



Universidade Estadual do Ceará

Luciana Mesquita de Abreu

**Co-responsabilização da rede social de apoio diante
do paciente em tratamento extra-hospitalar:
Representações Sociais**

**Fortaleza – Ceará
2008**

**Universidade Estadual do Ceará
Luciana Mesquita de Abreu**

**Co-responsabilização da rede social de apoio diante
do paciente em tratamento extra-hospitalar:
Representações Sociais**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge

**Fortaleza – Ceará
2008**



U.E.C.E

Universidade Estadual do Ceará

Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: “Co-responsabilização da rede social de apoio diante do paciente em tratamento extra-hospitalar: Representações Sócias”

Nome da Mestranda: Luciana Mesquita de Abreu

Nome da Orientadora: Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA/CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM “SAÚDE E SOCIEDADE”.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge
(Orientadora e Presidente)

Profa. Dra. Regina Célia Cardoso Esteves
(1º membro da banca)

Profa. Dra. Maria Veraci Oliveira Queiroz
(2º membro da banca)

Data da Defesa em: 26 / 02 / 2008

Dedicatória

*À Deus, pois, “tudo posso Naquele que me fortalece”
(Filipenses, 4:13).*

À minha família, que tudo compreendeu.

*À minha Orientadora Profa. Dra. Salete Bessa, que
acreditou em mim, quando eu já não acreditava mais.*

Agradecimentos

À Universidade Estadual do Ceará por ter me adotado nesta importante jornada e por ter me concedido o privilégio, por meio do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, da convivência com grandes mestres e com funcionários dedicadíssimos.

À professora doutora Maria Salete Bessa Jorge, minha orientadora, que me aceitou como orientanda e que não desistindo de mim, possibilitou a realização de um sonho.

Às professoras doutoras Maria Veraci Oliveira Queiroz e Regina Célia Cardoso Esteves, que gentilmente e de forma comprometida, aceitaram contribuir com este trabalho.

À querida Edmara que nos brinda a todos com sua suavidade, mas sobretudo, com seu amor e dedicação a causa acadêmica. Um verdadeiro exemplo!

À minha família, meu marido Alessandro, meus filhotes Lia e Dimitri, pela compreensão e apoio desmedidos nas minhas ausências e agitações em busca de realizações pessoais e profissionais.

À minha Mãe, sempre por perto, muito perto!

À minha tia Adísia pelo investimento em todos os sentidos.

À Rede de Serviços de Saúde São Gerardo por abrir suas portas e acolher minha pesquisa.

RESUMO

Esta pesquisa dedica-se ao estudo das concepções da rede social de apoio/ familiares sobre a convivência com os portadores de transtornos mentais, bem como, buscou-se apreender as representações sociais dos familiares acerca de tal convivência, bem como, apreender os processos sócio-cognitivos que se encontram refletidos nos sentimentos, concepções e atitudes dos familiares/acompanhantes frente a convivência com os portadores de transtornos mentais, enquanto representações sociais. O estudo tem como eixo a Teoria das Representações Sociais, sua natureza é, por excelência, qualitativa. Foi desenvolvido em duas unidades extra-hospitalares pertencentes a Rede de Serviços de saúde São Gerardo – uma Unidade-Dia chamada “ Um Novo Tempo” e um Ambulatório chamado, Centro de Habilitação Funcional Nise da Silveira, tendo como sujeitos 96 participantes, sendo 62 mulheres e 34 homens, distribuídos entre familiares/acompanhantes e pacientes. Em primeiro lugar, utilizou-se o Teste de Associação de Palavras, com 86 participantes. Os estímulos indutores foram: (1) família, (2) doença mental, (3) saúde mental, (4) tratamento e (5) crise. Em associação com o teste, foi utilizada da entrevista semi-estruturada, onde foram coletados 10 depoimentos de familiares/acompanhantes com a pergunta inicial: “O que representa para você a convivência com o portador de transtorno mental?”. As palavras evocadas no TAL sofreram processamento pelo software TRI-DEUX-MOTS, sendo submetidas à Análise Fatorial de Correspondência. No desenrolar da construção da análise dos resultados, os familiares assumem posições divergentes no que tange às representações do objeto de pesquisa, pois objetivam à sua maneira a convivência com o portador de transtorno mental. Essa manifestação apresenta-se como ponto crucial da modalidade terapêutica vigente, pois, a partir dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, onde o princípio é o da desinstitucionalização, atribui-se significativa relevância ao “conviver terapêutico”, convivência esta devendo ser preservada desde a família até ser estendida para o restante da sociedade. Na proposta da reforma os conceitos são resignificados, a doença, antigo foco do cuidar, cede espaço para a saúde, pensada de forma processual, dimensionando a vida humana em sociedade.

Palavras-chave: Rede social de apoio; Transtorno Mental; Representações sociais.

ABSTRACT

This research dedicates itself to the study of the conceptions of the social net of support/ family about the company with the bearers of mental perturbations, as well like, sought itself apprehend the social representations of the relative about such company, as well as, apprehend the trials partner-cognitive that are found thoughtful in the feelings, conceptions and attitudes of the family/companions facing company with the bearers of mental perturbations, while. The study has like axis the Theory of its, Social Representations nature is, by excellence, qualitative. It was developed in two belonging extra-hospital units the Saint health Service Net Gerardo – a Unit-Day called "A New Time" and an Outpatient Clinic called, Center of Functional Fitting out Nise of the Silveira, having like subjects 96 participants, being 62 women and 34 men, distributed between family/companions and sick. In the first place, utilized itself the Words Association Test, with 86 participants. The stimuli inducées were: (1) family, (2) mental illness, (3) mental health, (4) handling and (5) crisis. In association with the test, was utilized of the interview is structured, where were collected 10 statements of family/companions with the initial question: " what represents for you the company with the bearer of mental perturbation?". The words evoked in the SUCH suffered processing by the software TRI-DEUX-MOTS, being submitted to the Analysis Fatorial of Mail. On the results analyse, the relatives used different ways to represent their position about de research object. This manifestation is a crucial point of the actual treatment of the mental disorders, because the Psychiatric Reform talks about de treatment must be taken out of the institution, this way of see makes the living together and the familiarity an extension of de treatment.

Keywords: Social net of support; Mental disturbance; Social representations

SUMÁRIO

1	O INTERESSE E A APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DE ESTUDO.....	10
1.1	Aproximação com o objeto de pesquisa	14
1.2	Objeto da pesquisa	15
2	A LITERATURA	17
2.1	Adoecimento psíquico e crises.....	17
2.2	Conceitos de família.....	18
2.3	Rede social de apoio.....	21
3	REFERENCIAL TEÓRICO: A Teoria Das Representações Sociais.....	23
4	PERCURSO METODOLÓGICO	31
4.1	Tipo de estudo	31
4.2	Lócus da pesquisa	31
4.3	Participantes da pesquisa.....	34
4.3.1	Familiares.....	34
4.3.2	Pacientes	36
4.4	Mecanismos e estratégias de coleta de dados.....	37
4.5	Tratamento dos dados	39
4.5.1	Descrição das Categorias e Subcategorias.....	40
4.5.2	Tratamento dos Testes de Associação Livre de Palavras.....	41
4.6	Questões éticas.....	42
5	PACIENTES <i>versus</i> REDE SOCIAL DE APOIO: Representações Sociais do Adoecimento Psíquico.....	43
6	PACIENTES <i>versus</i> REDE SOCIAL DE APOIO: Encontro com as Representações Sociais.....	49
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
	REFERÊNCIAS	65
	APÊNDICES	67
	Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	68

Apêndice II – Termo de Fiel Depositário.....	69
Apêndice III – Roteiro da Entrevista Semi-Estrturada.....	70
Apêndice IV – Palavras Indutoras.....	71
Apêndice V – Teste de Associação Livre de Palavras.....	72
Apêndice VI – Pergunta de partida para a entrevista.....	73
Apêndice VII – Dicionário de palavras.....	74
ANEXOS	86
Anexo I – Banco de dados.....	87
Anexo II – Arquivo IMPMOT do software TRI-DEUX-MOT.....	90
Anexo III – Arquivo ANECAR do software TRI-DEUX-MOT.....	94

1 O INTERESSE E A APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DE ESTUDO

O interesse em investigar a rede social de apoio do portador de transtorno mental, surgiu a partir de minha atuação como Terapeuta Ocupacional intervindo junto a familiares nos serviços de Ambulatório e Internação Integral em Saúde Mental, por meio de grupos e reuniões familiares, percebendo nestes a resistência em aceitar e em lidar com a doença e o doente, comprometendo assim o processo terapêutico. Resistência esta por vezes verbalizada, ou simplesmente evidenciada pela não adesão do familiar às atividades propostas.

Não somente o exercício profissional conseguindo responder aos meus questionamentos, ainda no curso de Especialização em Saúde da Família, fiz a opção por explorar tal campo em busca de uma melhor compreensão acerca das concepções da família/rede social sobre o adoecimento psíquico. Entretanto, pueril de minha parte acreditar que tudo seria respondido e compreendido, e novamente dedico-me a causa não diretamente do paciente, e sim deste núcleo que o acompanha (ou não) durante o tratamento.

A prática evidencia que grande parte dos acompanhantes desses pacientes são familiares, não obstante, com relevante frequência, esse papel de suporte é desempenhado por amigos, vizinhos, líderes comunitários, entre outros. Geralmente pessoas sensibilizadas com a causa do abandono e da dependência e que percebem a necessidade de apoio durante o tratamento. Todavia, esses que a princípio se colocam e simultaneamente são colocados em um papel de oposição à doença, paulatinamente vão percebendo sua fragilidade diante do gigante da Doença Mental.

A tentativa de desmistificar esse gigante é a mola propulsora que estimula a romper com o modelo onde o doente é tutelado, adotado pelo sistema e conseqüentemente afastado da família e da sociedade. Desta forma, vê-se reduzindo, e por vezes anulando suas possibilidades de pertencer ao corpo social. A partir de então, torna-se imperativo à construção de um novo modelo a partir da ampliação e transformação da rede assistencial em Saúde Mental, já, segundo Kalil (1992), prevista na Declaração de Caracas, redigida em 1990. Esta reforça a idéia de reestruturação da atenção psiquiátrica vinculada à Atenção Primária à Saúde,

permitindo a promoção de modelos substitutivos concentrados na comunidade e integrados com suas redes sociais, preponderando à manutenção do doente em seu meio com fins à Reabilitação Psicossocial. Esta que segundo Pita (1996), representa um conjunto de meios, programas e serviços que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes de Saúde Mental. Tal iniciativa tem como objetivo o aumento de contratualidade que viabilize o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade, pois, é a partir de desempenho próprio que o indivíduo percebe-se integrado socialmente.

Já se tem observado na sociedade os efeitos ocorridos, em decorrência de mudança em instituições, usuários, profissionais de saúde, família e comunidade, onde o foco do tratamento deixa de ser a doença e passa a ser o doente e seu contexto e, sobretudo, passa a ser a promoção da saúde mental. De acordo com Amarante (1999), isso significa que deixamos de nos preocupar com a doença e nos ocupamos dos sujeitos. O tratamento e a instituição do cuidado deixam de significar apenas prescrições de medicamentos, a aplicação de terapias, para tornar-se aplicação de atividades conjuntas. Com isso, cresce a necessidade de uma maior eficiência na rede de assistência, e para tanto, a relevância de um incremento na divisão das responsabilidades. É nesse momento que a família/rede social é chamada à participar do processo terapêutico, entendendo ser impossível restringir os critérios de saúde e de doença mental ao indivíduo em si, tornando-se importante também, compreendê-lo dentro de seu grupo.

Para Ackerman (1986), a tendência de isolar conceitualmente o indivíduo de sua família, torna a previsão do curso da doença virtualmente impossível, uma vez que tal experiência ocorre com o indivíduo inserido em seu contexto sócio-cultural, por sua vez, pulverizando repercussões. Sem falar no caráter crônico e muitas vezes incapacitante da doença mental, reservando a família/rede social o papel de cuidar e administrar doença/doente no discurso relativo a convivência. Basta lembrar que a identificação da doença, a decisão de buscar tratamento, e a adesão a este, são em geral, responsabilidades dos familiares. Importante destacar que nem todos os familiares possuem condições estruturais, econômicas e emocionais para conduzir satisfatoriamente esses aspectos da convivência com a doença, que por vezes é viabilizada a partir da busca de apoio na sua rede de conhecimentos, em algum sistema de crença ou em tratamentos alternativos.

Tsu (1993), ao pesquisar o drama das famílias nas interações psiquiátricas, constatou que as dificuldades decorrentes da baixa renda familiar, não a deixa suportar o convívio com a psicose, tanto por fatores de ordem emocional, como também por motivos financeiros, devido ao fato de terem que prover as necessidades do adulto improdutivo e carente de cuidados especiais. Entretanto, é o envolvimento afetivo característico dos laços sócio-familiares, o responsável por de certa forma, orientar as tentativas de entendimento e conseqüentemente, as buscas de soluções para situações pertinentes ao convívio familiar através da elaboração de um significado, evidenciando a doença como um fenômeno culturalmente constituído. É o meio social funcionando como uma espécie de blindagem, oferecendo resistência à influências externas - não aceitas pelo grupo e de forma dinâmica, significando e resignificando sua condição em busca de novas possibilidades de enfrentamento. Este fato não nega a existência de relações conflituosas, famílias com movimentos patológicos, e com dinâmicas produtoras de doenças e doentes.

A crescente quantidade de estudos dedicados às famílias de pacientes de todas as áreas (clínicas), denuncia o atual interesse pela situação da família no processo de cuidar e ser cuidada, função esta, que durante um longo tempo foi destinada somente à equipe de saúde, a única detentora do poder e do saber responsáveis pelo restabelecimento da saúde, ou seja, a busca da “normalidade”. Isso não significa, contudo, que radicalmente retornamos ao passado, abrindo mão de pesquisas, avanços tecnológicos, enfim, conhecimento.

Essa nova forma de ver simplesmente rompe com o modelo em vigor por muito, o modelo centralizado na figura do médico (profissional de saúde), desprezando outros conhecimentos, o modelo das grandes estruturas hospitalares e seus potentes e sensíveis equipamentos de monitoramento, sem falar nas equipes de saúde treinadas, “programadas” para assistir de forma eficiente ao paciente, ao paciente! Ou seria a doença? O sucesso do procedimento estaria vinculado ao distanciamento afetivo e ao bloqueio do acesso aos familiares, para que nada compromettesse a presteza do atendimento e o êxito do procedimento.

A presença, o acompanhamento, não era bem vindo “acesso restrito”, “acesso permitido somente a funcionários”, alimentando assim a ausência de cooperação entre o paciente, equipe de saúde e a família, desprezando conhecimentos multidirecionais, norteadores da saúde coletiva.

Timidamente, discretamente, tal modalidade tende a sair totalmente de cena, é a quebra de um paradigma e a entrada em um novo modelo, o da construção coletiva de conhecimento. A montagem de verdadeiras Unidades de Terapias Intensivas (U.T.I's) em casa, exemplificada em Fortaleza pela atuação da Unimed Lar, inaugurada em dezembro de 1998. Tal serviço conta hoje com 7 equipes compostas de médico, nutricionista, enfermeiro, psicólogo, assistente social e fisioterapeuta. Sendo importante salientar que todas as equipes estão capacitadas atendimentos à pacientes crônicos.

Adicionalmente, a diminuição de períodos de internamento, grupos com famílias, ampliação e aprimoramento de políticas públicas, que estimulam e dão suporte à realização do processo terapêutico cada vez mais próximo do núcleo social/família, fomentando o agregar, concatenar forças, energias para a recuperação, são as provas de que nesse novo sistema de atendimento, é proposta a permanência do doente, do sujeito e também protagonista, e não da doença no interior da família. Isto implica no aumento da necessidade de se rever a relação entre o serviço, os usuários e os núcleos familiares. Tal alteração de conduta terá significativo desdobramento, pois, Prado (1985), entende que não se poderá mudar a instituição família, sem que toda sociedade seja também transformada.

Entretanto, não somente basta impor as mudanças nas posturas e atribuir exclusivamente à família a culpabilidade ou a função de cura. É necessário, portanto, fazer o convite e dar suporte, pois, esta mesma família que hoje é exaustivamente conclamada a estar presente e contribuir com seu conhecimento, antes era por completo banida da função desse mesmo cuidar. Deve agora sim, haver um resgate e um resignificar das concepções de família e do cuidar.

Daí porque a relevância em se construir conhecimento partindo deste prisma, pois necessário é o conhecer, o compreender como este acompanhante esta família/rede social, quer e precisa ser convidada a contribuir, ser ouvida, e acima de tudo, ser desta forma também cuidada. Cuidado esse que segundo Boff (1999), caracteriza-se pela ação com atenção, estar com o outro por prazer numa relação de atitude sujeito-sujeito e não sujeito-objeto, de convivência, de interação.

Diante da problemática, elaborou-se o objetivo principal da pesquisa: apreender as representações sociais da rede social (acompanhantes e familiares) e portadores de transtorno mental em tratamento extra-hospitalar em relação à família,

saúde mental, doença mental, tratamento e crise, bem como, traçar o perfil sócio-demográfico do grupo.

1.1 Aproximação com o objeto de pesquisa

É bastante significativa a bibliografia encontrada sobre a ampliação do cuidado em Saúde Mental, no sentido de convidar outros atores a participarem do processo de tratar e reabilitar.

Muito embora a experiência seja recente, sobretudo, no Brasil, percebe-se a necessidade de vivência do processo e concomitantemente, a transformação dessas experiências em documentos (publicações) para felicidade de quem procura compreender melhor forma de trabalhar, bem como, trata-se da maneira mais eficiente de contribuir com a construção coletiva desta nova modalidade de assistência em Saúde mental.

