: 10 out. 2021.

FREITAS, F; AMARANTE, P. **Medicalização em Psiquiatria.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. ISBN 978-85-7541-472-9.

GALEANO. E. *As Veias Abertas da América latina*. Trad. Galeano de Freitas. 7 ed., Rio de janeiro: Paz e Terra, 1979. CDD -327.11338.098

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas S.A.2002. ISBN 85-224-3169-8.

GUARESCHI, P. A. Apresentação a Edição Brasileira. In: MOSCOVICI, Serge. **A Psicanálise, Sua Imagem e Seu Público.** Tradução de Sonia Fuhrmann. Vozes. 2012. ISBN 978-85-326-4300-1.

GUIMARÃES, B. **O Seminarista.** 8 ed. São Paulo SP: Ática, 1994. ISBN 85-322633-56.

JODELET, D. **Loucura e representações sociais.** 2 ed. Petrópolis: Vozes. 2015. ISBN 978-85-326-3127-5.

JODELET, D. A fecundidade múltipla da obra “A psicanálise, sua imagem e seu público”262-297 In **Teoria das Representações Sociais: 50 anos.** Technopolitik, 2014. 898 p. ISBN 978-85-62313- 09-7 (eBook) Disponível em: <https://books.apple.com/br/book/teoria-das-representa%C3%A7%C3%A7%C3%B5es-sociais-50-anos/id1143950654>. Acesso em: 15 jan. 2019.

JODELET, D. **Representações sociais: um domínio em expansão** IN: JODELET D. (org.) **As Representações Sociais.** 2002. Rio de Janeiro: Eduerj. p. 17-44. ISBN 8575110144.

JOVCHELOVITCH, S. **Os contextos do saber: representações, comunidades e cultura.** Petrópolis: Vozes. 2011. ISBN 978-85-326-3647-9

KEBBE, L. M.; RÔSE, L. B.R.; FIORATI, R. C.; CARRETTA, R. Y. D. (2014) Cuidando do familiar com sofrimento psíquico: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V. 38, N. 102, P. 494-505.

LIMA, E.D. de **Imaginário social sobre a loucura: cultura e práticas de cuidado em saúde mental**. Cutitiba: Aprris. 2016. ISBN 978-85-473-020203.

LIMA D. K. R.R., GUIMARÃES J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29(3), e 290310. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/46y3mHF9kdx7DHQGHwpspdf/?lang=pt>. Acesso em: 25 fev. 2020.

LISPECTOR. C. **Laços de Família**. Rio de Janeiro: Ed. Rocco. 1998. ISBN 8532508138.

MARKOVÁ, I. **Dialogicidade e representações sociais: as dinâmicas da mente**. Vozes. 2006. ISBN 85.326.3397-8.

MENDES, A. C.; MARQUES, M. I.; MONTEIRO, A. P.; BARROSO, T.; QUARESMA, M.H. Educação em enfermagem de saúde mental e psiquiatria no curso de licenciatura em enfermagem. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto , v. 14,n. 2,p. 73-83. 2018. Disponível em:[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762018000200003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762018000200003). Acesso em: 25 mar. 2019.

MILANI, H. F. B.; VALENTE, M. L. L. C. O caminho da loucura e a Transformação da Assistência aos portadores de saúde mental. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**,4(2), 00. 2008. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762008000200009&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000200009&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 25 mar. 2019.

MINAYO, M. C. de S.; COSTA, A. P. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, 40. 2018. <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6439>. Acesso em: 05 jan. 2019.

MINAYO, M.C.S. amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59> Acesso em: 14 mai. 2019.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec. 2015. ISBN 978-85-271-0181-3.

MOREIRA, D.de J.; BOSI, L. M. Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29(2), e290205. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/mjgwj7Y7jH43BQPXGCtYrb/?lang=pt>. Acesso em: abr. 2021.

MOSCOVICI, S. **A Psicanálise, Sua Imagem e Seu Público.** Trad. Sonia Fuhrmann. Petrópolis: Vozes. 2012. ISBN 978-85-326-4300-1.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social.** Editado em inglês por Gerard Duveen; traduzido do inglês por Pedrinho A. Guarechi. Petrópolis RJ:Vozes, 2010. 404 p. ISBN 978-85-326-2896-1.