Colvero et al. (2004), com o trabalho intitulado “Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença” remete ao interesse de compreender como é a vida cotidiana do familiar de portadores de transtorno mental grave, sua convivência com a doença e ou doente mental e identificar as representações por eles construídas a respeito do fenômeno saúde-doença mental.

Nasi et al (2004), falam do sofrimento proveniente também da convivência com limitações e desgastes no cotidiano familiar. Discutidas questões relacionadas a agudização dos sintomas (crise), terapêuticas empregadas e as concepções da família sobre a doença mental.

Campos e Soares (2005), em seu estudo sobre a “Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em Saúde Mental” trazem como um dos efeitos do processo histórico de desinstitucionalização a preocupação sobre seu impacto nas famílias, com suas significativas desorganizações nas formas habituais de lidar com situações do cotidiano, na medida em que a família passa a assumir a função do cuidado e a responder às demandas da função.

Brêda e Augusto (2001), tratam da incorporação da atenção ao portador de transtorno mental à atenção básica em saúde, já prevista pela Declaração de Caracas. As internações psiquiátricas e seus danos, vêm apresentando um dos maiores gastos com a rede hospitalar do Sistema Único de Saúde, em contrapartida,

denota-se a relevância do cuidado cada vez mais devendo acontecer no meio social o qual o paciente está inserido.

Espiridião (2001), no trabalho “A inserção da família na assistência psiquiátrica” fala sobre a necessidade de ser construída uma nova história sobre o tratamento psiquiátrico, voltando-se mais para o indivíduo, procurando não somente atender as transformações da assistência impostas pelo desenvolvimento da ciência e da tecnologia, mas para posicionamentos profissionais adequados para o enfrentamento da atual realidade.

Villares et al (1999), e as “Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia”, sinalizam para as representações construídas por determinado grupo e que a partir destas, cabe o desenvolvimento do processo, neste caso , do cuidado em saúde mental.

Ao se fazer uma busca na literatura, a família aparece como estrutura relevante pelo seu papel de co-autora tanto no surgimento da morbidade, quanto criando possibilidades de saúde para os seus membros e na Saúde Mental não poderia ser diferente. Portanto, a fim de que essa colaboração seja de fato efetiva, é crescente o número de estudos buscando identificar nas famílias quais são as dificuldades, os entraves desta convivência com intuito de assistir à família a construir uma nova dinâmica.

1.2 O objeto da pesquisa

Através da Teoria das Representações Sociais, busca-se apreender as representações pelos familiares/rede social acerca da convivência com o portador de transtorno mental. Entende-se que as pessoas tendem a construir teorias do senso comum que, por um lado, funcionam no sentido de explicar os fenômenos que estão sendo representados e, por outro, podem sustentar suas práticas sociais.

A psiquiatria traz ao longo da sua história alguns marcos que norteiam o atendimento ao doente mental, como por exemplo, a revolução de Pinel, a introdução dos psicofármacos, o uso da psicoterapia, o desenvolvimento dos recursos terapêuticos e de diagnóstico, entre outros. Estamos vivendo um período

de mudanças ideológicas, estruturais e políticas nas ações de saúde mental, mais especificamente em relação à institucionalização da assistência.

Os movimentos precursores da Reforma psiquiátrica brasileira, surgidos nos Estados Unidos e Europa a partir de meados do século XX, apontavam críticas ao atendimento dispensado aos portadores de doença mental, quando eram excluídos e segregados da sociedade, demandando ações com vistas a um atendimento mais humanizado, de forma a garantir sua dignidade.

No Brasil, depois de 12 anos tramitando no Congresso, foi aprovado no dia 12 de março de 2001, na Câmara de deputados, o substitutivo do Projeto de Lei (PL 3657/89) do Deputado Paulo Delgado, que dispõe sobre a extinção dos manicômios, a implantação de serviços alternativos e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Trata-se de um grande avanço histórico, no entanto, sinaliza que muito ainda temos que caminhar. Sinaliza necessidade de mudança de atitude nos serviços, ou seja, o exercício constante da clínica ampliada, da inserção de novos atores. É preciso sair do convite formal e de fato, partir para o cuidado que não é mais apenas da equipe de saúde, mas que é de toda sociedade.

Para tanto, compreender como a rede social/família percebe toda esta nova demanda e decodifica todas as informações, torna-se imperativo para lançar mão de métodos coletivos de construção de saúde, pois apesar das novas propostas de uma atenção psicossocial, o contexto ainda se encontra imerso nas práticas antigas que limitam tanto a equipe, como a família e excluem socialmente os acometidos por transtorno mental.

2 A LITERATURA

2.1 Adoecimento psíquico e crises

Na perspectiva de contemplar a construção do objeto deste estudo, torna-se relevante fazer algumas reflexões sobre os transtornos mentais/ adoecimento psíquico, o que parece coincidir com a própria história da loucura. Faz-se necessário, no entanto, recorrer às idéias dos autores para obtenção de maior consistência teórica.

Tradicionalmente considera-se que os transtornos mentais podem ser causados por agressão à integridade ou ao funcionamento do sistema nervoso central ou por influências psicológicas e sociais desfavoráveis, assim, estabelece-se uma dicotomia: Transtornos orgânicos de um lado e psicogênicos de outro (HIRATA *apud* NETO, 1995).

O adoecimento psíquico é caracterizado por surto psicótico o que por sua vez é representado pelo afastamento do vínculo com a realidade, no qual o indivíduo retira-se para um mundo particular, fantasioso, e não consegue reagir as coisas que ocorrem em seu ambiente, ou pode reagir com emoções e ações exageradas, inadequadas à situação. Mas este comportamento, não é permanente na vida do psicótico: quando não estão em crise, zelam por seu bem estar, alimentam-se, evitam machucar-se, estabelecem contatos com pessoas reais. O distúrbio propriamente dito começa a partir do momento em que o paciente se relaciona com objetos e coisas que não existem em nosso mundo; modifica planos, convicções, seu comportamento por causa de idéias incompreensíveis para nós, ao mesmo tempo em que a realidade clara significa pouco ou nada para o psicótico (KAPLAN et al., 1997).

Segundo Jahoda (*apud* Ackerman, 1986), em geral a diferença entre saudável e doente, normal e anormal, tem sido examinada sob dois pontos de vista: 1 – normal como estatisticamente médio e doente como estatisticamente incomum; 2 – normal com uma aproximação de um modelo dinâmico de funcionamento saudável da personalidade e doente como um desvio manifesto desse modelo teórico. Em

alguns pontos esses critérios coincidem; em outros eles não apresentam relação alguma; e em outros, ainda se contradizem.

Uma consideração importante é que, um determinado tipo de comportamento pode ser comum numa específica sociedade a ponto de ser aceito, ou pelo menos tolerado, entendido como “normal”, entretanto, ser considerado totalmente fora dos padrões de normalidade para outra sociedade. Neste caso, considerado como alterações patológicas.

2.2 Conceitos de família

Ao pensarmos sobre família, certamente saberemos do que se trata, pois, sentimo-nos parte integrante de uma, entretanto, dificilmente conseguiremos conceituá-la. Para isso, lançou-se mão de alguns autores com profundos estudos acerca da temática.

Prado (1985) afirma que no sentido popular e nos dicionários, o termo significa pessoas aparentadas que vivem em geral na mesma casa, pai, mãe e os filhos. Ou ainda pessoas do mesmo sangue, ascendência, linhagem, estirpe ou admitidos por adoção. Afirma ainda não ser a família um simples fenômeno natural, e sim uma instituição social pela qual o Estado pode exercer um controle sobre os indivíduos, impondo-lhes diferentes responsabilidades, conforme cada momento histórico, variando através desta e apresentando formas e finalidades diversas numa mesma época e lugar, conforme o grupo social que esteja sendo observado.

Não é só um tecido fundamental de relações, mas também, um conjunto de papéis socialmente definidos e a mudança desses, configura-se como a chave para o surgimento de nova estrutura social. E sendo sua diferenciação, segundo Zelditch (*apud* Salem, 1980), a condição básica para o bom funcionamento e a estabilidade do núcleo familiar.

Segundo Szymanski (*apud* Carvalho, 2000) em seu texto: Teoria e “Teorias” de famílias, desde Freud, a família e em especial, a relação mãe-filho têm aparecido como referencial explicativo para o desenvolvimento emocional do indivíduo. A descoberta de que os anos iniciais de vida são cruciais para o desenvolvimento emocional posterior, focalizou a família como o *lócus* potencialmente produtor de pessoas saudáveis, emocionalmente estáveis, felizes e

equilibradas, ou como o núcleo gerador de inseguranças, desequilíbrios e toda sorte de desvios de comportamento. Neste momento, baseado em Melo Filho e Burd (2004), a família era vista a partir de uma ótica psicanalítica, onde cada evento originava-se dos anteriores e dele obtinha seus significados. Reinava o pensamento Linear (causa-efeito), onde todo fenômeno tinha um determinante que deveria ser identificado.

A introdução do pensamento sistêmico em lugar do Linear, marca a quebra do paradigma no campo das ciências em geral. Inicia-se uma nova forma de compreender e intervir com o mundo.

Salem (1980) adverte que o fato de a família ser um espaço privilegiado de convivência não quer dizer que não existam conflitos nesta esfera. Entretanto, todos os autores chamam atenção para a necessidade da existência da presença de relações significativas para constituição de famílias.

Prado (1985) adverte ainda que apesar dos conflitos, a família, no entanto, é a única em seu papel determinante no desenvolvimento da sociabilidade, da afetividade e do bem-estar físico dos indivíduos, sobretudo, durante a infância e a adolescência.

Apesar de todas as críticas à estrutura, à função da família nos últimos 50 anos, segundo Melo Filho e Burd (2004), esta continua sendo o melhor contexto para promoção do desenvolvimento do ser humano.

Então o modelo de família considerado “ideal”, ainda transmitido e predominante em nossa cultura é o da família nuclear, mas é notável que esta não é a única forma de organização familiar existentes nos dias de hoje. Em consequência das novas formas de agrupamentos familiares, nas últimas décadas, muito se tem discutido sobre a crise da família e Danda Prado faz uma alusão a esta crise:

Fala-se muito em crise da família, mas esquecemos que toda evolução permanente de qualquer fenômeno social implica transformação constante. Isso leva a diminuir o significado do passado, e passamos então a tudo observar, analisar e julgar exclusivamente sob a visão e compreensão atual ou contemporânea. (1994,61)... a chamada ‘crise’ da família está sempre inscrita num contexto amplo de transformações sociais (1994, p.62).

Assim, as famílias no atual contexto, têm se configurado de formas diversas e houveram mudanças significantes na família nuclear, colocando em questão a hegemonia da mesma, sendo que esta se restringe a acompanhar o processo de mudança que surge em torno da família contemporânea.

Estas mudanças sofridas pela instituição familiar, são decorrentes de alguns fatores:

- A baixa taxa de fecundidade,
- O aumento da esperança de vida e, conseqüentemente da crescente proporção da população com mais de 60 anos;
- A banalização do divórcio;
- O declínio da instituição do casamento;
- Redução do número de filhos;
- Aumento da união consensual havendo aumento de número de casamentos civis e declínio de casamentos religiosos;
- Maior número de pessoas vivendo sozinhas;
- Aumento do número de famílias chefiadas por um só cônjuge, com maior reincidência sobre as mulheres.

Estas transformações da família nuclear foram desencadeadas pela dinâmica global das forças produtivas e das relações de produção que governam as formações contemporâneas (...) e a aparente desorganização da família é um dos aspectos da reestruturação pela qual ela vem passando” (JOSÉ FILHO, 1998, p. 39).

Estas modificações e reestruturações na organização familiar apontam a conclusões que apesar de ainda ser prevalecente na sociedade atual, a família nuclear é um modelo idealizado e reproduzido culturalmente, mas que está passando há longo tempo por um período de transição. Momento este ligado a uma época onde impera o individualismo, a globalização, o consumismo desenfreado, a nova ordem econômica mundial, as novas tecnologias e outros fatores que modificam as relações de trabalho, as relações pessoais e conseqüentemente as relações familiares.

Com isso o que se observa não é exatamente o enfraquecimento da instituição familiar e sim o surgimento dos novos modelos e arranjos familiares, que baseiam-se em:

- Famílias com base em união livre;
- Famílias monoparentais dirigidas pelo homem ou pela mulher (sendo que grandes porcentagens destas famílias são dirigidas por mulheres);
- Divorciados gerando novas uniões (famílias recompostas);
- Mães / adolescentes solteiras que assumem seus filhos;

- Mulheres que tem filhos através de “produção independente” (sem companheiro estável).

Christine Collange em “Defina uma família!” cita várias denominações à estes novos arranjos familiares:

... família “casulo”, família “disneilândia”, família “clube”, família “moderna”, família “tradição”, família “cepa”, família “monoparental”, família “em Kit”, família “reconstituída”, família “aberta”, família “invisível”, família “new look”, família “nuclear”, família “comunitária”, família “fragmentada”, família “parceira”, família “de fusão” (1994,p.65).

Estas novas configurações familiares são questionadas se realmente devem ser consideradas famílias, mas independente do questionamento é necessário compreendê-las por seus valores, suas relações de afeto, respeito, dependência, reciprocidade e responsabilidade que exista, pois cada família é única e... “família como a minha, família como a sua, provavelmente não há duas iguais” (1994, p.65).

2.3 Rede Social de Apoio

A Rede Social pode ser entendida como uma das formas de representação dos relacionamentos afetivos ou profissionais dos seres humanos entre si ou entre seus agrupamentos de interesses mútuos.

Segundo Fritjof Capra, *“redes sociais são redes de comunicação que envolvem a linguagem simbólica, os limites culturais e as relações de poder”*. São também consideradas como uma medida de política social que reconhece e incentiva a atuação das redes de solidariedade local no combate à pobreza e à exclusão social e na promoção do desenvolvimento local.

Segundo Amaral (2004) as redes de relações são inerentes às atividades humanas. Se pensarmos no nosso cotidiano, com o foco nas relações que sustentam nossas rotinas, veremos emergir conjuntos de redes. Basta pensar na rede de relações que se estabelece para abastecer a casa, comprar vestimentas, na sua vida profissional. Rede de afetos: as pessoas que amamos. Todas as atividades dão origem a redes de relações. São redes espontâneas, que derivam da sociabilidade humana. Estão aí o tempo inteiro, apenas não costumamos focar

nosso olhar sobre elas, vendo-as como um sistema vivo e dinâmico, mas são elas que dão sustentação às novas vidas e a produzem diariamente.

O que diferencia as redes sociais das redes espontâneas é a intencionalidade nos relacionamentos, os objetivos comuns conscientes, explicitados, compartilhados.

'A vida não vingou no planeta através do combate, mas através da parceria, do compartilhamento e do trabalho em rede (Fritjof Capra, 2003).

A partir do documento intitulado Redes Locales Frente a la Violencia Familiar - Série: Violencia Intrafamiliar y Salud Publica (Documento de Análise nº 2) La Asociación de Solidaridad para Países Emergentes (ASPEm) / OPAS – Peru/ Junho de 1999: as Redes Sociais conformam-se como um tecido de relações e interações que se estabelecem com uma finalidade e se interconectam por meio de linhas de ação ou trabalhos conjuntos. Os pontos de rede podem ser pessoas, instituições ou grupos.

Uma rede social primária é constituída por todas as relações significativas que uma pessoa estabelece cotidianamente ao longo da vida. Cada pessoa é o centro de sua própria rede, que é composta por familiares, vizinhos, pessoas amigas, conhecidas, colegas de trabalho, organizações das quais participa: políticas, religiosas, sócio-culturais, etc. A socialização dos seres humanos começa desde a infância e já nesse momento a rede de relacionamentos que a criança vai construindo a sua volta é importante para o desenvolvimento da identidade individual e coletiva e permitindo assim o exercício da solidariedade em situações diversas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO: A Teoria Das Representações Sociais

Por muito, a pesquisa fez a opção de manter-se o mais isoladamente possível dos sentimentos e de tudo que envolve e é envolvido por ele, tal como a cultura, o “erro compartilhado” segundo Descartes (*apud* COUTINHO *et al.*, 2003) e a história, por acreditar que tal envolvimento pudesse vir a desvirtuar os caminhos e as formas de se compreender a ciência. O interesse era simplesmente pautado no resultado da pesquisa.

Entretanto, a importância tanto da cultura quanto da história foi atribuída inicialmente pelos psicólogos sociais, Jodelet (*apud* COUTINHO *et al.*, 2003), o que justifica a aproximação com a representação social, uma vez que esta é constituída por tais elementos. Ocorre através da representação social, uma identificação com questões mais amplas, gerando, portanto, a necessidade da integração entre várias áreas do saber, a fim de gerar respostas às questões mais complexas ligadas às ações dos sujeitos. A preocupação com o individual, herdada do pensamento psicológico, dá lugar a aspectos das ciências humanas, mostrando seu interesse no indivíduo inserido em seu contexto histórico-cultural.

Chegamos por fim a quebra de um modelo estático, de observação e avaliação estagnados e finalmente, sufocado pela necessidade de dar voz aos sentimentos e a emoção como forma de re-significação do mundo.

Eis que com objetivo de promover uma verdadeira transformação na ciência, esta que pense sobre suas conseqüências e sobre os destinatários do saber, lança-se mão de um modelo teórico-prático capaz de acompanhar o movimento das relações, das interações, das integrações sem que haja qualquer prejuízo, qualquer perda do sentido e, sobretudo, com vistas a mudanças sociais: Teoria da Representação Social.

Com o intuito de atribuir um caráter científico ao “senso comum” que outrora foi colocado à sua margem, ou seja, informações já elaboradas pela sociedade e transformadas em verdadeiros preceitos de sobrevivência e perpetuação, surge Moscovici em 1976 propondo através de sua obra: *La psychanalyse, son image et son public* (1961-1976), a teoria capaz de abranger a multiplicidade de fenômenos que são compostos e compõe simultaneamente o existir (viver) humano em coletividade.