NUNES, V. V., FEITOSA, L. G. G. C, FERNANDES, M. A. A., LANDIM, C. A. P; RAMOS, C. V. Saúde mental na atenção básica: atuação do enfermeiro na rede de atenção psicossocial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 73(Supl. 1), e20190104. Epub June 01,2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/B5x8LfgYRgB993K7ZDgJd9R/?lang=pt>. Acesso em: 07 mar. 2021.

OLIVEIRA, A. G. B. de; VIEIRA; M. A. M.; ANDRADE, S. de M. R. **Saúde Mental na Saúde da Família: subsídios para o trabalho assistencial.** São Paulo: Olho d'agua. 2011. 72 p. CDU 616.89-008.42159.97:614

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, e 00156119. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LKMxbhKYbPHqP8snJjHwsLQ/?lang=pt><https://doi.org/10.1590/0102-311X00156119>. Acesso em:07 mar. 2021.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et.al. A Gestão Autônoma da Medicina: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2889-2898, Out. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XbYg7jh4vgsRRhcFSt3pFCP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 07 mar. 2021.

PAIM, J. S. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia, FILHO, Naomar de Almeida (Org). **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI. 6<sup>a</sup> ed. 2003 p. 587-603. ISBN 978-85-277-1633-8

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciên. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1.723-1.728, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 mai. 2020

PATIAS, N. D.; HOHENDORFF, J. V. Critérios de Qualidade para Artigos de Pesquisa Qualitativa. **Psicologia em Estudo**. v. 24, e43536, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/BVGWD9hCCyJrSRKrsp6XfJm/?lang=pt>. Acesso em: 06 fev. 2020.

PIMENTAL. J.O. de; SILVA, A. M. R.; BORGES, L. J.; COUTINHO, S. S. da.; LOCH, M. R. SUS Para Todos, Para Pobres ou Para Ninguém? A visão de Estudantes de Educação Física. **Revista Contexto & Saúde**, v. 21, n. 43, p. 225-239, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/11620>. Acesso: 12 abr. 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE – MS. Secretaria municipal de Campo Grande (SESAU). **Banco de dados da Rede de Atenção Psicossocial** disponível em:

<http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/centro-de-atencao-psicossocial/>. Acesso em: 15 mar. 2021.

**RAMALHO, V.; RESENDE, V. de M. Análise de Discurso (para a) Crítica: o texto como material de pesquisa.** Campinas: Pontes Editores. 2011. 194p. ISBN 978-85-7113-336-5.

RAMOS, A. C.; CALAIS, S. L.; ZOTESSO, M. C. Convivência do familiar cuidador junto a pessoa com transtorno mental. **Contextos Clínicos**, v. 12, n. 1. 2019. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-4822019000100013&Ing=pt&tenrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-4822019000100013&Ing=pt&tenrm=iso). Acesso em: 10 mar. 2020.

REIGADA, C. L. de; ROMANO, V. F. O uso do SUS como estigma: a visão de uma classe média. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28(3), e 280316, 2018. disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/6mk4Hsqvwf9kKcdfKFKMv6y/?lang=pt>. acesso em: 10 abr. 2022.

ROSA, J.G. **Grande sertão: veredas** - “o diabo na rua, no meio do redemoinho...”. São Paulo: Companhia das Letras. 2019. ISBN 978-85-359-3198-3.

ROSA, J.G. A hora e a vez de Augusto Matraga. In: **Sagarana**. 1. ed. São Paulo: Global. 2019.p.293-332. ISBN 978-85-260-2464-9.

ROCHA L. F. Teoria das representações sociais: a ruptura de paradigmas das correntes clássicas das teorias psicológicas. **Psicol. cienc. prof.** 34 (1) <https://doi.org/10.1590/S1414-98932014000100005>. 2014. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/pcp/a/wrWbcH7fPm37DBzk6x4JmKK/?lang=pt>. Acesso em: 08 mai. 2019.

ROCHA, R. M. **Enfermagem em saúde mental**. 2 ed. Editora Senac. 2019. 256 p. ISBN:9788539628919.

SAMPAIO, F. N.; ARAÚJO, M. A. N.; BASTOS, M. M. Estratégias de cuidado à saúde mental na atenção básica: caminhos para ampliação da assistência. **Revista Baiana de Saúde Pública** v.39, n.3, p.497-514. 2015. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1543/0> <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2015.v39.n3.a1543>. Acesso em: 08 mai. 2019.

SAVARIS, L. E.; ANDREANI, G. K. R.; MURARO, M. E. F.; SEIXAS, S. S. Reforma psiquiátrica brasileira e a psicologia no sistema único de saúde. **CadernosS de PsicologiaS**, Curitiba, n. 2, 2021. Disponível em: <https://cadernosdepsicologias.crppr.org.br/reforma-psiquiatrica-brasileira-e-a-psicologia-no-sistema-unico-de-saude/>. Acesso em: 15 mai. 2022.

SILVA, A. L. da. **Cuidado tridimensional: um novo paradigma para a saúde**. São Caetano do Sul: Yendis Editora. 2007. ISBN 978-85-98859-97-2.

SILVA, F. C. S. Princípio da integralidade e os desafios de sua aplicação em saúde coletiva. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, vol. 7, n.4. 2015. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revistasaudade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/373>. Acesso em: 10 mai. 2019.

SILVA O.J.B. É o Sistema Único de Saúde-SUS para os pobres?. **Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário.** 2017. abr./jun, 6(2):180-192. Disponível em: [http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-8122010000200002&lng=pt](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-8122010000200002&lng=pt). Acesso em 19.abr.2022.

TRINDADE, Z. A.; SANTOS, M. F. S.; ALMEIDA, A. M. O. Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. p. 133-162. In **Teoria das Representações Sociais: 50 anos.** Technopolitik. 2014. 898 p. ISBN 978-85-62313-09-7 (eBook) Disponível em: <https://books.apple.com/br/book/teoria-das-representa%C3%A7%C3%A3os-sociais-50-nos/id1143950654>. Acesso em: 15 jan. 2019.

WALDOW, V. R. Atualização do cuidar. **Aquichan.** 8(1), 85-96.2008. Disponível em: Acesso em 08 de mai de 2019.[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972008000100008&lng=en&lng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972008000100008&lng=en&lng=pt). Acesso em: 15 jan. 2019.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paul Enferm;**24(3):414-8. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/17.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.

WOLTER, R. M. C. P. Serge Moscovici: um pensador do social. p 27-38. In **Teoria das Representações Sociais: 50 anos.** Technopolitik, 2014. 898 p. ISBN 978-85-62313-09-7 (eBook) Disponível em: <https://books.apple.com/br/book/teoria-das-representa%C3%A7%C3%A3os-sociais-50-anos/id1143950654>. Acesso em: 03 jan. 2019.

## **APÊNDICES**

---

## APÊNDICE I

### QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Prezado (a) Senhor (a),

Informamos que os dados coletados serão confidenciais e serão usados única e exclusivamente para a para fins científicos.

#### I - IDENTIFICAÇÃO.

1) Nome \_\_\_\_\_

2) Sexo: [ ] masculino [ ] feminino.

3) Idade: \_\_\_\_\_

4) Grau de escolaridade:

[ ] ensino fundamental [ ] ensino superior [ ] ensino médio [ ] outro

\_\_\_\_\_

5) Profissão: \_\_\_\_\_

6) Renda Familiar: \_\_\_\_\_

7) Endereço: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE II

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

#### I. PERGUNTAS DISPARADORAS.

##### a) **Família/pessoa cuidadora da pessoa com sofrimento psíquico**

O que é cuidar em sofrimento psíquico?

Quem cuida? Quem não cuida?

Acompanha o tratamento do familiar no CAPS III?

Ocorre informação pela equipe multiprofissional do CAPS III sobre a doença? Sobre a utilização de medicamentos e os seus efeitos colaterais?

Como realiza os cuidados das necessidades básicas? (alimentação, sono, cuidados de higiene)

Como ocorre a liberdade de movimento de quem cuida da pessoa com sofrimento psíquico?

Fale sobre as experiências vivenciadas referente as questões emocionais, econômicas e sociais e como as representa.