Muito embora, mesmo que de forma conceitual, pontual, a representação coletiva havia primeiramente sido utilizada por Durkheim (dentro de uma visão sociológica), mas foi a partir de Moscovici que a representação ganhou um formato dinâmico, investigando o indivíduo inserido em seu contexto e sendo utilizado nos mais variados estudos, nas mais diferentes temáticas, nas ciências sociais, humanas, saúde dentre outras e a partir de então denominada, Teoria da Representação Social (MOSCOVICI, 2003)

Ao se debruçar sobre tamanha complexidade, torna-se lícito o pudor em se tentar fechar algum tipo de definição acerca das Representações Sociais, pois, segundo o próprio Moscovici, poderia resultar na redução de seu alcance conceitual.

No entanto, a partir das idéias de Moscovici vale ensaiar a construção uma definição de Representação Social na tentativa de facilitar a compreensão: Entende-se por representações sociais as imagens, significados construídos a partir da dinâmica do indivíduo na sociedade e da necessidade deste interagir de forma “adequada” com o mundo, tendo como referencial a realidade. Trata-se da forma de compreendê-lo (mundo) e ao mesmo tempo, nos fazer compreender diante dele através da comunicação.

São as representações que nos servem de suporte fundamental, dando-nos capacidade de enfrentamento diante de situações da vida real, direcionando nossas percepções e conseqüentemente nossas atitudes, gerando comunicação e posicionamentos frente às circunstâncias por meio de dois processos fundamentais em sua formação: Ancoragem – tornar familiar o que é estranho e a Objetivação - a materialização do objeto.

Os mais diferentes fenômenos estão sendo investigados a partir do suporte teórico-metodológico das RS. Segundo De Rosa (*apud* COUTINHO *et al.*, 2003), a escolha de instrumentos afeta de maneira substancial o nível da representação que por excelência possui como instrumento principal à entrevista em duas modalidades: estruturada e aberta. Essas, bem como o questionário de respostas abertas ou fechadas, as escalas de distância social, permitem acessar as dimensões consideradas periféricas, as variáveis sócio-demográficas e identidade social do sujeito, sensíveis a opiniões ideológicas, e as condicionadas pela inserção social dos indivíduos. As RS se constituem como formas de pensamentos fincados no inconsciente e por isso, torna-se imprescindível o uso de técnicas especiais capazes de captar tais informações.

Com base em Oliveira (2000), pode-se considerar que a introdução da teoria das representações sociais no campo da saúde não representa apenas uma outra forma capaz de explicar a constituição do processo de saúde-doença, mas vai além no sentido em que questiona a clássica causalidade atribuída aos “fatores externos” e põe em xeque a idéia hegemônica da ciência como única forma de saber legítimo, restaurando o saber do senso comum para o cenário acadêmico.

A elaboração e o funcionamento de uma representação podem ser compreendidos através dos processos de **objetivação** e **ancoragem** que encerram a organização e a articulação existente entre a atividade cognitiva e as condições sociais em que nascem as representações sociais (NÓBREGA, 2001). Embora os processos de objetivação e ancoragem estejam intrinsecamente ligados e não sejam seqüenciais, propõe-se, a seguir, uma divisão de caráter estritamente didático para uma melhor exposição dos dois processos.

O processo de **objetivação** é traduzido por Vala (2000) como a forma através da qual se organizam os elementos constituintes da representação e o percurso através do qual tais elementos adquirem materialidade e se tornam expressões de uma realidade pensada como natural; corrobora com a fala de Nóbrega (2001) que transmite a idéia de que “a objetivação consiste em materializar as abstrações, corporificar os pensamentos, tornar físico e visível o impalpável, enfim, transformar em objeto o que é representado” (p.73).

O caminho que desemboca nesse processo constitui-se de três partes essenciais: a *construção seletiva*, a *esquematisação* e a *naturalização*.

No primeiro momento da objetivação, há uma seleção e descontextualização de alguns elementos da teoria, ou seja, informações, crenças e idéias acerca do objeto da representação; esse processo ocorre em conformidade com critérios culturais – que definem o acesso de cada grupo às informações circulantes – e critérios normativos – que indicam quais elementos da teoria estão de acordo com o sistema de valores sociais vigentes¹. Os elementos que são conflitantes com os valores são simplesmente excluídos. Assim, as informações selecionadas são destacadas da área científica à qual pertencem e são apropriadas pelo público leigo através de uma projeção no seu próprio universo (CAMPOS, 2002; VALA, 2000).

¹ Nóbrega (2001) ressalta que “são os **critérios normativos** que exercem a função de retenção dos elementos de informação, preservando a coerência com o sistema de valores próprios ao grupo”.

A segunda fase do processo emerge na forma de *esquematisação*. Para Campos (2002) é nesse momento que os elementos selecionados e devidamente contextualizados são reagrupados, formando um *núcleo figurativo*² onde a imagem reproduzirá a estrutura conceitual. Essa imagem formada integra as novas informações com as experiências anteriores – individuais e coletivas – do sujeito. Então, os conceitos retirados da teoria original passam a formar um conjunto internamente coerente e compatível com a visão de mundo do sujeito.

Nóbrega (2001) aprofunda a discussão sobre esse “núcleo estruturante” conduzindo-nos à descoberta de suas funções – geradora e organizadora – “a partir das quais atribui sentido e determina os elos de unificação entre os outros elementos (periféricos) que se entrelaçam na formação do tecido representacional”. A autora nos esclarece, ainda, que:

“Além de organizador, o núcleo tem a propriedade de assegurar a estabilidade da estrutura imageante. O elemento do núcleo central é determinado pela finalidade e condições (natureza do objeto e relação do sujeito com este objeto) onde se produz a representação” (p. 74).

Finalmente, acontece a naturalização, em que os conceitos abstratos são concretizados, ganham vida própria e, então, o modelo figurativo eleva-se à condição de evidência e é dotado de realidade (CAMPOS, 2002; NÓBREGA, 2001).

Com base em Vala (2000, p.469), entende-se que analisar o processo de objetivação consiste em identificar os elementos que dão sentido a um objeto, à sua seleção de um conjunto mais vasto de conceitos (reconstrução de um esquema), à sua figuração e às modalidades que assume a sua naturalização. Portanto, estudar as relações entre os elementos de uma representação é detectar como se dá a sua objetivação. Mas ainda se pode compartilhar com a visão do autor quando esse esclarece que “a teoria das representações sociais propõe que o processo de objetivação não ocorre apenas na passagem das teorias científicas para o senso comum. A objetivação constitui uma característica de todo o pensamento social”.

Com o conceito de *ancoragem* é possível elencar uma segunda categoria de processos associados à formação das representações sociais: a) os processos através dos quais o não-familiar se torna familiar e b) os processos através dos quais uma representação, uma vez constituída, se torna um organizador das relações sociais. Assim, o processo de ancoragem refere-se à assimilação de um

² ABRIC introduziu a teoria do núcleo central que foi, posteriormente, retomada por FLAMENT e desenvolvida na teoria dos esquemas periféricos.

objeto novo ou desconhecido por objetos já presentes no sistema cognitivo. Esses objetos funcionam como âncoras que vão possibilitar a construção da representação do novo objeto. Logo estudar o processo de ancoragem significa listar as âncoras que sustentam uma representação e, por isso, modelam os seus conteúdos semânticos, delineando, conseqüentemente, suas significações (VALA, 2000).

Na fala de Moscovici (2003, p.61) “esse é um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada”, o que é seria, nas palavras do autor, semelhante a idéia de “ancorar um bote perdido em um dos boxes (pontos sinalizadores) de nosso espaço social”.

Nóbrega (2001) destaca que, à semelhança da objetivação, a ancoragem, também, é organizada sobre três condições estruturantes. A primeira delas consiste na *atribuição de sentido* através da qual o “enraizamento de um objeto e sua representação em um grupo ou em uma determinada sociedade está inscrito em uma ‘rede de significações’, em que são articulados e hierarquizados os valores já existentes na cultura”. Citando JODELET, a autora ilustra que “por um trabalho da memória, o pensamento constituinte se apóia sobre o pensamento constituído, a fim de ordenar a novidade nos moldes antigos, no que já é conhecido”.

A segunda condição estruturante fundamenta-se na *instrumentalização do saber* que, segundo Nóbrega (2001, p.78),

“confere um valor funcional à estrutura imageante da representação, à medida que esta se torna uma teoria de referência que permite aos indivíduos compreenderem a realidade. (...) A relação entre o indivíduo e seu meio-ambiente é mediatizado pelo sistema de interpretação do qual o novo objeto (ciência, coisa, conhecimento) é transformado em saber útil que tem uma função na tradução e na compreensão do mundo”.

Por fim, a mesma autora nos apresenta, o *enraizamento no sistema do pensamento* caracterizado pelo fato de as representações serem impressas sempre sobre um sistema de idéias já estabelecidas, permitindo a convivência de dois fenômenos contrastantes no decorrer do processo de construção de novas representações.

Um exemplo prático é oferecido por Vala (2000, p.474) sendo aqui apresentado com o objetivo de ilustrar o conceito de ancoragem e possibilitar vislumbrá-lo com mais clareza:

“Quando se diz que a SIDA é a peste do século XX, está-se a usar uma metáfora que evoca algo de conhecido, para descrever um novo fenômeno

ainda desconhecido (...); mas, ao mesmo tempo, está-se a propor, relativamente à sida, comportamentos e formas de tratamento semelhantes aos que foram utilizados em tempo de peste (...)."

Através da ancoragem, conferem-se significado e utilidade às representações e seus objetos. Enquanto, na objetivação, ocorre uma constituição formal de um conhecimento, é na ancoragem que se dá a inserção orgânica desse conhecimento num pensamento constituído. A ancoragem é, portanto, um prolongamento da objetivação, na medida em que propicia um quadro e instrumentos de conduta que prolongam a remodelagem cognitiva feita por ela. Assim, conclui-se o processo de formação da representação social, uma vez que, estando devidamente enraizada, ancorada no sistema social, a representação passa a fazer parte dos princípios que orientam as práticas dos indivíduos (BERNARDO *apud* CAMPOS, 2002).

O papel fundamental das representações, na dinâmica das relações sociais e nas práticas, está relacionado ao fato de que elas respondem a quatro funções essenciais (ABRIC, 1998).

A *função de saber* (função cognitiva) permite compreender e explicar a realidade (saber prático do senso comum). As representações sociais permitem que os atores sociais adquiram conhecimento e o integrem num quadro assimilável e compreensível para eles próprios, ou seja, em coerência com seu funcionamento cognitivo e os valores aos quais eles aderem.

A *função identitária* define a identidade e permite a proteção da especificidade dos grupos. As representações sociais permitem a elaboração de uma identidade social e pessoal, tendo um papel importante no controle social exercido pela coletividade sobre cada um de seus membros e, em especial, nos processos de socialização.

A *função de orientação* guia os comportamentos e práticas. Esse processo de orientação resulta de três fatores essenciais: (1) a representação intervém diretamente na definição da finalidade da situação, determinando, *a priori*, o tipo de relações pertinentes para o sujeito e, eventualmente, intervém na definição do tipo de estratégia cognitiva que será adotada; (2) a representação produz um sistema de antecipações e expectativas, sendo, desta forma, uma ação sobre a realidade: seleção e filtragem das informações, interpretações que visam adequar

essa realidade à representação; (3) a representação é prescritiva de comportamentos ou de práticas obrigatórias.

A *função justificadora* permite, *a posteriori*, a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos. As representações intervêm na avaliação da ação, permitindo aos atores explicar e justificar suas condutas numa situação.

Parte-se do princípio de que é possível levantarem-se as opiniões das pessoas sobre um determinado objeto sem, entretanto, envolver representações sociais acerca desse objeto. O fato de um indivíduo emitir opiniões a respeito de um assunto não significa, necessariamente, que uma representação social deve estar implícita nessa manifestação. Moscovici foi o primeiro autor a estudar as condições necessárias para o surgimento de uma representação. De acordo com seus trabalhos, três condições seriam necessárias ao aparecimento de uma representação social (NÓBREGA, 2001): a *difusão*, a *propagação* e a *propaganda*.

A *difusão* refere-se à informação disponível sobre o objeto, não se dirigindo a um público, mas a uma pluralidade de públicos. As mensagens sobre um objeto organizam-se de forma indiferenciada, na medida em que ignoram as diferenciações sociais. Admite-se a existência de uma distância entre a informação utilizável pelos atores sociais e a informação que lhes seria necessária para atingir um ponto de vista objetivo. A insuficiência gera incerteza e ambigüidade, e favorece, desta forma, o aparecimento de um processo de reconstrução social (VALA, 2000; CAMPOS, 2002).

A *propagação* exige uma organização mais complexa das mensagens, representa a posição específica do grupo social em relação ao objeto, o que determina um interesse particular por certos aspectos do objeto e um desinteresse por outros. A sua finalidade é integrar uma informação nova, ou um problema novo e perturbante, no sistema de valores do grupo (VALA, 2000; NÓBREGA, 2001 e CAMPOS, 2002).

Divergindo da difusão e da propagação, a *propaganda* oferece uma visão do mundo claramente clivada e conflituosa. Essa forma de comunicação demanda a unidade e auto-afirmação de um grupo, colocando-o numa relação de oposição ou antagonismo em relação a outro grupo (VALA, 2000; NÓBREGA, 2001).

Existem várias abordagens relacionadas com a construção das Representações Sociais que denotam linhas de pesquisa e metodologia distintas, assumidas por estudiosos interessados na compreensão das

representações sociais. Neste trabalho, tomou-se como base o modelo das Representações Sociais através da perspectiva de Moscovici (1978).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo fundamentado na Teoria das Representações Sociais, conforme os princípios de Moscovici (1978) e Jodelet (2001), com o uso de multimétodo. Essa escolha ocorreu em virtude dessa abordagem fornecer subsídios

para desvendar a subjetividade dos familiares dos portadores de transtorno mentais, possibilitando compreender por meio das representações sociais as interpretações desses sujeitos acerca da convivência.

A pesquisa apresenta duas etapas quantitativas sob a forma do perfil sociodemográfico dos sujeitos participantes da pesquisa e do Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) associadas à técnica de entrevista no intuito de enfocar melhor o tema em estudo.

4.2 Lócus da pesquisa

A Instituição escolhida para pesquisa é particular conveniada com o SUS, fundada em 1932 na cidade de Fortaleza com a filosofia de ser uma referência para a psiquiatria Norte/Nordeste do país.

Surgiu como instituição privada, de administração familiar, que teve início com apenas 20 leitos particulares, posteriormente, oferecendo serviços centrados à rede pública através de convênio firmado com o SUS, o que lhe acrescentou, na época, 147 leitos.

A administração estava a cargo de irmãs de uma congregação religiosa que também realizavam os serviços de assistência junto aos poucos técnicos que eram contratados do serviço.

O número de técnicos e as horas de trabalho destes eram insuficientes para cumprir a demanda do grande número de internos, o que refletia numa situação de abandono, ou um tratamento baseado em uma filosofia religiosa, de caridade para os doentes mentais. A função dos técnicos fica restrita à legitimação da instituição como de tratamento, o que de fato era difícil de ser efetivar em condições de trabalho tão precárias.

Em 1995, um dos diretores (dono), assume a direção geral e uma das Assistentes Social, assume o cargo de assistente administrativa e coordenadora da equipe técnica. A nova diretoria tem a função de colocar à na época, a instituição dentro dos padrões mínimos exigidos pela Portaria n 224 do Ministério da Saúde (conquista da reforma Psiquiátrica no Brasil), modernizar a administração, modificar o tipo de assistência e o modelo adotado até então.

Propõe-se um acordo as irmãs, que ainda nesta data pertenciam aos quadros de recursos humanos da instituição, que as mesmas exercessem apenas suas funções religiosas na casa. No entanto, tal proposta não é aceita e a Congregação retira-se da CSSG, abrindo espaço para os técnicos assumirem a função de sua competência.

São contratados na ocasião, oito psiquiatras assistentes, oito plantonistas, dois clínicos, sete enfermeiros plantonistas, quatro assistentes sociais, quatro terapeutas ocupacionais, quatro psicólogos, um farmacêutico, um nutricionista e um odontólogo.

A estrutura física da casa é reformada, observando maior aproveitamento do espaço e com vistas ao sanitário. Trinta leitos são desativados e substituídos por trinta vagas no novo serviço oferecido pela casa, esta se expandindo em uma rede prestadora de serviços em saúde mental alternativos à internação cronicadora.

Trata-se da Unidade-Dia “Um Novo Tempo”, inaugurada em maio de 1996, que passa a oferecer à comunidade um importante serviço de suporte aos portadores de transtornos mentais, visando sua inserção social e um tratamento alternativo à internação. A desospitalização passa a ser uma meta da nova diretoria.

Concomitante a estas transformações, a diretoria investe também na qualificação de seus recursos humanos, promovendo palestras, seminários, um destes de grande importância histórica e que influenciará a posterior, transformação da instituição.

Em 1998 iniciou o processo de mudança, a instituição inaugura seu serviço de Emergência Psiquiátrica em 1999 e, após, o Serviço de Dependência Química (S.D.Q.), serviços esses particulares e com equipe própria.

As mudanças que vinham ocorrendo se aceleram. A nova administração propõe o que chamaram de Um Novo Modelo Assistencial, uma integração a uma rede de assistência em Saúde Mental, com participação da comunidade, poder público, usuários e familiares, buscando a transformação a transformação do atual modelo hospitalocêntrico cronicador vigente em Fortaleza.

A partir desta visão, em março de 2000 foi inaugurado o Serviço de Observação Especial – SOE, com seis leitos SUS, destinados principalmente “aos portadores de transtornos mentais de primeira internação, com o intuito de evitar a cronificação, retirando-os da crise com maior rapidez e eficiência, proporcionando o retorno o retorno ao convívio familiar o mais rapidamente possível”. Nesta ocasião, a

instituição já conta com o auxílio da Associação Espaço da Cidadania – ASEC, criada pelos sócios da própria instituição, de caráter social e socializante, sem fins lucrativos, com objetivo de ser um espaço de trocas e exercício da cidadania dos usuários dos serviços, seus familiares, funcionários, técnicos, comunidade em geral.

Na seqüência das mudanças preconizadas pelo processo de Reforma Psiquiátrica, esta instituição inaugura um outro serviço extra-hospitalar, este nascido da convicção filosófica de seus integrantes que acreditam na necessidade de um novo modelo de assistência para portadores de Transtornos Mentais.

O ambulatório é um centro de atenção diária, com funcionamentos para dependentes químicos e portadores de outros sofrimentos psíquicos e com objetivo de intervir terapêuticamente através de uma assistência qualificada, possibilitando o resgate do desempenho funcional e social, da cidadania, bem como uma melhor qualidade de vida, visando não só atender a clientela específica, mas também a família que tanto necessita de suporte para melhor saber lidar com questões tão complexas e profundas que rodeiam o relacionamento familiar.

O atendimento é feito em consultório convencional com consultas e retornos dependendo da demanda. Poderá receber além do atendimento Psiquiátrico, assistência em Psicoterapia individual e grupal, Terapia Ocupacional, Terapia Corporal, Terapia Familiar e/ou acompanhamento do Serviço Social.

Finalmente, a proposta do serviço em questão, é proporcionar um modelo de assistência interdisciplinar ao cliente portador de transtorno mental. Modelo que valorize sua singularidade e funcione como uma ponte que intermediará a busca de uma nova forma de ser, estar e pertencer ao mundo.

No início do ano de 2007 o Hospital foi fechado, seguindo o que é preconizado pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica e um outro serviço extra-hospitalar foi aberto: Portal Ônix, trata-se de uma comunidade terapêutica.

4.3 Participantes da pesquisa

Os 96 participantes da pesquisa foram escolhidos em um universo de 300 clientes do serviço de ambulatório cujo perfil de atendimento é de pacientes psicóticos ou não com quadros estabilizados e acompanhamento periódico e 30 clientes do serviço de Unidade Dia, onde o perfil é de psicóticos semi-estabilizados em processo de adaptação à rotina social, sob a adoção dos critérios de inclusão:

ser o acompanhante responsável pelo paciente durante o tratamento (familiar); estar em tratamento há pelo menos um ano (paciente) e ter diagnóstico de psicose (paciente).

Um outro critério de inclusão foi a aceitação e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, conforme Resolução 196/06 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas em seres humanos (Brasil,1998). A exclusão naturalmente se deu aos que não atenderam as necessidades acima.

São eles os sujeitos participantes: 51 familiares e 45 portadores de transtornos mentais em tratamento nestes dois serviços extra-hospitalares pertencentes a instituição já referida.

A participação dos familiares e dos pacientes neste estudo ocorreu por meio de depoimentos coletados através das entrevistas em profundidade e pelo Teste de Associação Livre de Palavras para análise fatorial de correspondência. A definição do número de entrevistados, bem como, dos participantes do Teste, obedeceu ao critério da saturação teórica.

Por meio do Teste de Evocações Livres participaram 41 familiares e 45 pacientes, perfazendo um total de 86 testes realizados e por meio das entrevistas participaram exclusivamente 10 familiares/acompanhantes no intuito de se conseguir um maior detalhamento acerca da convivência com um portador de transtorno mental na ótica do familiar, perfazendo um total na participação de 51 familiares.

4.3.1 Familiares

Os familiares aderiram com significativa motivação à participação no estudo, uma vez que o julgaram como um instrumento capaz de contribuir com a construção de tecnologia que favoreça uma melhoria na qualidade do relacionamento (convivência) entre o portador de transtorno mental e sua família.

Dos 51 participantes do estudo, 32 (62,74%) pertenciam ao sexo feminino, enquanto 19 (37,25%) pertenciam ao sexo masculino. No que diz respeito a faixa etária, 5 (9,80%) pertencem ao grupo de >30anos e 46 (90,19%) pertencem ao grupo de < ou igual a 30 anos. O grau de parentesco foi dividido em: família, parentes e amigos. Portanto, familiares ficaram em 44 (86,27%) pessoas entre mãe/pai = 24; irmão/irmã = 11; filhos = 2 e esposa/esposo = 7. Parentes ficaram em

5 pessoas (9,80%) entre 2 sobrinhos, 1 cunhada, 1 primo e 1 tio. Já em relação aos amigos ficaram 2 (3,92%) entre 1 vizinho, 1 cuidador.

O aspecto renda didaticamente foi dividido em dois grupos: o primeiro de 1 – 5 salários mínimos e o segundo < que 5 salários, compondo 34 (66,66%) pessoas com renda de 1 a 5 salários mínimos e 17 (33,33%) pessoas com renda superior a 5 salários mínimos.

Quanto a escolaridade o agrupamento constou no seguinte: 24 (47,05%) pessoas possuem o ensino médio completo ou incompleto; 16 (31,37%) das pessoas possuem o ensino fundamental completo ou incompleto; 9 (17,64%) possuem o ensino superior completo ou incompleto e 2 (3,92%) pessoas não alfabetizadas.

Quadro 1: Levantamento Sócio-demográfico dos familiares participantes do estudo. Fortaleza, Ceará, 2007.

Grau de parentesco	Sexo	Faixa etária	Escolaridade	Renda
Família = 44 (86,27%)	F = 32 (62,74%)	46(90,80%) ≤30 anos	24 médio 16 fundamental	- 34 (66,66%) – 5-6 salários
Parentes = 5 (9,80%)	M = 19 (37,25%)	5 (9,80%) > 30 anos	9 superior 2 não alfabetizadas	- 17 (33,33%) < 5 salários
Amigos = 2 (3,92%)				

Fonte: Elaboração própria

Dos 51 familiares envolvidos no estudo, participaram do Teste de Associação Livre de Palavras 41 (80,39%) e da entrevista 10 (19,60%) familiares, ou seja, o que participara de uma técnica (teste), estaria bloqueado à participação da seguinte (entrevista).

Não houve priorização entre grau de parentesco, faixa etária, renda e etc. O número de entrevistados decorreu da disponibilidade de tempo e condições emocionais de participar.

4.3.2 Pacientes

Bem como os familiares, os pacientes manifestaram interesse em participar do estudo, uma vez que percebem a necessidade de investimentos

voltados agora não são somente aos meios terapêuticos convencionais (fármacos e terapias e etc), mas, sobretudo, a invenção e a reinvenção de formas diversas de conquista da qualidade de vida, mesmo não conseguindo se desvencilharem da doença.

Ao contrário dos familiares, os pacientes apenas participaram do Teste de associação Livre de Palavras num total de 45 sujeitos, sendo que 30 (66,66%) do sexo feminino e 15 (33,33%) do sexo masculino. Em relação a faixa etária encontramos tais dados: 10 (22,22%) das pessoas encontram-se na faixa > 30 anos e 35 (77,77%) das pessoas encontram-se na faixa < ou igual a 30 anos de idade.

No campo da escolaridade foram essas as informações coletadas: 11 (24,44%) possuem o ensino fundamental completo ou incompleto, 20 (44,44%) possuem o ensino médio completo ou incompleto e 14 (31,11%) possuem o ensino superior completo ou incompleto. Não foram detectados pacientes sem escolarização.

No quesito renda familiar foram contabilizadas 29 (64,44%) pessoas com renda familiar variando de 1 a 5 salários mínimos e 16 (35,55%) pessoas com renda familiar superior a 5 salários mínimos. Em relação a ocupação, observa-se que 27 (60%) dos pacientes possuem uma ocupação, seja ela formal ou não, 3 (6,66%) delas são aposentadas - seja por tempo de serviço ou por invalidez, 5 (11,11%) são estudantes e 10 (22,22%) delas não possuem qualquer ocupação remunerada.

De igual maneira, não houve qualquer priorização por faixa etária, condições sociais, escolaridade e etc. Simplesmente os critérios de inclusão e exclusão já citados foram cumpridos e respeitados os limites da saturação teórica.

Quadro 2: Levantamento Sócio-demográfico dos pacientes participantes do estudo. Fortaleza, Ceará, 2007.

Feminino/Masculino	Faixa etária	Escolaridade*	Ocupação	Renda
F = 30 (66,66%)	≥ 30 anos	20(44,44%) M	27(60%) Ocupação	1-5 salários
M = 15 (33,33%)	10 (22,22%)	14(31,11%) S	10(22,22%) Sem	29 (64,44%)
	≤30	11(24,44%) F	Ocupação	< 5 salários
	35 (77,77%)	0 (0%) Ñ ALF.	5(11,11%) Estudante	16 (35,55%)
			3(6,66%) Aposentado	

Fonte: Elaboração própria.

* Em Escolaridade leia-se: M = Ensino Médio; S = Ensino Superior; F = Ensino Fundamental e Ñ ALF = Não Alfabetizado.

4.4 Mecanismos e estratégias de coleta de dados

A escolha da abordagem multimétodo para a realização dessa pesquisa deveu-se ao fato de se estar buscando uma coleta de informações que dê conta de aspectos afetivos, cognitivos e atitudinais das participantes através da comunicação com elas. Essa abordagem consiste na utilização de múltiplas técnicas e instrumentos para o estudo de um fenômeno, buscando sua melhor compreensão e segurança na análise interpretativa.

Os instrumentos selecionados para obtenção dos dados foram: o Teste de Associação Livre de Palavras e a entrevista semi-estruturada. O uso combinado dos instrumentos possibilita a compreensão do objeto de investigação pela análise quantitativa e qualitativa do material simbólico expresso.

O levantamento do perfil sócio-demográfico foi incorporado ao instrumento conhecido como teste de associação livre de palavras e englobou variáveis gerais como idade, grau de parentesco, escolaridade, ocupação, renda familiar. Esse levantamento de dados possibilitou uma maior aproximação com os sujeitos da pesquisa através do delineamento das características básicas de cada grupo, suas semelhanças, divergências e peculiaridades.

O Teste de Associação Livre de palavras é uma técnica relevante nas investigações em representações sociais. Originalmente desenvolvido por Jung no contexto da prática clínica foi adaptado por Di Giacomo (1981) no sentido de atender à demanda das pesquisas em psicologia social. É um teste que se organiza a partir da evocação de respostas dadas após um ou mais estímulos sugestivos e que possibilita a expressão de universos semânticos de palavras que agrupam determinadas populações; consiste em uma técnica de caráter projetivo construída no sentido de trazer à consciência elementos inconscientes através das manifestações de condutas de reações, evocações, ou seja, a estrutura da personalidade do sujeito (NÓBREGA; COUTINHO, 2003).

O processo de aplicação do teste é simples, consistindo em se vocalizar para o sujeito uma palavra ou mais, conhecidas nas representações sociais como indutora(s). No presente caso, pode-se perguntar o que vem à sua mente quando se falam as palavras indutoras: família, doença mental, saúde mental, tratamento e

crise. Em resposta, o sujeito deve verbalizar, o mais rápido possível, as primeiras palavras que lhe vêm à mente. Em relação ao tempo para a resposta, deve-se ter cuidado em relação ao período de latência e o tempo total, isto é, não permitir que haja tempo para elaboração das respostas, que deverão ser enunciadas de forma a mais rápida possível. O teste de associação livre de palavras foi aplicado a 86 participantes.

Para Bardin (1977, p.51 e 52), o teste de associação livre de palavras possibilita localizar zonas de recalçamento e bloqueamento de um indivíduo. Ressurgem formas espontâneas de associações relativas a estereótipos sociais que designam como uma representação de um dado “objeto mais ou menos desligado da sua realidade objetiva, partilhada pelos membros de um grupo social com certa estabilidade”.

A técnica para fundar as questões subjetivas foi a entrevista semi-estruturada, a partir de uma questão norteadora, com a utilização de um gravador para o registro dos discursos. Essa é indispensável a todo e qualquer estudo de representação social cuja finalidade é apreender as características das representações sociais enquanto sistemas sócio-cognitivos, avançando do particular e concreto para o geral e abstrato, favorecendo o desvelamento das representações sociais. A entrevista semi-estruturada foi aplicada a 10 participantes, pois as experiências se foram repetindo e se tornaram capazes de explicar o fenômeno em suas diversas dimensões, ou seja, até que houvesse a saturação teórica.

4.5 Tratamento dos dados

As verbalizações resultantes das entrevistas foram analisadas através da técnica de Análise de Conteúdo Temática, de acordo com os pressupostos de Bardin (1977). Para essa autora, a análise de conteúdo é um

“conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relacionados à condição de produção-recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens” (p.42).

Essa descrição sistemática dos conteúdos presentes nas comunicações revela, assim, o que não está manifesto ou aparente nas falas dos sujeitos. Por sua vez, essa compreensão permite a construção de inferências junto aos discursos. Nesse sentido, Bauer (2002, p.190) ressalta que a análise de texto possibilita a construção de uma ponte entre um formalismo estatístico e a análise qualitativa dos materiais. Enquanto paradigma quantidade/qualidade das ciências sociais, a análise de conteúdo materializa o ideal de técnica híbrida, derrubando fronteiras e rompendo com a improdutiva discussão sobre virtudes e métodos em pesquisa.

Os relatos inicialmente gravados foram transcritos em sua íntegra para possibilitar o posterior trabalho do material sem cortes no processo de reprodução, conforme a permissão dos sujeitos por sua assinatura no termo de consentimento. As transcrições das fitas gravadas deverão ser feitas logo após a realização de cada entrevista, na medida do possível, pelo próprio pesquisador-entrevistador.

Os conteúdos que emergiram a partir das falas dos sujeitos entrevistados foram submetidos à análise de conteúdos temática de Bardin (1977), propiciando a visualização dos sentidos manifestos para além das aparências do que está comunicado. Para isso, a técnica de análise de conteúdo engloba as seguintes etapas: constituição do *corpus*, leitura flutuante, composição das unidades de análise, codificação e recortes, categorização e descrição das categorias (COUTINHO, 2001, p.102).

A *constituição do corpus* consiste na organização do conjunto de documentos necessários aos procedimentos analíticos. Nessa pesquisa, o corpo foi estabelecido a partir de 10 entrevistas gravadas (6 horas de gravações), transcritas na íntegra na seqüência e de 86 Testes de Associação Livre de Palavras.

A *leitura flutuante* corresponde a uma primeira leitura, livre, de todo o material, sem maiores controles, para que, subseqüentemente, o pesquisador se detenha em leituras mais orientadas e concisas. Essa etapa possibilita que se identifiquem categorias em potencial para posterior levantamento. Aparentemente singela e despreziosa, guarda um grande tesouro, o início das percepções que guiará o pesquisador nas etapas que se seguem.

A *composição das unidades de análise* consiste Entende-se por composição das unidades de análise como sendo o processo em que o grande texto (entrevista) se transforma e conseqüentemente alimenta a construção de Unidades de Análise. A etapa inicial consiste em: o macro texto é compartimentalizado em

pequenas unidades de significação, chamadas de unidades de registro. Sendo o texto agora desmembrado e visto por frases.

A segunda etapa responde por agregar unidades maiores de significação, agora chamadas de unidades de contexto, montando assim um parágrafo. Mediante a essa movimentação no sentido de aglomerar sentidos em contextos, foram sendo tecidas as categorias e subcategorias – representadas por siglas a partir de suas iniciais.

Quadros foram elaborados com o propósito de facilitar o entendimento das construções, pois, são compostos pelas categorias, suas respectivas siglas e frequência das verbalizações, bem como, pelas subcategorias, suas respectivas siglas, frequência das verbalizações e os percentuais. Um único tema foi produzido e a partir dele foram derivadas as categorias num total de 6 e as subcategorias, num total de 10.

4.5.1 Descrição das Categorias e Subcategorias

Tema: Convivência com o Doente Mental (CDM)

Neste único tema, foram agrupadas todas as categorias e suas subcategorias, pois tratam exclusivamente da convivência com o portador de transtorno mental. Total de 2 categorias e 8 subcategorias.

Categoria 1: Convivência como difícil (CD)

Nesta categoria foram agrupadas as unidades de significação que expõe a convivência com o portador de transtorno mental como algo difícil. Fora, portanto, subdividida em três subcategorias.

- Convivência como centralização de responsabilidades (CDCCR)
- Convivência como desespero e teimosia (CDCDT)
- Convivência como medo (CDCM)

Categoria 2: Convivência como mecanismo de enfrentamento (CME)

Nesta categoria foram agrupadas as unidades de significação que consideram a convivência com o portador de transtorno mental como mecanismo de enfrentamento. Fora subdividido em quatro subcategorias.

- Convivência: doença mental como sentença
- Convivência como purificação e fé
- Convivendo com a não aceitação da doença
- Abnegação
- Frustração Sentimentos

4.5.2 Tratamento dos Testes de Associação Livre de Palavras: Análise fatorial de correspondência (AFC)

Os dados levantados no Teste de Associação Livre de Palavras foram processados pelo software *Tri-Deux-Mots* (versão 2.2), Cibois (1995). Em seguida, procedeu-se à Análise Fatorial de Correspondências que se constitui uma técnica de análise estatística. Esse procedimento tornou possível a representação gráfica das variáveis fixas (sócio-demográficas) e variáveis de opiniões que correspondem às respostas dos participantes. Todavia, antes que os dados fossem rodados no programa já citado, fez-se necessário que alguns procedimentos fossem obedecidos, como: todas as palavras obtidas como respostas das evocações, aglomeradas, resultaram na construção de um banco de dados colocado em ordem alfabética e reduzidas à no máximo seis caracteres, sendo esta uma exigência do programa. Após uma conferência minuciosa é que o programa é então processado.