Utiliza estratégias de enfrentamento? Fale sobre elas

##### b) **Pessoa com sofrimento psíquico**

Como você se sente em relação ao seu sofrimento psíquico (sentimentos, percepção, compreensão, mudança nos modos de vida)

Ocorre informação pela equipe multiprofissional do CAPS III sobre a doença? Sobre a utilização de medicamentos e os seus efeitos colaterais?

Como ocorre o cuidado familiar?

Como ocorre o cuidado da equipe multiprofissional do CAPS III?

Como você gosta de ser cuidado?

Ocorre mudanças no modo de vida ? quais estratégias utiliza de enfrentamento? Fale sobre elas

Fale sobre outras experiências e como as representa

Utiliza estratégias de enfrentamento? Fale sobre elas

c) **Equipe multiprofissional dos CAPS III**

O que é cuidado em saúde mental?

Fale sobre as experiências de cuidado às pessoas com sofrimento psíquico, familiares aqui no CAPS III.

A equipe multiprofissional se encontra preparada para desempenhar suas atribuições? Possui conhecimento acadêmico? ocorre treinamento dentro do CAPS?

Fale sobre a dinâmica e o desempenho dos serviços realizados pela equipe multiprofissional. Existe segurança local?

Fale sobre as experiências vivenciadas referente as questões emocionais, econômicas e sociais e como as representa.

Recebem apoio institucional? Utiliza estratégias de enfrentamento? Fale sobre elas.

Fale sobre outras experiências e como as representa.

Utiliza estratégias de enfrentamento? Fale sobre elas

Data da Entrevista: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

---

Entrevistado

---

Pesquisadora

## APÊNDICE III

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

**TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA:** QUESTÕES ÉTICAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: o cuidado nas estratégias de atenção em saúde mental

**SUBPROJETO:** REPRESENTAÇÃO SOCIAL E CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

#### **PESQUISADOR (A)**

Prof. Dr. Márcio Luís Costa

Outros pesquisadores da Equipe conforme o caso.

Nome: Rosângela Fernandes Pinheiro Nantes RA: 832499

Mestrando, Mestrado e Doutorado em Psicologia da UCDB.

Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) PPG em Psicologia. Av. Tamandaré, 6000.

Jardim Seminário Campo Grande-MS, 79117-900 (67) 3312-3605

#### **INFORMAÇÕES SOBRE O CEP**

O CEP é a instância na qual o participante da pesquisa pode receber informações e protocolar queixas em relação aos procedimentos aos quais foi submetido durante a pesquisa, quando por estes se sentir lesado.

Nome: CEP UCDB

Endereço: Av. Tamandaré, 6000, Jardim Seminário – CEP: 79117-900 – Campo Grande-MS -

Telefone: (67) 3312-3723 - Email: [cep@ucdb.br](mailto:cep@ucdb.br)

#### **RESUMO DA PESQUISA**

O Projeto tem como objetivo realizar pesquisas teóricas e estudos de caso sobre as questões éticas relacionadas ao cuidado nas políticas públicas, em especial nas estratégias de atenção em saúde mental. As pesquisas teóricas serão realizadas nas produções do campo das Ciências Humanas, Sociais e da Saúde; nos documentos que refletem e regulam práticas profissionais;

nos documentos das Políticas Públicas de Saúde; em outros documentos que emergirem como relevantes.

As Pesquisas de estudo de caso estarão focadas na pessoa com sofrimento psíquico e na família cuidadora, nas equipes técnicas setor saúde, nos usuários e no entorno comunitário (vizinhança e equipamentos sociais) e serão realizadas nas residências dos usuários e das famílias cuidadoras, nas Unidades do Setor Saúde e nas residências da vizinhança, com as estratégias de observação, entrevistas e grupo focal. O tratamento e a análise dos dados serão realizados com os recursos metodológicos da Análise de Conteúdo.

### **RESUMO DO SUBPROJETO:**

A pesquisa será desenvolvida sob enfoque qualitativo, tendo como suporte epistemológico a Teoria das Representações Sociais (RS), na concepção de Serge Moscovici. O objeto em análise é o cuidado em saúde mental, tal como é representado socialmente pela experiência da pessoa/familiar cuidador(a), da pessoa com sofrimento psíquico e da equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), e serão realizadas nas residências da pessoa com sofrimento psíquico, da pessoa/familiar cuidador(a) e nos (CAPS III).

O principal instrumento para coleta das informações é o diálogo (individual ou em grupo, através de roda de conversa ou grupo focal), gravado em mídia eletrônica e diário de campo. Poderá também ser utilizado imagens fotográficas preservando a identidade do(s) participante (s) da pesquisa. As informações coletadas serão submetidas à análise, com o agrupamento das respostas dos participantes, fazendo emergir as categorias para identificação das representações sociais.

### **OBJETIVOS DA PESQUISA:**

#### **Objetivo Geral**

Realizar pesquisas teóricas e de estudos de caso sobre o tema da ética relacionada ao cuidado na saúde mental, seja na vida cotidiana da pessoa com sofrimento psíquico e na família cuidadora, seja nas políticas públicas de saúde, nas estratégias de atenção e no entorno comunitário formado de pessoas e aparelhos sociais.

## Objetivos Específicos

- Analisar e discutir a literatura e outras produções no campo das ciências humanas, sociais e da saúde, para determinar os termos nos quais essas especialidades se apropriam ou não do tema da ética relacionada ao cuidado nas discussões sobre as suas ações em relação à pessoas com sofrimento psíquico e suas famílias. A meta deste objetivo é construir uma apropriação crítico-reflexiva das discussões dessas especialidades no que respeita às possíveis repercussões dos temas da ética e do cuidado nas suas ações.
- Analisar e discutir os documentos das políticas públicas de saúde para determinar os termos nos quais o Estado se apropria ou não do tema da ética relacionada ao cuidado quando legisla sobre os direitos sociais à atenção em saúde para as pessoas com sofrimento psíquico e suas famílias bem como prontuários e outros documentos que emergirem como relevantes durante a pesquisa. A meta deste objetivo é construir uma apropriação crítico-reflexiva do conteúdo do marco regulador das políticas públicas de saúde no que respeita às possíveis repercussões dos temas da ética e do cuidado na referida política e nos seus desdobramentos estratégicos.
- Analisar e discutir as categorias básicas da ética, da política e do tema do cuidado na literatura filosófica, bem como na literatura das ciências humanas, sociais e da saúde; ademais das categorias que discutem o sofrimento psíquico na saúde coletiva. A meta deste objetivo é construir uma apropriação das discussões relativas ao tema ética relacionada ao cuidado e da saúde mental nessas áreas da ciência.
- Realizar pesquisas de estudos de caso com usuários, familiares, equipe profissional do setor saúde e entorno comunitário (pessoas e aparelhos comunitários) sobre a ética relacionada ao cuidado nas estratégias (discussão e prática) de atenção destinadas à pessoas com sofrimento psíquico. A meta deste objetivo é construir uma apropriação do estado atual dos discursos e das ações na arena cotidiana da atuação profissional, do cuidado familiar e do suporte do entorno comunitário (vizinhança e aparelhos sociais) na atenção em saúde mental e como essa atenção é vivida pelo familiar/usuário.
- Elaborar material didático sobre o tema da ética relacionada ao cuidado de portadores de sofrimento psíquico, na atenção em saúde destinados a aos usuários, aos familiares cuidadores, profissionais da saúde e entorno comunitário (vizinhança e aparelhos sociais). A

meta deste objetivo é oferecer para usuários, profissionais, familiares e comunidade subsídios para sua autoformação permanente.

## **PROCEDIMENTOS**

Os primeiros contatos com os participantes, já com autorização da SESAU e do CEP/UCDB, serão feitos na forma de abordagem direta, nas Unidades do Setor Saúde onde se pretende encontrar os integrantes da equipe técnica multiprofissional, o familiar/usuário e o familiar cuidador, onde também serão acessados os prontuários médicos e outros documentos para obter os endereços das famílias cuidadoras que tenham pessoas com sofrimento psíquico e outras informações sobre procedimentos de atenção relevantes para a pesquisa.