As variáveis fixas são, portanto, discriminadas (1 paciente, 2 familiar – 1 > 30 anos e 2 < ou igual a 30anos) e dispostas em colunas e as variáveis de opiniões, ou seja, palavras evocadas dispostas em linhas, dando-se, por conseguinte a análise das respostas (palavras) mais significativas para a pesquisa, conforme frequência e eixo de localização.

No gráfico, as palavras com cor vermelha formaram o fator 1 (F1), ao passo que as de cor azul formaram o eixo ou fator 2 (F2). Têm-se então as

respostas dos sujeitos a partir do plano fatorial de correspondência, onde é possível de serem visualizadas as atrações e oposições entre as palavras verbalizadas.

4.6 Questões éticas

Em obediência à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, os sujeitos abordados no estudo foram informados dos objetivos da pesquisa e aos que aceitaram tomar parte nele foi assegurado o anonimato, bem como a possibilidade de se retirarem, a qualquer momento, do estudo. Todos os que concordaram assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto passou pela apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, constando nele a solicitação para entrada no campo, assim como a devida assinatura da folha de rosto pelo responsável pela unidade onde se realizou a pesquisa.

5 PACIENTES *versus* REDE SOCIAL DE APOIO: Representações Sociais do Adoecimento Psíquico

A técnica de associação livre de palavras foi um dos instrumentos de importante escolha na coleta de dados no presente estudo pelo fato de acessar conteúdos latentes e afetivos dos sujeitos entrevistados. O teste de associação livre (TAL) foi constituído de sete estímulos indutores no processo de evocação das palavras: (1) família; (2) doença mental; (3) saúde mental; (4) tratamento; (5) crise. .

Tais estímulos foram aplicados em 86 sujeitos, sendo 41 familiares e 45 pacientes. Sua aplicação foi feita de forma individual, cabendo a pesquisadora tanto lançar o estímulo como a própria a grafia das respostas das evocações. Posteriormente a sua aplicação, foi montada no programa Word um dicionário para cada estímulo com todas as palavras transcritas na íntegra, obedecendo ao agrupamento destas que possuíam o mesmo sentido, com exemplo: médico e psiquiatra, entendidos como médico.

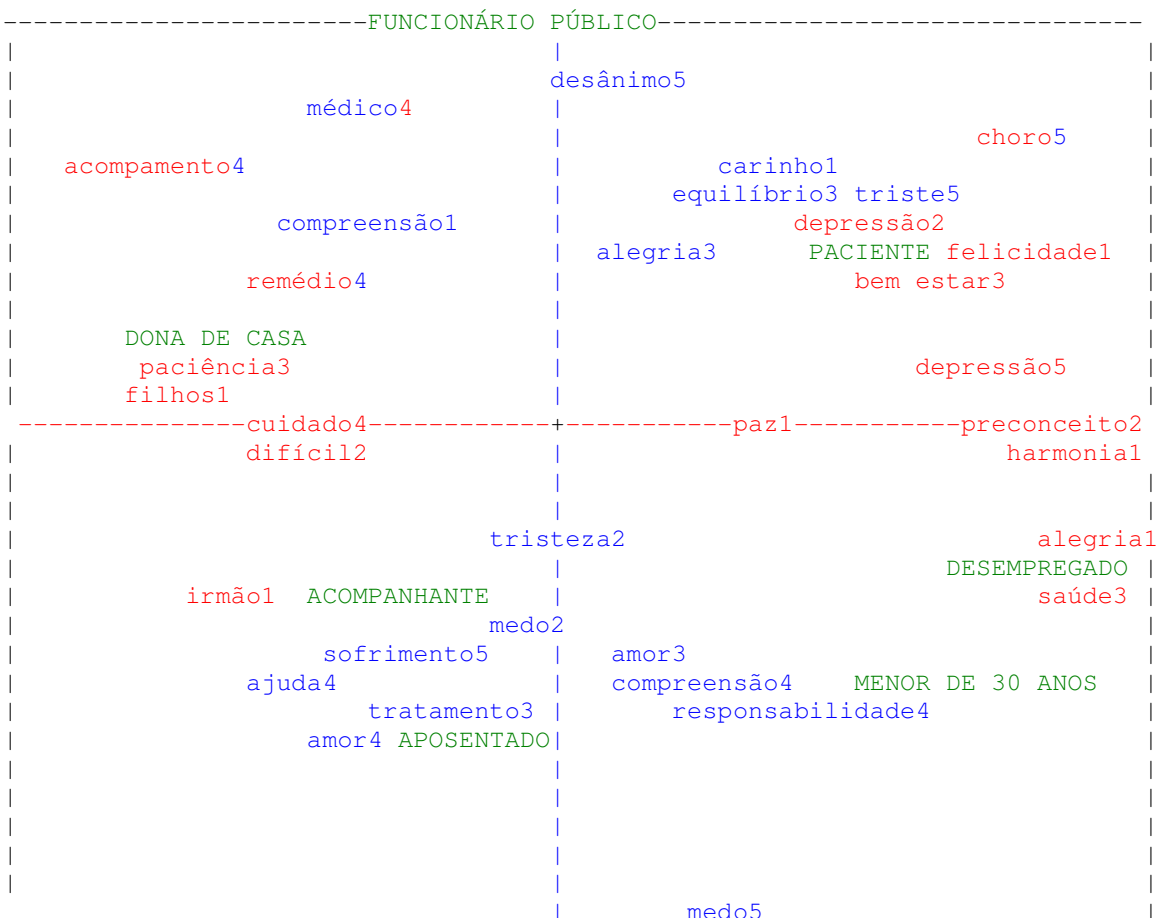
As respostas obtidas com a utilização desse instrumento foram processadas através do software *Tri-Deux-Mots* versão 2.2 (CIBOIS, 1995) e a interpretação realizada a partir da Análise Fatorial de Correspondência (AFC).

Um contingente de 1.701 palavras foi evocado na coleta de dados pelos 200 sujeitos da pesquisa em resposta aos estímulos indutores com a ocorrência de 802 termos diferentes. Os estímulos indutores foram aplicados num grupo representado por pacientes e outro composto por acompanhantes.

A técnica adotada possibilita a elaboração de eixos que evidenciam os resultados apresentados num campo representacional e distribuídos de maneira oposta sobre os fatores F_1 e F_2 . Essa formação gráfica reproduz a atração manifesta entre as variáveis fixas (convivência com animal de estimação, estado civil e composição familiar) e as variáveis de opinião (respostas aos estímulos indutores).

Os fatores podem ser identificados na representação gráfica através da distinção de cores. O fator F_1 , horizontal e de cor vermelha evidencia os resultados mais importantes da pesquisa, enquanto o F_2 , vertical e de cor azul, completa os resultados manifestos no F_1 . Portanto, os fatores F_1 e F_2 foram os de maior contribuição, concentrando as principais informações das respostas evocadas pelos sujeitos no TAL. O fator F_1 abrangeu 40,7% da variância total de respostas (valor próprio = 0.081901) e o segundo fator, 18% da variância total de respostas (valor próprio = 0.036213), perfazendo um total de 58,7% da variância total dos dados, o que dá confiabilidade às afirmações propostas no capítulo.

Gráfico 1: Representação Gráfica dos Fatores 1 e 2 via software Tri-deux-mot.



ESTÍMULOS	SUJEITOS
1- FAMÍLIA	REDE DE APOIO E PACIENTES
2- DOENÇA MENTAL	
3- SAÚDE MENTAL	
4- TRATAMENTO	
5- CRISE	

A leitura do gráfico é realizada por meio das palavras evocadas, a partir de sua distribuição nos eixos (fatores F1 e F2). Com relação ao eixo F1 pode-se, objetivamente, visualizar na estrutura do gráfico, a oposição entre as representações manifestas pelos pacientes (região direita) e pelos acompanhantes (região esquerda) que exercem o papel de rede social de apoio.

Dentre as respostas evocadas, relativas ao primeiro estímulo indutor (família), destacam-se nas falas dos pacientes, com destaque no gráfico a variável fixa ausência de atividade laboral, as expressões: *felicidade* (CPF=28), *harmonia*

(CPF=73), *alegria* (CPF=62) e *paz* (CPF=33), o que denota a família idealizada, construída dentro do imaginário com alguns possíveis objetivos pessoais de resguardo, de proteção, de fuga, de negação. O ideal de família funciona como lócus de confrontação com o real, ponto de partida para a percepção do mesmo, do que está posto, ou de simplesmente, esboço de desejos e aspirações para a vida em família.

Por outro lado, no mesmo eixo F1, sentido negativo, identificam-se os acompanhantes, com ênfase no grupo que tem como ofício a dedicação integral ao lar “dona de casa”. Cabe salientar a sinalização no gráfico dessa variável fixa pois, em alguns casos, é circunstancialmente imposto ao acompanhante do Portador de Transtorno Mental, a disponibilidade total de tempo, pelo menos, parcial para se dedicar à tal fim. Bem provável, no entanto, que esse acompanhante tenha sido “eleito” por tal motivo.

Essas pessoas trazem as seguintes referências no que tange ao estímulo primeiro: *filhos* (CPF=88) e *irmão* (CPF=27). Percebe-se, portanto, a associação imediata aos laços consangüíneos, ou seja, do que eu não posso me livrar, do que eu não escolhi e, entretanto, não posso negar, até por princípios morais, espirituais, sociais e etc. É o confronto do “ideal” com o “real” – o desejo contra o intransferível, o inegável.

Dando seqüência à análise, de forma complementar no eixo F2, porção superior, encontram-se os pacientes representados pela variável fixa de ocupação como Funcionários Públicos. Os mesmos referem o estímulo 1 (família) como: *compreensão* (CPF=47) e *carinho* (CPF=31). Parece falar de necessidades, parece que por algum nível de esclarecimento, deflagrem uma guerra rotineira em busca da auto-conscientização, parece um dizer para si mesmo sobre possíveis necessidades colocadas, compreensão e carinho. Em contraposição, a porção inferior, notadamente representada pelos acompanhantes, nada de representativo atribui à família como primeiro estímulo.

Em resposta ao estímulo 2 (doença mental), no eixo F1, lado positivo, os pacientes atribuem as seguintes respostas: *depressão* (CPF=20) e *preconceito* (CPF=71). A primeira podendo ser vista como causa - por ser compreendida muitas vezes como sinônima de doença mental. Usar o termo “depressão” pode conceder a sensação de excluir o fenômeno do preconceito. Ou como efeito - por representar

toda dor do isolamento, das perdas, do não pertencer. O preconceito por sua vez, é o que maltrata o que aparta, o que segrega.

Em contraposição, os acompanhantes, no extremo oposto, simplesmente atribuem a representação do *difícil* (CPF=23). O aparecimento de apenas uma representação no gráfico para tal evocação não surpreende, uma vez que durante as entrevistas, fica claro a dificuldade do acompanhante em elaborar questões, comentários, mais complexos em torno da temática. Parecem não encontrarem muita explicação, parece não conseguir atingir por completo, o campo da razão, da consciência. Talvez seja tão igualmente difícil não de fato compreender, quanto forçar uma compreensão total.

No eixo F2, no estímulo 2 (doença mental), o grupo de pacientes representados pelos funcionários públicos nada inferiu sobre o estímulo – doença mental, todavia, o grupo oponente, constituído pelos acompanhantes, com destaque aos aposentados e indivíduos menores de 30 anos, traz as seguintes respostas: *tristeza* (CPF=18) e *medo* (CPF=20). Tristeza pela situação que não pode ser desfeita a despeito de qualquer iniciativa e o medo do durante, medo do por vir. Medo do que já aconteceu e do que poder vir à acontecer. Medo do que não pode ser mensurado, aguardado e pior que isso, medo do que não pode ser contornado.

Seguindo, chega-se ao estímulo 3 (saúde mental), eixo F1 positivo, referente aos pacientes, no qual encontra-se apenas a palavra *saúde* (CPF=53), aqui sem maiores detalhes, talvez até pela ausência de parâmetros do vivido ou quem sabe, a tentativa de generalizar com a intenção de chamar a atenção para relevância desta condição para a saúde propriamente dita. Seja saúde emocional, seja saúde social e etc. Fazendo oposição, ainda no eixo F1, porém, em relação os acompanhantes, encontra-se a referência a palavra *paciência* (CPF=60), evidenciando um exercício constante na tentativa de continuidade do cuidado, mais também, como estratégia de preservação da própria saúde mental.

Quanto ao eixo F2, tratando de maneira complementar do estímulo 3 (saúde mental), o agrupamento de pacientes, referenciados na parte superior do gráfico, traz as palavras: *alegria* (CPF=34), *equilíbrio* (CPF=28) e *trabalho* (CPF=17). A primeira evocação compõe uma oposição explícita à doença mental, ou seja, como resposta ao estímulo “saúde mental”, fala-se de alegria, de trabalho, sinalizando o único lugar onde tais eventos podem ocorrer. Delimita, forma membrana isoladora, surge dicotomia: branco X preto, feio X bonito, triste X alegre,

etc. Todavia, ao mesmo tempo em que tenta criar caminhos diferentes, parece também buscar um certo grau de equilíbrio que funcionaria como um tom próximo ao perfeito que conduziria as relações dos seres consigo mesmo e com o mundo e o que caracterizaria a saúde mental.

Em resposta ao estímulo 4 (tratamento), seguimento positivo do eixo F1, os sujeitos nada referem, sugerindo a grande dificuldade de se aceitarem enquadrados em uma rotina de consultas e de medicações que pode se perpetuar indefinidamente. Fica claro, mais uma vez, a dificuldade em se lidar com os extremos, tanto o ininterrupto, quanto com a interrupção. Por melhor dizer, com a ausência de autonomia em ambas as situações. No mesmo eixo F1, sobre o mesmo estímulo, no lado oposto, os acompanhantes referem: *acompanhamento* (CPF=46), *remédio* (CPF=61) e *cuidado* (CPF=25). É a compreensão tanto da responsabilidade da clínica – quando insere remédio, quanto da responsabilidade pessoal no processo do tratamento, quando fala do cuidado, sem esquecer, da idéia da continuidade, do estar perto trazido pelo acompanhamento.

No Eixo F2, ainda no estímulo 4 (tratamento) – a porção superior relativa aos pacientes, traz as seguintes respostas: *acompanhamento* (CPF=22) e *médico* (CPF=116), o que só vem a reforçar as inferências feitas anteriormente, ou seja, salienta a relevância das responsabilidades clínicas, aqui representada pela figura do médico, bem como, da responsabilidade pessoal e da continuidade do cuidar, através do acompanhamento. A porção inferior, por sua vez, aludindo às evocações dos acompanhantes, traz a *ajuda* (CPF=23), o *amor* (CPF=65), a *compreensão* (CPF=32) e a *responsabilidade* (CPF=28) como requisitos impreteríveis para que se consiga lograr êxito, ou pelo menos, realizar um tratamento. Talvez aqui, o lançar mão de idéias cristãs na tentativa de encontrar forças para a superação do insuperável.

Chegando ao quinto e último estímulo (crise), no eixo F1, lado positivo, surge exclusivamente a palavra *depressão* (CPF=36), trazida pelos pacientes, mais uma vez, como causa e/ou conseqüência da crise. Em contraposição, o lado negativo, nada traz.

No eixo F2, as evocações ao estímulo crise, por parte dos pacientes, é suplementado pelas palavras *desânimo* (CPF=38), *triste* (CPF=20) e *choro* (CPF=41), indicando o momento da crise como a interrupção na crença de que algo mudaria, o afastamento do milagre, da idéia de que alguma coisa poderia ser

transformada. A percepção por meio da crise de que o quadro é perene, traz tristeza e muito choro. Não diferente, a porção inferior refere a palavra – *sofrimento* (CPF=36), no discurso dos acompanhantes, de forma recorrente, o confronto com uma realidade que por mais que por alguns momentos possa ser obnubilada, sempre virá à tona como o despertar do gigante.

7 PACIENTE *versus* REDE SOCIAL DE APOIO: Encontro com as Representações Sociais.

Este capítulo é responsável por apresentar as representações sociais elaboradas acerca da convivência entre o portador de transtorno mental e sua família a partir dos discursos dos entrevistados. Para isso foi adotado um eixo temático: Convivência com o portador de transtorno mental. E a partir também da análise fatorial de correspondência.

Com relação a composição das unidades de análise, essa pode ser entendida como o processo em que o grande texto (entrevista) se transforma e conseqüentemente alimenta a construção de Unidades de Análise. Assim, a etapa inicial consiste em um macro texto que é compartimentalizado em pequenas unidades de significação, chamadas de unidades de registro. Sendo o texto agora desmembrado e visto por frases.

A segunda etapa tem como finalidade agregar unidades maiores de significação, agora chamadas de unidades de contexto, montando assim um parágrafo. Mediante essa movimentação, no sentido de aglomerar sentidos em contextos, foram sendo tecidas as categorias e subcategorias – representadas por siglas a partir de suas iniciais.

Quadros foram elaborados com o propósito de facilitar o entendimento das construções, pois, são compostos pelas categorias, suas respectivas siglas, bem como, pelas subcategorias e suas respectivas siglas. Um único tema foi

produzido e a partir dele foram derivadas as categorias num total de 2 e as subcategorias, num total de 8.

Quadro 3: A convivência no adoecer mental segundo códigos

Tema, categorias.	Siglas
Tema: Convivência com o Doente Mental	CDM
Categorias	
Convivência como difícil	CD
Convivência como mecanismo de enfrentamento	CME

Fonte: Elaboração própria

Essas representações elaboradas estão sendo discutidas nas multiplicidades das dimensões, definidas em suas subcategorias.

Tema: Convivência com o Doente Mental – categorias e subcategorias

Trata-se do único tema elaborado e por sua vez, tem o propósito de contemplar as nuances, as peculiaridades e os limites da convivência entre o portador de transtorno mental e sua família, bem como, seus modos de agir, reagir e refletir sobre a temática em questão.