Na vizinhança e nos aparelhos sociais, os participantes serão visitados nas suas casas ou sedes e convidados a participar da pesquisa. É importante ressaltar que a pesquisa não será feita com as pessoas que compõe o aparelho social, mas com o aparelho mesmo, para determinar o tipo de suporte social oferecido. Esta informação pode ser obtida na Ata de fundação do aparelho social, que é um documento público, ou em documento solicitado e fornecido pela gestão que responde por cada aparelho social. É possível também, ao entrevistar os participantes nas suas casas, perguntar se conhecem ou participam de algum aparelho social no entorno e se sabe dizer qual suporte social é oferecido pelo mesmo.

Em todos os casos, os participantes da pesquisa serão amplamente informados sobre os procedimentos de construção dos dados na forma de observação, entrevistas e rodas de conversa, conforme o caso e necessidade a juízo da equipe de pesquisadores. Uma vez informados, serão convidados a participar da pesquisa e sua aceitação será documentada no TCLE, assinado por participantes e pesquisadores, em duas vias, ficando uma de posse do participante.

Nos casos de menores ou pessoas interditadas, o TCLE será assinado pelo responsável legal, em seguida, se obterá da forma cuidadosa e não-intrusiva o aceite de participação como um complemento ao TCLE já assinado pelo responsável legal.

Tanto no convite para participar da pesquisa, como nas entrevistas e os encontros da roda de conversa, bem como na aplicação de questionários abertos/semiestruturados e, os pesquisadores atuarão com os participantes da pesquisa de forma cordial e sensível, conforme o mais genuíno espírito do cuidado ético.

## **POSSÍVEIS DESCONFORTOS E RISCOS E A FORMA COMO SERÃO ATENDIDOS OU ENCAMINHADOS:**

A presente pesquisa se tipifica como de baixo perfil invasivo, já que suas estratégias de construção de dados operam com a escuta e o diálogo com a finalidade de permitir que os participantes verbalizem suas experiências sobre o fenômeno do cuidado em questão. Em caso de que o participante se mostre ou se manifeste constrangido o alterado nas suas emoções, o pesquisador interromperá a atividade em curso e avaliará junto com o participante a conveniência de continuar ou não. Em casos de manifestações psíquicas mais graves o participante será encaminhado para a Unidade de Saúde mais próxima e receberá os cuidados próprios dispensados pela RAPS.

## **POSSÍVEIS BENEFÍCIOS DIRETOS E INDIRETOS ESPERADOS E FORMA DE DEVOLUTIVA DOS RESULTADOS AOS PARTICIPANTES:**

A principal repercussão esperada é contribuir para a reflexão sobre a responsabilidade ética e política orientadas ao cuidado na atenção em saúde mental, e nesta discussão, indicar a relevância e a necessidade de incorporar, de forma robusta, esta temática na formação de pesquisadores, profissionais e familiares engajados em ações de cuidado. Com financiamento adequado pensa-se na elaboração de uma cartilha sobre o tema da ética orientada ao cuidado em Saúde Mental. Desta forma, o principal benefício da presente pesquisa é desenhar estratégias e materiais de formação sobre as questões relacionadas ao cuidado em saúde mental.

## **TERMO DE CONSENTIMENTO**

Considerando as informações constantes dos itens acima e as normas expressas na Resolução nº 466/2012 do **Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde**, consinto, de modo livre e esclarecido, participar ou permitir a participação de curatelado na presente pesquisa na condição de participante da pesquisa e/ou responsável por participante da pesquisa, sabendo que:

- 1- As estratégias de coleta de dados serão realizadas por meio de entrevistas, roda de conversa e aplicação de questionário, pelo que me disponho a participar destas atividades na Unidade de Saúde, na minha residência ou em outro lugar segundo minha conveniência.

- 2- A participação em todos os momentos e fases da pesquisa é voluntária e não implica quaisquer tipos de despesa e/ou resarcimento financeiro. Havendo despesas operacionais, estas deverão estar previstas no Cronograma de Desembolso Financeiro e em nenhuma hipótese poderão recair sobre o participante da pesquisa e/ou seu responsável.
- 3- A liberdade de retirada do consentimento e da participação no respectivo estudo é garantida a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa;
- 4- O anonimato é garantido.
- 5- Os dados coletados só serão utilizados para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em livros, ensaios e/ou artigos científicos em revistas especializadas e/ou em eventos científicos.
- 5- A pesquisa aqui proposta foi aprovada pelo **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**, da **Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)**.
- 6- O presente termo está assinado em duas vias.

Campo Grande-MS \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

1) \_\_\_\_\_

Nome e assinatura do(a) participantes da pesquisa ou responsável legal

Anotações

---

---

---

2) \_\_\_\_\_

Nome e assinatura de um dos pesquisadores da equipe

3) Em caso de menor ou curatelado, descrever como foi obtido o ASSENTIMENTO.

---

---

---

---

---

---

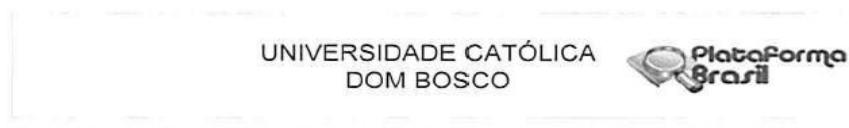
---

## **ANEXOS**

---

## ANEXO I

### PARECER CONSUBSTANIADO DO COMITE DE ETICA EM PESQUISA - UCDB



#### PARECER CONSUBSTANIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** QUESTÕES ÉTICAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: o cuidado nas estratégias de atenção em saúde mental

**Pesquisador:** Márcio Luis Costa

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 94548718.6.0000.5162

**Instituição Proponente:** Universidade Católica Dom Bosco

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.797.667

##### Apresentação do Projeto:

O Projeto tem como objetivo realizar pesquisas teóricas e estudos de caso sobre as questões éticas relacionadas ao cuidado nas políticas públicas, em especial nas estratégias de atenção em saúde mental.

##### Objetivo da Pesquisa:

Realizar pesquisas teóricas e de estudos de caso sobre o tema da ética relacionada ao cuidado na saúde mental, seja na vida cotidiana da pessoa com sofrimento mental e na família cuidadora, seja nas políticas públicas de saúde, nas estratégias de atenção e no entorno comunitário formado de pessoas e aparelhos sociais.

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

###### Riscos:

A presente pesquisa se tipifica como de baixo perfil invasivo, já que suas estratégias de construção de dados operam com a escuta e o diálogo com a finalidade de permitir que os participantes verbalizem suas experiências sobre o fenômeno do cuidado em questão. Em caso de que o participante se mostre ou se manifeste constrangido ou alterado nas suas emoções, o pesquisador interromperá a atividade em curso e avaliará junto com o

**Endereço:** Av. Tamandaré, 6000

**Bairro:** Jardim Seminário

**CEP:** 79.117-900

**UF:** MS

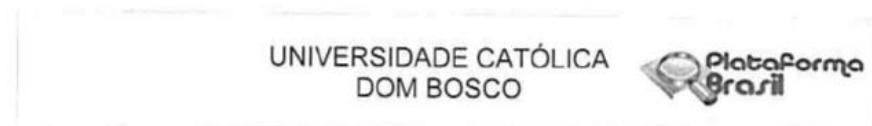
**Município:** CAMPO GRANDE

**Telefone:** (67)3312-3723

**E-mail:** cep@ucdb.br

Página 01 de 03

A handwritten signature is placed over the page footer, specifically over the text 'Página 01 de 03' and the date '01/01/2018'.



Continuação do Página 2797/697

participante a conveniência de continuar ou não. Em casos de manifestações psíquicas mais graves o participante será encaminhado para a

Unidade de Saúde mais próxima e receberá os cuidados próprio dispensado pela RAPS.

#### **Beneficios:**

A principal repercussão esperada é contribuir para a reflexão sobre a responsabilidade ética e política orientadas ao cuidado na atenção em saúde mental, e nesta discussão, indicar a relevância e a necessidade de incorporar, de forma robusta, esta temática na formação de pesquisadores, profissionais e familiares engajados em ações de cuidado. Com financiamento adequado ainda por ser obtido, pensa-se na elaboração de uma cartilha sobre o tema da Ética orientada ao cuidado em Saúde Mental.

## **Comentários e Considerações sobre a Resposta:**

Após análise do método dispensa recomendações dada a importância da pesistica para a sociedade.

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

Todos os termos incluídos com sucesso.