Categoria 1: Convivência como difícil (CD)

Para Cavalheri (2002), a ocorrência de uma doença mental na família, acaba por imobilizá-la inteiramente, e o desgaste é agravado por se tratar de uma doença quase que invariavelmente de longa duração, com freqüentes casos de agudização de sintomas e em na maioria das vezes, considerada incapacitante e estigmatizadora e, sobretudo, dispara uma série de respostas nas pessoas de seu grupo social, especialmente, entre aquelas de seu convívio familiar. Uma dessas respostas é a situação de sofrimento em que tanto o doente como sua família são submetidos. Submissão esta imposta dada a condição, ou melhor, ausência de condição de interferir diretamente sobre a mudança radical do quadro, a cura.

Experimentar tal situação denuncia a arte de conviver com o **difícil**, objetivado nas limitações e desgastes, frustração e anseios, exaustão das forças e o desconhecido, na desesperança e na persistência, na tensão e no medo presentes no cotidiano familiar, dificultando e por vezes, inviabilizando a convivência com o portador de transtorno mental.

Quadro 4: Verbalizações da categoria convivência como difícil e suas subcategorias.

	Unidade de significação	Sigla
Categoria 1	Convivência como difícil	CD
Subcategoria 1	Convivência como centralização de responsabilidades	CDccr
Subcategoria 2	Convivência permeada pela instabilidade e pela teimosia	CDcpit
Subcategoria 3	Convivência como medo	CDcm

Fonte: Elaboração própria

Subcategoria 1: Convivência como centralização de responsabilidades (CDccr)

Até pouco tempo, a assistência impressa ao doente mental centrava-se nos hospitais psiquiátricos, celeiro de toda prática e saber médico, sendo este o modelo restrito à internação e à medicalização dos sintomas, relegando à margem, qualquer tipo de vínculo e interação com a família e conseqüentemente, com a sociedade.

Dando um salto para a atualidade, toda a construção de políticas assistenciais, defendem o empoderamento do papel de indivíduo, de cidadão em detrimento do de doente e o pleno desempenho dos direitos e deveres na sociedade conferidos por este novo papel. Neste processo, entra a família que segundo alguns estudos citados por Waidman (1999), apontam que esta é fundamental na manutenção do doente fora da instituição psiquiátrica, reforçando assim a idéia de ser preparada e apoiada pelos profissionais de saúde mental, com vistas ao seu convívio com o portador de transtorno mental.

Todavia, segundo Calvero; Ide e Rolim (2004), esta em alguns momentos foi excluída por ser considerada como “nociva ao tratamento”, ou seja, causadora da doença, atrapalhava o tratamento proposto e em outros momentos, retirou-se de cena do cuidado de seu familiar doente, por acreditar não ser habilitada a este cuidado e pela sobrecarga física e emocional que o sujeito doente acarreta aos seus membros.

Tal sobrecarga ocorre tanto em função do restrito número de serviços extra-hospitalares ofertados/mão de obra, como pela ainda falta de sensibilidade e qualificação por parte dos profissionais na orientação dos familiares.

Como consequência disso, fica a família, diga-se de passagem, sem preparos técnico e emocional, e sem amparo social, com a responsabilidade impelida pelos serviços de saúde mental e sociedade como um todo, de manter o portador de transtorno mental fora da instituição psiquiátrica “ultrapassada”. Ocorre que esta, durante seus processos de adaptação e readaptação e um gasto cotidiano para que este processo se efetive (FREITAS & MENDES 1999), sofre ajustes e desgastes por vezes irreparáveis, fragmentando o sistema de cuidado e principalmente, consolidando o cuidar solitário, ou seja, a centralização da responsabilidade desse cuidar em um membro apenas. Este por sua vez, sente-se de alguma forma culpado pela doença do outro, ou na ausência dos demais, sente-se obrigado moralmente a dar continuidade, mesmo que só, desse processo de cuidar tão comum e freqüente nas falas a seguir e assim, evidencia o cuidar sem ser cuidado:

Eu trabalho como auxiliar de enfermagem nos hospitais. É o maior sacrifício! Saio de plantão como hoje e pego meu filho no terminal – pai dele leva ele. Porque o pai dele tem uma mercearia e aí reclama: Vou fechar a mercearia e deixar a manhã todinha fechada? Então eu combinei – Você vai deixar o menino até o terminal. Eu vou sair de plantão, pego o menino e levo pra clínica. Faço um sacrifício. Aí de noite, vou pro outro emprego. Tudo é um sacrifício, mas tenho que fazer por ele”. (Margarida – mãe CHF);

... O pai nunca aceitou que ele tivesse deficiência nenhuma. É tanto que nunca entrou no gabinete dos doutores. Ficava do lado de fora a buzinar... (Margarida – mãe CHF);

...e eu tô cansada de ta aqui todo dia. Tô cansada. Tem gente que diz que a pior vida é melhor do que a morte, É não! Eu queria morrer e não queria viver uma vida dessa... (Bromélia – mãe CHF)

... Eu fico com uma tristeza pensando assim:... se um dia eu morrer, como vai ficar esse menino? Isso me deixa estressada. Porque com certeza a irmã dele não vai ficar com ele. Ele vai ficar bolando nos hospitais... (Rosa – mãe CHF) Norma

...ela não tem ninguém. É como se eu fosse da família mesmo, porque sou eu que estou quando ela rir, quando ela chora... (Margarida – acompanhante CHF) -

Fica claro nas falas acima, o pedido de ajuda na gestão da convivência com o portador de transtorno mental, bem como, o risco de que uma vez que se assume isoladamente a responsabilidade de cuidar de outrem, automaticamente,

gere o desentendimento com os demais membros da família, tão vítimas quanto o primeiro, apenas, pela a capacidade de enfrentamento reduzida, reserva-se ao direito de não dedicar-se a tal causa.

Subcategoria 2: Convivência permeada pela instabilidade e a teimosia (CDcpit)

Tanto a instabilidade no comportamento, quanto a teimosia são mencionados com grande intensidade no decorrer das entrevistas. Parece o ser humano necessitar de um mínimo de previsibilidade durante o processo de sua vida. Entretanto, o que mais aflige a família do portador de transtorno mental é exatamente a convivência com a instabilidade, o incerto, a flutuação de humor. Variações que vão da passividade à intolerância em segundos, tendo como conseqüência, um viver em eterno estado de tensão, de sobressalto. Nas falas seguintes, podera-se-á observar o grau de ansiedade experimentado pelo familiar:

É muito difícil! Muito difícil! Demais! Estou estressada, estou cansada. A gente passa a vida inteira conversando com uma pessoa... Um dia ta de um jeito, um dia ta de outro, um dia ta de um jeito terrível, sabe? Ninguém sabe. Ele dorme bem. Ninguém sabe se vai amanhecer bem. A gente fica naquele suspense... Tomara que ele amanheça bem pra não ter problema. É uma coisa muito estressante. (Violeta, 56 anos- mãe Novo Tempo)

Ele é muito bom, calmo, tranqüilo, inteligente, inocente... Se nós não mandar ele fazer alguma coisa... Se ele notar que nós estamos querendo mandar nele, ele fica imperativo. Não aceita, fica impaciente. Ele é ótimo! Só quando ele entre em crise... A crise é instantânea. Vem a crise de matar e ele se afoba. Quer quebrar tudo. Ameaça de matar a mãe. É difícil a crise. Passou, ele fica bem. A convivência é penosa” (Crisântemo 60 anos – pai Novo Tempo)

A partir dos depoimentos anteriores, fica clara a sobrecarga do familiar diante da agudização dos sintomas. As tão mencionadas alterações do comportamento dos portadores de transtorno mental constituem-se como sendo situação de difícil entendimento para todos e é reforçado por Oliveira e Jorge (1998, p. 381) quando diz que a imprevisibilidade do paciente é outra fonte de tensão em casa, e complementa que é o comportamento imprevisível do doente mental que debilita as expectativas sociais e origina incerteza e insegurança em seus familiares.

Os médicos dizem que é esquizofrenia. Mas é só o que eu sei... Ela muda tanto de um minuto para o outro! (Rosa, 76 anos – mãe Novo Tempo)

...ela vai pro quarto, volta...Te, vez que pára e começa a chorar... (Rosa, 18 anos – acompanhante Novo Tempo)

Um outro fator estressor sempre presente é o que a família nomeia de “teimosia”:

Ele é muito teimoso. Sei que é da doença. Muito teimoso. A gente fala as coisas com ele, mas tem que ser da cabeça dele, mesmo que esteja errado ou não. Ele diz que é e ta bom (Rosa, 52 anos – mãe CHF)

A convivência às vezes é difícil. Difícil assim: Ele não entende. A gente explica pra ele. Ele não aceita de jeito nenhum. Aí se torna muito difícil pra gente. Ele não aceita que a agente fale. Às vezes ele queria ir para praia seis horas da tarde. É um perigo! A gente dizia que não e ele já tava lá na frente... (Rosa 52 – mãe CHF)

Não é fácil. É trabalho porque não aceita o que a gente diz. Só ela sabe. O ego é só pra ela mesmo (Rosa, 52 anos- irmã CHF)

...horas que é um pouco tumultuada porque nem sempre a gente ta em condições de suportar as atitudes dela. A teimosia! A gente pede pra ela não fazer uma coisa e ela faz... ela queria sair, era mais de doze horas, disse que não tava agüentando ficar em casa, precisava respirar ar. Por outro lado a gente não tem nervos pra suportar a situação. Teve vezes lá em casa que eu tive que conter ela. A gente vê que é da doença, aí o negocia fica tumultuado – ela começa a gritar , tem que tomar atitude com ela (Cravo , 49 anos – esposo CHF)

Essa teimosia coloca a família, o cuidador numa situação de extrema exposição e vulnerabilidade pelo fato de na grande maioria das vezes, não reconhecer que procedimento deverá ser tomado e em alguns casos, tomam decisões drásticas, para os próprios, que os levam à algum tipo de arrependimento posterior. O fato é amparado pela falta de “nervos” em lidar com episódios repetitivos e denunciante da cronicidade.

Subcategoria 3: Convivendo com o medo

Concordando com Colvero; Ide e Rolim (2004), a doença mental ao mesmo tempo em que faz parte da vida cotidiana, é um fenômeno psicossocial pouco compreendido e aceito e, de certa maneira, temido por eles. As falas que se sucedem estão permeadas de dúvidas, pré-juízos, angústias, expectativas, fragilidades, “face ao que é implicitamente diferente, incurável, um fenômeno incontrolável e imprevisível,” (MORANT. N; ROSE D. 1988).

“ É uma vida de cão. É difícil! È muito difícil! Eu fico com medo dele. É muito difícil. Todo dia tem que dar tudo certo como ele quer. Se der errado, ele fica com raiva...” (Rosa, 56 anos – mãe CHF)

“ ...quando eu tô cochilando ele diz assim: Hei, a senhora não ta dando atenção que eu to falando? Aí eu fico com medo dele. Ele dá um murro que dói. Pode até matar” (Rosa, 56 anos – mãe CHF)

Evidentemente é uma rotina marcada pelo trauma do que já aconteceu, medo do que acontece, medo do que pode acontecer e medo até do que não pode acontecer: a cura. Tais medos são justificados pelo fato, segundo Nasi; Stumm e Hildebrandt (2004) de a família ter poucas respostas para suas inquietações, por isso, fica nervosa, ansiosa e com medo, além da sobrecarga física, mental e emocional em função da convivência. Todavia, porém, este medo excessivo torna-se reflexo da falta de limites na condução do processo de cuidar, exatamente pelas inúmeras dúvidas sobre como se portar diante da situação.

A irmã não gosta dele, maltrata ele. Eu vivo separando. Aquele jogo, sabe? Quando vou dormir, eu escondo as facas, com medo dele matar ela. É tão ruim viver assim agoniada dessa...(Rosa, 56 anos – mãe CHF)

A ausência de habilidade em lidar com o portador de transtorno mental segundo Pereira (2003), aumenta a condescendência, neste caso da mãe, cria contraposição com outros membros da família estabelecendo-se um confronto com outros elementos do núcleo familiar.

Um medo também relativamente freqüente é o medo do futuro. Receio da finitude e, por conseguinte, da interrupção do processo de cuidar, tendo em vista ser este, o membro detentor do know- Hall, da tecnologia para exercê-lo até então.

Eu fico também com uma tristeza, pensando assim: Meu DEUS do Céu, se um dia eu morrer, como é que esse menino vai ficar? Isso me deixa tão estressada, porque com certeza a irmã dele não vai ficar. Ele vai ficar bolando de hospital em hospita (Rosa, 56 anos – mãe CHF).

Quadro 5: Verbalizações da categoria convivência como mecanismo de enfrentamento e suas subcategorias.

	Unidade de significação	Sigla
Categoria 2	Convivência como mecanismo de enfrentamento	CME

Subcategoria 1	Convivência: doença mental como sentença	CMEcdms
Subcategoria 2	Convivência como purificação e fé	CMEcpf
Subcategoria 3	Convivendo com a não aceitação da doença	CMEcnad
Subcategoria 4	Abnegação	CMEca
Subcategoria 5	Frustração Sentimentos	CMEcfs

Fonte: Elaboração própria

Categoria 2: Mecanismos de enfrentamento diante da convivência com o portador de transtorno mental

Uma rotina conturbada, estressante, imprevisível e cansativa, é o que caracteriza a convivência com o portador de transtorno mental. Portanto, é natural, como evidenciamos nas falas dos familiares que haja, tanto em nível consciente, como em nível inconsciente, a construção de estratégias, de mecanismos de enfrentamento diante de tal situação demasiadamente controversa ante o fluxo da vida. Sim, pois, além de projetarmos para nós e para os demais, vivências de autonomia e realizações ainda mais contraditórias, é o viver o sofrimento do outro de forma integral e constante e como se não bastasse, chamar para si, todos os ônus e responsabilidades implicadas neste processo. Para tanto, faz-se imperativo a elaboração de tentativas de superação e enfrentamento que lhes confira pelo menos a sobrevivência.

Subcategoria 1: Doença Mental como sentença

A partir da concepção social da loucura que ainda perpassa em nosso cotidiano - cronicidade, incurabilidade, dentre outros, aliados à pouca compreensão sobre a sintomatologia e as mudanças comportamentais do sujeito em sofrimento psicótico, tem como conseqüência, segundo Moreno (2000) um alto valor ao diagnóstico por parte dos familiares. Parece legítimo que haja uma necessidade de compreender o vácuo que se insurgiu sobre as próprias vidas. Vácuo este, que para se instalar, precisou extirpar sonhos e planos, e em seu lugar, somente um eterno vazio, envolvido por gritos e silêncios e por um foco encandeador e uma escuridão profunda.

“Essa doença é a doença mais maldita do mundo”. (Rosa, 56 anos – mãe Novo Tempo)

A possível explicação para tais representações acerca da doença mental, utilizando a linguagem de Espiridião (2001) é que seja mais que a cronificação dos sintomas, seja a cronificação da falta de recursos institucionais, ou seja, a grande dificuldade da desconstrução de regras manicomiais, o que permitiria a mudança nas dinâmicas da assistência. Mudanças que envolvem diversas modalidades de atendimentos voltados à comunidade, com respostas mais eficazes.

Trocando em miúdos, a cronificação dos papéis – Profissionais da saúde “detentores” do saber sobre a doença mental, do outro, a família e o paciente, que historicamente foram mantidos ou mantêm-se por fora das discussões. Encontramos, portanto, espaço ocioso na sociedade para elaboração de um novo conhecimento, onde profissionais, pacientes e familiares possam significar e resignificar o fenômeno, e somente assim, descristalizar os sentimentos, os mitos, os medos, os muros e conseqüentemente, construindo novas representações.

Pra mim isso não tem cura (...) É a pior doença que deve ter é essa (...) Que a única de deficiência que não é capaz é a mental (...) A pior deficiência é a mental(...)Mas eu acho que isso é uma coisa que não tem cura (...)Ele vai ser sempre assim, uma criança grande incapacitada (...) Ele vai ser uma pessoa que eu acho que vai depender de remédio o resto da vida (Copélia, 52 anos – irmã CHF)

O que se percebe a partir das falas é a fusão entre a falta de conhecimento, falta de estrutura na assistência, sendo necessária uma quebra no sistema de alimentação e retro-alimentação do mesmo, no sentido de fornecer informações diferentes, a partir de novas experiências que possam se injetadas gradualmente e espontaneamente na rotina, no viver das pessoas, e só assim, externarem representações outras.

É hereditário. É de família (Rosa, 56 anos – mãe Novo Tempo)

Como se percebe, estão as representações aprisionando, condenando, tornando os pacientes, as famílias (sociedade) reféns, não de uma doença, mas de uma construção social, fugindo à percepção de um intenso poder de transformação da realidade. Ao falarem da doença dessa maneira, parecem colocar um ponto final, dando um tom de imutabilidade à situação.

Ele faz as coisas sem maldade. (Papola, 56 anos – mãe CHF)

O problema dela é crônico(...) Essa depressão é uma desgraça. (Crisântemo, 70 anos –esposo).

Subcategoria 2: Convivência como purificação

Sem causar surpresa e estranhamento, emerge nas falas dos sujeitos sociais, a relação direta entre a convivência com o portador de transtorno mental e a busca da purificação por meio da fé e da penitência.

Foi uma cruz que DEUS nos deu (,,,) Sou pastor de seis igrejas e é penoso o preço que nós pagamos pra cuidar dele. DEUS nos deu ele... Sou evangélico e acho isso uma prova muito espiritual muito grande. Inclusive, acho que ele me aproxima mais de DEUS. Eu vivo em constante oração por ele... ELE conhece o ponto fraco de cada pessoa. Thiago diz no capítulo IV: Resisti ao diabo e ele fugirá de vós (Cravo,70 anos – pai Novo Tempo)

...aí a gente pensa que tem que levar essa cruz até o final. (Cravo, 49 anos – esposo CHF)

Por conseguinte, como também esperado, surgiu o empasse entre a ciência e as crenças, suas limitações e poderes mas, sobretudo, a presença da esperança desenhada pela fé.

(...) o problema dele é a doença, mas também ele tem problema espiritual. Na linguagem médica é alucinação. Se olhar do lado da medicina, essa doença não tem cura. Eles tomam remédio só pra controlar essa doença (...) mas DEUS opera milagres. A esperança que eu tenho é que um milagre aconteça. Existe a cura DIVINA!". (Cravo, 70 anos – pai Novo Tempo)

Mas eu sempre acredito em milagres" (Rosa, 59 anos – mãe CHF)

Por ser uma questão, a partir da representação construída, sem possibilidades de resolução neste plano, toda a responsabilidade de fornecer forças, habilidade, persistência, conformação e etc., são atribuídas a DEUS.

(...) DEUS dá o rio conforme o cobertor. Se ele me deu , eu tenho condições de levar. Todo dia eu peço à DEUS que não me abandone. Eu espero em DEUS! (Rosa, 56 anos – mãe CHF)

(...) o futuro só pertence a DEUS" (Cravo, 70 anos – pai Novo Tempo)

Não vejo solução humanamente falando . Nem mesmo através da medicina. Ela melhorasó enquanto há o efeito do medicamento (Cravo, 49 anos – esposo CHF)

Na verdade, o que existe é um desejo incomensurável de transformação dessa cruel realidade, e neste caso, a utilização de todas as possibilidades para se atingir tal fim.

Eu quero é que tenha uma solução com medicamentos ou intervenção divina. Eu creio muito em DEUS. Coisa que a gente vê na Bíblia é u m DEUS operante a todo tempo. Então em acho que essa esperança tem me mantido pronto pra trabalhar em prol da saúde dela (...0 A gente faz uma promessa diante de DEUS – Cuidar das pessoas” (Sr. Pedro, 49 anos – esposo CHF).

De perto parece fé, de longe parecem mecanismos de conformação – De longe parece fé, de perto parecem mecanismos de conformação... Não se sabe o que realmente acontece, se um, ou se outro, ou quem sabe um misto dos dois.O que se sabe é que na deficiência da Rede de saúde Mental, esta constitui-se como uma estratégia com significativas histórias de sucessos. É a busca do amparo!

“ Temos um futuro brilhante, mas em DEUS. Uma pessoa que aceita Jesus como salvador, mesmo com minha luta... Dei que tudo um dia vai findar. Só com ajuda de DEUS pra suportar essas coisas. Mas eu acredito que a vitória vem. Na vitória são cessadas todas as lutas, como diz a Bíblia – “ Que todas essas coisas já passaram” - é promessa Bíblica que um dia o Senhor vai tirar dos olhos todas as lágrimas daqueles que lutaram em prol de uma vida santa, separados não do mundo físico, nem das pessoas . Mas do sistema pecaminoso. Nós que aceitamos a Cristo como Salvador, temos a esperança que todas essas dores vão passar”. (Cravo, 49 anos – esposo CHF).

Na verdade, ocorre a projeção de uma vitória impossível entre nós...

Subcategoria 3: Convivendo com a não aceitação da doença

Podera-se-á pensar que como todo processo crônico, a negação da doença como primeira fase é plenamente esperada, todavia, em se tratando da doença mental, não necessariamente a negação será superada, dando seguimento a etapas futuras. Há casos e não poucos, em que é uma constante a não aceitação do quadro por parte do paciente. Assim agindo, fatalmente virá a comprometer o processo terapêutico por não se perceber adoecido e resistindo às propostas de intervenção.

Não to com depressão. Vocês é que botam em mim. (Rosa, 52 anos, irmã)

Não quer tomar os remédios direito (Cravo, 60 anos , pai)

Ele não entende, não aceita de jeito nenhum, aí se torna muito difícil pra gente (Rosa, 50 anos, mãe)

Importante também salientar que a negação da doença não precisamente é uma característica do portador. Não obstante, algum integrante da rede social de apoio/familiar/ a nega, como se desta forma reagindo, conseguisse ficar livre de suas conseqüências.

... Ela é nervosa. Não é depressiva... (Rosa, 52 anos, irmã)

Se eu tivesse condições financeiras, ele não vinha pra cá não. Eu pagava uma pessoa pra todo dia ir passear com ele. O menino fica no meio dessa gente tudo doente (Rosa, 52 anos, mãe).

O pai nunca aceitou que ele tivesse deficiência alguma, é tanto que ele nunca entro num consultório de Dr. (Rosa, 56 anos, mãe).

Ele é muito bom. Calmo, tranqüilo, inteligente, inocente...() Ele é normal. (Cravo, 70 anos, pai).

Percebe-se aqui, uma tentativa de sobrepujar a doença, uma vez que não se conseguiu fugir do diagnóstico.

Meu irmão é tido como um esquizofrênico. Só que a esquizofrenia é por alta inteligência” (Rosa, 51 anos, irmã)

Subcategoria 4: Convivência como abnegação

Talvez seja possível confessar o desapontamento diante da pouca verbalização em torno da abnegação. O esperado seria em que tal situação de repetisse em pelo menos mais da metade das entrevistas. Para surpresa, surge em apenas duas das dez realizadas. Todavia, diante da forma tão efusiva em que emergem, entende-se relevante sua pontuação.

A gente deixa de cuidar de si mesmo e do restante da família para cuidar somente dessa pessoas... (Cravo, 49 anos, esposo)

É possível mensurar a partir do depoimento acima o tamanho da dedicação, do investimento que necessariamente deve ser empregado na atitude de cuidar de um ente adoecido mentalmente. Notado também o pesar em ter que abrir mão de uma assistência aos demais membros da família, do grupo, em função da atenção especial dada a causa também especial, ou se preferir, diferenciada.

Meu tempo é consumido só nesse acompanhamento com ela” (Rosa, 43 anos, irmã).

Nesta fala específica, é de fácil percepção do volume de compromissos, atitudes que são protelados em função da responsabilidade do acompanhamento.

Quando eu tô cochilando ele diz assim: Ei, a senhora não ta dando atenção ao que eu to falando” (Rosa, 52 anos, mãe).

O depoimento acima parece retratar a aproximação com o limite. Como se não bastasse, quando acordado em horários durante o dia, agora também na hora de descansar um pouco, a demanda continua.

Subcategoria 5: Convivência como frustração de sentimentos

A frustração é algo bastante comum em meio a sociedade. Ofertas em demasia causando ansiedade pelo fato de ser humanamente impossível atender às demandas da globalização do tudo. O desejo de querer ser, de querer fazer, de querer ir vai além das possibilidades reais. Sem falar no tempo desprendido para que este sentimento se acomode ou gere mudança na rota.

Em se tratando de Saúde Mental não é diferente, pelo menos no que diz respeito ao desejo de querer realizar, conquistar, fazer. O fato é que neste contexto específico, este querer, este desejar mudar, é sempre em relação ao outro. Isto significa que aumentam sobremaneira as chances de frustração. É o viver a vida do outro, bem comum em casos de acompanhamento ao sujeito portador de transtorno mental.

Pra mim, isso significa uma luta diária contra uma coisa que eu me sinto incapaz de resolver” (Cravo, 49 anos, esposo).

... a gente passa a vida inteira conversando com uma pessoa, um dia ta de um jeito, um dia ta de outro...” (Rosa, 52 anos, mãe).

“ Ele é muito teimoso... A gente fala as coisas com ele, mas tem que ser da cabeça dele” (Rosa, 56 anos, mãe).

“ ...a gente vai lá, ensina pra ele. Diz: Você vai aprender, você tem capacidade. Mas ele não se interessa” (Rosa, 50 anos, mãe).

“ Ela nunca aceita o que eu peço pra ela fazer. Só quem sabe é ela. Aí eu to evitando mais. Não to mais convidando...” (Rosa, 52 anos, irmã).

O cansaço e o desânimo são bastante evidentes nas falas anteriores. Pode-se até inferir que cabe a sensação de que todo investimento é em vão. A triste constatação de que um querer nunca é suficiente para dois. Não basta querer muito, é preciso haver a contrapartida. Portanto, em se tratando de doença mental, faz-se imperativo o exercício contínuo de se elevar o limiar de frustração.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No desenrolar da pesquisa, buscou-se apreender as representações sociais dos acompanhantes acerca da convivência com portadores de transtornos mentais. Nesse empreendimento, a utilização da abordagem multimétodo mostrou-se imprescindível para se alcançarem os objetivos propostos e legitimar as inferências deliberadas por permitir cercar o objeto de pesquisa em suas mais diversas perspectivas.

Pode-se confirmar, repetitivamente, mediante a triangulação dos dados, a conformação dos laços consangüíneos permeando as representações elaboradas pelos pacientes e seus familiares. De um lado a família assume, no imaginário dos pacientes, seu caráter estereotipado sendo objetivada de maneira idealizada e extremamente afetiva. Do outro lado, os acompanhantes desvelam seu status familiar à medida que ancoram suas representações de família em função do grau de parentesco que, provavelmente, guardam com os pacientes, objetivando uma

ligação genética com os mesmos, sem fazer alusão a elementos no campo da afetividade.

A doença mental é representada pelos pacientes como o processo patológico em si, remetendo-se ao termo depressão. Objetiva-se o peso social do adoecimento pela carga de preconceito atrelada ao termo e pelo medo que desperta nos pacientes, sendo recorrente nas evocações e discursos dos familiares a alusão quanto a dificuldade em suas múltiplas faces. Nesse entremeio, a referencia à saúde mental ainda apresenta-se vaga ou vazia por ambos os grupos, sendo necessário se avaliar o fato dessa terminologia ainda não ter se decantado no imaginário popular, demonstrando fortes indícios de que os preceitos da Reforma Psiquiátrica necessitam ser delineados com traços mais fortes dentro da realidade da população.

Observa-se que as evocações do tratamento dos transtornos psíquicos estão ancoradas no princípio da medicalização, sendo essa idéia reforçada pela figura do médico enquanto representação social. Assim, as elaborações, por parte dos pacientes, tendem a reforçar o tratamento baseado no modelo de assistência a saúde de caráter hospitalocêntrico e passivo. Nesse sentido, os fatores afetivos e sociais, bem como, o contexto no qual os portadores de transtorno mental está inserido são sub-valorizados, podendo até mesmo, serem desconsiderados. Remete-se à supressão dos conflitos mediante o arsenal farmacológico e seus efeitos físicos. Por outro lado, os familiares, apesar de assumirem um posicionamento ativo em relação ao tratamento como cuidado, ancoram suas motivações em torno dos conceitos caritativos e cristãos, atrelados aos termos ajuda, compreensão, amor e responsabilidade.

A crise é intensamente descrita, pelos pacientes, no campo psíquico como depressão, assim como, por sentimentos alusivos a esse estado como desânimo, tristeza e choro. O que se reflete nas representações psico-afetivas dos acompanhantes na forma de sofrimento. Portanto, apesar da imensurável relevância do componente familiar no contexto do tratamento e reabilitação do portador de transtorno mental, a atenção dispensada a esse grupo ainda é escassa ou inexistente, fazendo deles um elo fragilizado na rede de apoio social.

No desenrolar da construção da análise das entrevistas, os familiares assumem posições divergentes no que tange às representações do objeto de pesquisa, pois objetivam à sua maneira a convivência com o portador de transtorno mental. Essa manifestação apresenta-se como ponto crucial da modalidade

terapêutica vigente, pois, a partir dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, onde o princípio é o da desinstitucionalização, atribui-se significativa relevância ao “conviver terapêutico”, convivência esta devendo ser preservada desde a família até ser estendida para o restante da sociedade. Na proposta da reforma os conceitos são resignificados, a doença, antigo foco do cuidar, cede espaço para a saúde, pensada de forma processual, dimensionando a vida humana em sociedade.

Portanto, o conhecimento de opiniões e posicionamentos dos grupos distintos, é de suma importância na tentativa de encontrar, todos juntos, pontos de convergência e, sobretudo, de serem amplamente trabalhados pelos serviços extra-hospitalares (serviços de suporte à rede de saúde mental) os pontos de divergência, para que estes não se transformem em potentes instrumentos contra a desinstitucionalização e, por sua vez, contra a real (re)inserção social do portador de transtorno mental.

Todavia, ainda há muito a se compreender e a se incrementar nessa relação. O meramente exigir a participação (família) não garantirá êxito, a prova são inúmeras tentativas, em algumas áreas mais que em outras, como é o caso da Saúde Mental, onde o entendimento acerca da importância da participação é mínimo e comodamente cabendo aos profissionais de saúde, o simples ato de julgar. É imperativo ter em mente que culturalmente esse comportamento estará sendo introjetado de forma gradual, processual.

Torna-se imprescindível para tanto, que efetivamente o foco da atenção em saúde mental, deixe de ser a doença, e que o sujeito e seus coletivos, assumam essa posição. Concomitantemente, se faz tão igualmente importante, exigir uma maior eficiência na rede social, de forma à complementar a atenção, bem como, executar a divisão de responsabilidades com a família, com fins a uma maior cobertura e melhor assistência. E o mais importante, contribuindo de fato para a desmistificação da Doença Mental e a incorporação efetiva da Rede de Saúde mental à “Grande Rede” de cuidados em Saúde Coletiva.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J.C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P. **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 2000.
- ACKERMAN, N.W. **Diagnóstico e tratamento das relações familiares**. Tradução de Maria Cristina R. Goulart. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. 355 p.
- AMARANTE, P. Manicômios e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M.I. (org.). **Fim do século: ainda manicômio?** São Paulo: IPUSP, 1999. p. 47-56.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Paris: Edições 70, 1977.
- BERENSTEIN, I. **Família e doença mental**. 2. ed. São Paulo: Escuta, 1988. parte I, p. 25-71.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. 199 p.
- CARVALHO, M.C.B. (org.). **A família contemporânea em debate**. São Paulo: Cortez, 2000. (Heloisa Szymanski – Teoria e “Teorias” de famílias) + (Elizabeth Dória Bilac - Família: Algumas Inquietações).
- CECÍLIA, C.; VILARES, C. P. R.; JAIR, J.M. Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, 1999.
- COUTINHO, M.P.L. *et al.* **Representações sociais: abordagem interdisciplinar**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2003, 348 p.
- FLAMENT, C. Structure, dynamique et transformation des representations sociales. In: ABRIC, JC. Pratiques sociales et representations. Paris: Presses Universitaires de France, 1994. p. 37-57.
- KALIL, M. (org.). **Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde**. São Paulo: HUCITEC/ Cooperação Italiana em Saúde, 1992. 237 p.
- KAPLAN, H. I; BENJAMIM J. S. e JACK A. G – **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 7º Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- MELO FILHO, J.; BURD, M. (org.). **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- NETO, M.R.L. *et al.* Esquizofrenia. In: NETO, M.R.L. **Psiquiatria básica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- NÓBREGA, S.M.; COUTINHO, M.P.L. O teste de associação livre de palavras. In: COUTINHO, M.P.L. *et al.* **Representações sociais: abordagem Interdisciplinar**. João Pessoa: Editora Universitária, 2003. p. 67-77.

OLIVEIRA,DC. A promoção da saúde da criança: análise das práticas cotidianas através do estudo de representações sociais. São Paulo, 1996. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1996.280p.

PITA, A. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1996, p. 80-88.

PRADO, D. **O que é a família?** São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense, 1985. (Coleção Primeiros Passos; 40).

SÁ, C.P. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

SALEM, T. **O velho e o novo** – um estudo de papéis e conflitos familiares. Petrópolis, RJ: Vozes, 1980.

SANTANA, L.O.P.L. **Estudo sobre a reforma psiquiátrica, histórico da CSSG e proposta de intervenção da Terapia Ocupacional na unidade austregésilo**. [S. l.: s. n.], 2000.

TSU, M.J.A. **A internação psiquiátrica e o drama das famílias**. São Paulo: EDUSP, 1993.

APÊNDICES

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **Co-responsabilização da rede social de apoio diante do paciente em tratamento extra-hospitalar: Representações sociais.** Com a mesma pretendemos explorar as representações sociais dos acompanhantes de portadores de transtorno mental em acompanhamento ambulatorial em relação ao tratamento, as crises, as relações afetivas, interpessoais entre os familiares e acompanhantes, sofrimento psíquico, participação da família no tratamento, adoecimento psíquico e saúde mental e finalmente traçar o perfil sócio-demográfico. Assim, gostaríamos de contar com sua participação, permitindo que **Luciana Mesquita de Abreu** aplique em primeiro lugar um instrumento de coleta de dados, no caso, o Teste de Associação Livre de Palavras, teste este que trará as seguintes palavras indutoras: família, doença mental, saúde mental, tratamento e crise. E um roteiro de entrevista semi-estruturada, constituído de questões norteadoras como: Fale sobre sua relação com o paciente que você acompanha; Como você age diante das crises? ; Para você, o que é saúde? Para você, o que é doença mental? ; O que é família para você? Fale sobre o tratamento ambulatorial do paciente que você acompanha. Informamos que será garantido o total sigilo e anonimato, não oferecendo riscos ou desconforto a sua saúde. Você pode ainda, a qualquer momento, mudar de decisão e sair da pesquisa, sem que com isso venha acarretar qualquer penalidade. Vale ressaltar que os participantes não receberão benefícios financeiros por sua participação no estudo e não terão gastos pelo mesmo. Ficarão asseguradas as despesas com transporte para aquelas que necessitem se deslocar para as entrevistas. Caso necessite esclarecer dúvidas em qualquer etapa do estudo, poderá entrar em contato com a pesquisadora, **Luciana Mesquita de Abreu**, Fone: (85) 3226-6165/8814-4434.

Assinatura da Pesquisadora

Declaro que fui informada sobre o acima resumido e que tive respostas para minhas dúvidas. Desta forma, concordo em participar deste projeto de pesquisa.

Nome:

Assinatura:

Data: _____.