### **Recomendações:**

Sem recomendações

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

#### **Pesquisa de suma importância**

#### **Considerações Finais a critério do CEP:**

O colegiado acompanha o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:				
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_1141431.pdf	13/07/2018 11:42:35		Aceito
Outros	WHOQOL.pdf	13/07/2018 11:41:51	Márcio Luís Costa	Aceito
Outros	SRQ20.pdf	13/07/2018 11:41:19	Márcio Luís Costa	Aceito
Outros	SF36.doc	13/07/2018 11:40:46	Márcio Luís Costa	Aceito

**Endereço:** Av. Tamandaré, 6000  
**Bairro:** Jardim Seminário **CEP:** 79.117-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67) 312-3723 **E-mail:**

E-mail: cep@ucdb.br

1

**UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DOM BOSCO**



Continuação do Parecer 2.797.667

Outros	FBISBr.pdf	13/07/2018 11:40:00	Márcio Luís Costa	Aceito
Outros	roteiro.docx	13/07/2018 11:39:21	Márcio Luís Costa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	sesau.pdf	13/07/2018 11:38:03	Márcio Luís Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	13/07/2018 11:37:04	Márcio Luís Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.doc	13/07/2018 11:36:21	Márcio Luís Costa	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	13/07/2018 11:34:57	Márcio Luís Costa	Aceito

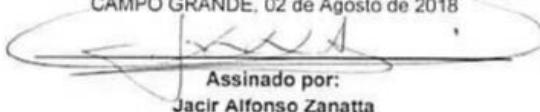
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPO GRANDE, 02 de Agosto de 2018

  
 Assinado por:  
 Jacir Alfonso Zanatta  
 (Coordenador)

**Endereço:** Av. Tamandaré, 6000  
**Bairro:** Jardim Seminário                           **CEP:** 79.117-900  
**UF:** MS   **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3312-3723                               **E-mail:** cep@ucdo.br

## ANEXO II

### TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA AREA DA SAUDE – PMCG/SESAU



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE  
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL**

#### **TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE**

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;

Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;

Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;

O presente termo estabelece responsabilidades entre pesquisadores e a Secretaria Municipal de Saúde Pública:

#### **COMPETÊNCIAS:**

##### **PESQUISADOR:**

- 1) Solicitar por meio de carta de apresentação a autorização do Secretário Municipal de Saúde para realizar pesquisa, no seguinte formato:
  - Identificação do pesquisador do projeto (nome completo e do orientador);
  - Contato (telefone e e-mail);
  - Nome do projeto;
  - Objetivos;
  - Metodologia completa;
  - Assinatura do coordenador de curso e do orientador de pesquisa.

Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.

2) Em função da rotina de trabalho da SESAU agendar previamente com a área envolvida;

- 3) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 4) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde
- 5) Apresentar-se com jaleco ou crachá de identificação.

##### **SESAU:**

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Os trabalhos que envolverem dados, serão enviados através de e-mail do pesquisador;
- 4) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande, 12 de 03, de 2018.

José Alexandre dos Santos  
Gerência Educação Permanente

Divisão de Extensão, Pesquisa e Pos-Graduação

Secretaria Municipal de Saúde

Pesquisador

## ANEXO III

### TERMO DE RESPONSABILIDADE - PMCG/SESAU



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE**  
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

#### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, MARCIO LUIS COSTA, inscrito (a) no CPF/MF sob nº. 713.914.607-10, portador (a) do documento de identidade sob nº. 1646314, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Rua Sacramento, nº. 320, bairro São Francisco, nesta Capital, telefone nº. 6798111-3424, pesquisador (a) do Curso de MESTRADO DOUTORADO EM PSICOLOGIA, da instituição UCDB, com o título do projeto de pesquisa QUESTÕES ÉTICAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: O CIDADÃO NAS ESTRATEGIAS DE ATENDIMENTO À SAÚDE MENTAL, vem por meio da presente firmar o compromisso de manter o sigilo das informações acessadas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde Pública, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gerência da unidade de saúde sobre quaisquer referências aos dados analisados.

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o acadêmico deverá entregar uma cópia para esta Secretaria

Campo Grande, 12 de 03 de 2018.

M Costa  
Pesquisador (a)

Jose Alexandre dos Santos  
Gerência Educação Permanente  
Divisão Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação  
SESAU/UCGMS

Secretaria Municipal de Saúde