APÊNDICE II

Termo de Fiel Depositário

A Rede de Serviços de Saúde São Gerardo

A Instituição:

Estabelecida: Endereço: Rua: Conselheiro Álvaro de Oliveira, nº 81 – Bairro: Parquelândia

Está sendo desenvolvida uma pesquisa sobre Co-responsabilização da rede social de apoio diante do paciente em tratamento extra-hospitalar: Representações Sociais e pretende-se como objetivo explorar as representações sociais dos acompanhantes de portadores de transtorno mental em acompanhamento ambulatorial em relação ao tratamento, o conceito de crise, as relações afetivas, interpessoais entre os familiares e acompanhantes, sofrimento psíquico, participação da família no tratamento, intervenções da terapia ocupacional diante da família, adoecimento psíquico e saúde mental e finalmente traçar o perfil sócio-demográfico. Assim venho através desta solicitar a autorização para coletar dados em prontuários, contendo informações sobre dos familiares acompanhantes de portadores de transtorno mental que não comparecem mais na instituição.

Esclareço que:

- as informações coletadas no prontuários somente serão utilizados para os objetivos da pesquisa;
- também esclareço que as informações ficarão em sigilo e que o anonimato dos pacientes será preservado.

Em caso de esclarecimento entrar em contato com pesquisador responsável:

Nome da pesquisadora: **Luciana Mesquita de Abreu.**

Endereço:

Telefone: 3226.6165 e 8814.4434.

Assumo, perante ao Centro de Habilitação Funcional e a Universidade Estadual do Ceará, a responsabilidade pelo termo.

Fortaleza-CE, _____ de _____ de 2007.

(assinatura do representante legal)

(assinatura do pesquisador)

APÊNDICE III

Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada

Como tudo começou?

Como é a sua relação com o paciente que você acompanha?

O que pensa sobre o tratamento?

Como o restante da família lida com esta questão?

Como a família lida com as crises?

APÊNDICE IV

Palavras Indutoras

- **Família**
- **Saúde mental**
- **Doença mental**
- **Tratamento**
- **Crise**

APÊNCICE V

Universidade Estadual do Ceará – UECE
Centro de Ciências da Saúde – CCS
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

NOME: _____ IDADE: _____ anos
GRAU DE PARENTESCO: _____
PROFISSÃO: _____
ESCOLARIDADE: _____
RENDA: _____

TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

Quando eu falo **FAMÍLIA**, quais palavras lhe vêm à mente?

Quando eu falo **DOENÇA MENTAL**, quais palavras lhe vêm à mente?

Quando eu falo **SAÚDE MENTAL**, quais palavras lhe vêm à mente?

Quando eu falo **TRATAMENTO**, quais palavras lhe vêm à mente?

Quando eu falo **CRISE**, quais palavras lhe vêm à mente?

APÊNDICES VI**PERGUNTA DE PARTIDA PARA A ENTREVISTA**

O que representa pra você conviver com um familiar portador de transtorno mental?

APÊNDICE VII

Dicionário de Palavras

GRUPO DOS PACIENTES

TABELA CLIENTES ESTÍMULO 1 (FAMÍLIA)

Amor	Carinho	Compreensão
Saúde	agrupamento	amizade
alegria	unidade	amor
apoio	fraternidade	paz
amor	compreensão	amizade
carinho	unida	paz
amor	fraterno	harmonia
paz	segurança	crescimento
pai	mãe	irmão
irmã	Felicidade	Alegria
União	Paz	Carinho
União	Amor	Paz
União	Sociedade	Bem estar
Vida	Desprezo	Aflição
Comunhão	Felicidade	União
Paz	Complemento	Mãe
Apoio	Alegria	Paz
Harmonia	União	Amor
Esperança	Harmonia	Mãe
Tio	Sem sentido	Crescimento
Amor	Responsabilidade	Entendimento
Cumprir dever	União	Cooperação
Amizade	Compreensão	Dor
Tristeza	Medo	Sofrimento
Lar	Filhos	Esposa
Netos	Paz	União
Alegria	Harmonia	Alegria
Bem estar	Solidariedade	União
União	Paz	Compreensão
Tudo	Tristeza	Abandono
Esperança	Solidão	Filhos
Esposa	Comunhão	Sinceridade
Confraternização	Economia	Socialização
Fraternidade	Harmonia	Felicidade
Compreensão	Amor	Dor
Aborrecimento	Desunião	Descaso
Concordância	Amizade	Amor
Confiança	Paz	Harmonia
Respeito	Tranquilidade	União
Amor	Compreensão	Solidariedade
Felicidade	Alegria	Amor

Carinho	Amor	Fraternidade
Prosperidade	Solidariedade	Amor
Carinho	Atenção	Orgulho
Felicidade	Participação	Filho
Amor	Lar	Casamento
Filhos	Neto	Amor
Base	Compreensão	Harmonia
União	Ajuda	Compreensão
Amor	Amor	União
Diálogo	Grande	Compreensão
Refúgio	Diversidade	Crescimento
Doença	Tristeza	Desamor
Vínculo	Amor	Afeto
Compreensão	Carinho	Saudável
Harmonia	União	Felicidade
Mãe	Amor	Ajuda
União	União	Educação
Paz	Convivência	Amizade
Amor	União	Solidariedade

TABELA CLIENTES ESTÍMULO 2 (DOENÇA MENTAL)

Neurologia	Círculo	Doença mental
Problema de cabeça	Tratamento	Momento ruim
Desistência	Discórdia	superação
aceitação	sociedade	ansiedade
horrível	deprimido	transtorno
freqüência	Ver coisa	depressão
nervosa	cabeça	tristeza
pesar	inutilidade	impotência
Loucura	Distúrbio	Alucinação
Retardamento	Consciência	Tristeza
Medo	Sufrimento	Ruim
Prejudicial	Mal	Doença
Desequilíbrio	Anti-social	Problemas
Tratamento	Remédio	Tratamento
Hospital	Internação	Deitar
Dormir	Medicação	Falar
Preconceito	Tristeza	Angústia
Medo	Mal	Depressão
Ansiedade	Nervosismo	Loucura
Vazio	Sonho	Pensamento
Problema	Perturbação	Intranqüilidade
Isolamento	Depressão	Esquizofrenia
Pior doença	Terrível	Remédio
Saúde	Cabeça	Esperança
Depressão	Baixa auto-estima	Reintegrar sociedade

Preconceito	Depressão	Remédio
Preconceito	Discriminação	Estresse
Depressão	Vulto	Vozes
Ruim	Difícil	Desequilibrada
Solidão	Tortura	Tristeza
Impotência	Morte	Ansiedade
Angústia	Dor no peito	Mente Bloqueada
Mania	Depressão	Irritabilidade
Pânico	Preconceito	Equilíbrio
Procura	Liberdade	Difícil
Preconceito	Dificuldade aceitação	Sofrimento
Isolamento	Discriminação	Solidão
Preconceito	Angústia	Desespero
Morte	Tudo ruim	Esquizofrenia
Transtorno	Cabeça	Loucura
Discriminação	Depressão	Angústia
Carinho	Mongolismo	S. de Down
Deficiência Mental	Autismo	Tristeza
Desânimo	Doentio	Fraqueza
Médico	Tratamento	Remédio
Hospital	Depressão	Bipolar
Estresse	Esquizofrenia	Depressão
Angústia	Dor	Suicídio
Depressão	Deficiência	Esquizofrenia
Distúrbio	Angústia	Tristeza
Agressividade	Louca	Preconceito
Desafio	Paciência	Crescimento
Paciência	Estupidez	Ira
Dúvida	Amor	Assistência
Lutar	Dedicação	Nervosismo
Tremedeira	Eufórica	Alegria
Hospitalização	Remédio	Inutilidade
desprezo	Estresse	Dia
Violência	Liseira	Depressão
Tristeza	Angústia	Dúvida

TABELA CLIENTES ESTÍMULO 3 (SAÚDE MENTAL)

Saúde da cabeça	Alegria	Felicidade
Liberdade	Bom momento	Doçura
Alegria	Juventude	compromisso
calma	calmante	equilíbrio
alegria	ficar bom	cuidar
prazer	curada	pacífica
amada	sincera	auto-estima
segurança	paz	controle
Psiquiatria	Neurologia	Cardiologia
Psicológico	Alegria	Paz

Felicidade	Alto-astrol	Bom
Beneficial	Saúde	Bom
Equilíbrio	Bem estar	Alegria
Saúde	Cura	Reintegrar sociedade
Estudos	Trabalho	Riso
Medicação	Trabalho	Roupa nova
Alegria	Felicidade	Amor
Paz	Bem estar	Auto-estima
Controle	Saúde	Equilíbrio
Alimentação	Amizade	Pais
Estar bem	Não saudável	Doença
Problema	Ajuda	Lúcida
Gostar da vida	Boa	Alegria
Felicidade	Recuperação	Família
Preconceito	Trabalhar	Viver bem
Conviver vizinhança	Bom	Ficar boa
Integrar sociedade	Acesso ao ônibus	Harmonia
Paz	Caridade	Amor
Bem estar	Compreensão	Sociedade
Equilíbrio	Trabalho	Produtiva
Capaz	Normal	Deus
Médico	Tratamento	Vitória
Bem estar	Alegria	Paz
Equilíbrio	Questionamento	Busca
Reflexão	Conquista	Equilíbrio
Respeitosamente	Compreensão	Vida
Saúde	Feliz	Compreendido
Convivência	Alegria	Esperança
Trabalho	Equilíbrio	Remédio
Lazer	Assistência	Família
Lucidez	Saúde	Disposição
Ânimo	Transpira	Trabalha
Cansa	Dorme	Bem estar
Saudável	Progresso	Alegria
Tratamento	Paciência	Acompanhamento
Médica	Depressão	Estresse
Distúrbio	Epilepsia	Vida
Saúde	Tranquilidade	Felicidade
Alegria	Prazer	Planejamento
Realização	Não fez	Não fez
Não fez	Não fez	Tranquilidade
Referência	Espiritual	Cuidado
Amor	Desamor	Tristeza
Perdão	Amor	Compreensão
Carinho	Paciência	Perturbada
Acompanhada	Remédio	Internamento
Recuperação	Utilidade	Entender
Amizade	Alimentação	Descanso
Lazer	Divertimento	Alegria
Disposição	Coragem	Satisfação

TABELA CLIENTES ESTÍMULO 4 (TRATAMENTO)

Médicos	Remédios	Família
Força	Explicação	Detalhes
Orientação	Autonomia	Terapia Ocupacional
conversar	religião	união
remédio	internamento	dormir
drogas	justo	igual
sinceridade	paz	esperança
redenção	otimismo	renascimento
medicamento	diálogo	contato
amizade	Consciência	Alegria
Bondade	Trabalho	Cura
Saúde	Bem estar	Bom
Saída	Retorno à sociedade	Melhora
Bem estar	Equipe	Terapia Ocupacional
Trabalho	Medicação	Ticket de ônibus
Consulta	Medicação	Banho
Bom	Importante	Ótimo
Divertido	Viver bem	Importância
Segurança	Prazer	Remédio
Casamento	Filhos	Energia interior
Seriedade	Respeito	Entendimento
Recuperação	Remédios	Terapeuta Ocupacional
Psicóloga	Bom	Saúde
Recuperação	Fé	Alegria
Bem acolhido	Ser aceito	Colaborar
Aceitar doença	Bom	Favorável
Disciplina	Difícil	Simplificado
Constante	Alegre	Rápido
Gentil	Compreensível	Sensível
Bondoso	Esperança	Incentivo
À margem	Discriminação	Melhora
Vencer	Novos horizontes	Perder medo
Acompanhamento	Confiança	Perseverança
Bem estar	Pontualidade	Responsabilidade
Ajuda	Consciência	Necessidade
Dificuldade	Vulnerabilidade	Obrigação
Sentir bem	Atenção	Carinho
Compreensão	Sacrifício	Compromisso
Assiduidade	Continuidade	Remédio
Ocupação	Terapia	Tratar
Bom	Remédios	Dormir
Trabalhar	Doença	Ficar bom
Receitar	Resultado	Melhoramento
Recuperação	Bem estar	Saúde
Hospital	Tratamento	Remédio
Paciência	Médico	Medicação

Orientação	Cuidado	Medicação
Psiquiatria	Psicoterapia	Vontade
Doenças	Esquizofrenia	Depressão
Coração	medica	teocup
Força	Doçura	Responsabilidade
Persistência	Garra	Esclarecimento
Amor	Delicadeza	Contenteza
Alegria	Paciência	Carinho
Compreensão	Amor	Acompanhamento
Médico	Remédio	Terapia
Médico	Medicamento	Terapia
Ouvir	Cuidar	Cumprir
Normas	Médico	Perseverança
Vontade	Persistência	Médico

TABELA CLIENTES ESTÍMULO 5 (CRISE)

Tristeza	Ansiedade	Nervosismo
Depressão	Transtorno	Impaciência
Aperreio	Deslealdade	desespero
inquietação	pensamento suicida	esperança
horrrível	seqüelas	violência
insônia	depressão	esquizofrenia
NÃO FEZ	NÃO FEZ	imprevisto
dificuldade	inadequação	incompetência
trauma	Delírios	tristeza
depressão	Medo	Sofrimento
Tristeza	Angústia	Ruim
Nervosismo	Agitação	Insônia
Desequilíbrio	Anti-social	Alteração humor
Ajuda	Delírio	Agressivo
Alucinação	Vozes	Choro
Cólera	Tristeza	Padece mais
Tristeza	Medo	Angústia
Choro	Ruim	Descontrolado
Não normal	Coisa absurda	Tapas
Bíblia	Animais	Titanic
Tristeza	Isolamento	Ansiedade
Doença	Terrível	Morrer
Não abandonar	Mal	Sofrimento
Esperança	Fé	Espera
Recaio na bebida	Preocupação	Família
Internamento	Agonia	Amarrada
Injeção	Contida	Nervos abatidos
Mal estar	Tontura	Tristeza
Ruim	Só	Incompreensiva
Choro	Morte	Enlouquecer
Não acreditar	Ódio	Choro

Fugir	Morte	Sem rumo
Injeção	Angústia	Ansiedade
Desespero	Procura	Dúvidas
Abismo	Carência	Sufrimento
Angústia	Melancolia	Desilusão
Raiva	Expressão	Depressão
Isolada	Desespero	Choro
Solidão	Falta de amor	Choro
Depressão	Eufórica	Agressividade
Tristeza	Solidão	Delírio
Desânimo	Doente	Chora
Rir	Depressão	Desânimo
Tristeza	Mal estar	Desilusão
Internação	Compreensão	Tratamento
Remédio	Problemas	Perdas
Separação	Sufrimento	Dor
Hospital	Desânimo	Depressão
Inquietação	Choro	Tristeza
Desânimo	Só	Escura
Agredir	Triste	Desafio
Força	Perseverança	Esperança
Energia	Alimentação	Pepsi
Nós	Abalado	Paciência
Suportar	Carinho	Doença
Perturbação	Nervoso	Decaída
Morrer	Internar	Angustiada
Desprezo	Estressado	Preocupação
Doença	Estabilidade	Tristeza
Indisposição	Desânimo	Mal

GRUPO DOS ACOMPANHANTES

TABELA FAMILIAR ESTÍMULO 1

União	Problema	Responsabilidade
Sorte	Harmonia	União
Solidariedade	Irmandade	Mãe
Filhos	Esposa	Tudo
Problema	Saudade	Sufrimento
Falta	Participação	União
Ajuda	Compreensão	Amor
Acompanhamento	Dedicação	Paciência
Compreensão	União	Participação
Colaboração	Criada por DEUS	Paz
União	Amor	Casamento
Lar	Filhos	União
União	Amor	Compreensão
Saúde	Amor	Sinceridade
Competência	Convivência	Tudo

União	Amor	Infinita
Filhos	Netos	Amor
Compreensão	Pai	Mãe
Filho	Irmã	Saúde
Paz	União	Compreensão
Assistência	Saúde	Tranquilidade
Importante	Bom	Ótima
União	Afeto	Alicerce
Amizade	Vida	União
Amor	União	Solidariedade
Amizade	Amizade	União
Harmonia	Paz	União
Compreensão	Fraternidade	Amor
Filhos	Mãe	Irmã
Marido	Paz	União
Entendimento	Entrosamento	Filho
Pai	Mãe	Irmã
Filhos	União	Irmandade
Pai	Compreensão	Amor
Entendimento	Buscar	Filhos
Marido	Neto	Dificuldade
Pai	Mãe	Irmão
Amigo	União	Compreensão
Amor	Estabilidade	União
Paz	Presente	Conversar
Respeitosamente	Amor	União
Afetividade	Amor	Compreensão
União	Carinho	Festa
Aniversário	Missa	Passeio
Sufrimento	Filhos	Trabalho
Mental	União	Paz
Confraternização	Amor	Mãe
Pai	Filho	Irmãos
Responsabilidade	Obediência	Religião
Estudo	Responsabilidade	Carinho
Sentimento	Preocupação	Comunicação
Ausente	Sem	Contato
Missa	Amor	Próximo
Irmão	Apoio	Fidelidade
Companheirismo	Diálogo	

TABELA FAMILIAR ESTÍMULO 2

Pior coisa	Medo	Sem autonomia
Morte	Transtorno	Cuidados
Carinho	Amor	Pena
Dó	Tristeza	NÃO FEZ
Tristeza	Decepção	Amargura
Esperança	Desvio	Intolerância

Sufrimento	Incompreensão	Transtorno
Impaciência	Agressividade	Sufrimento
Sufrimento	Falta de paz	Desdobrar
Sufrimento	Escurecimento de vista	Dor cabeça
Náuseas	Tontura	Deficiência
Preocupação	Pensamento	Estrutura
Transtorno	Dificuldade	Sufrimento
Sem saúde	Hereditariedade	Violência
Síndrome da tecnologia	Indeterminação	Amor
Carinho	Atenção	Não discriminar
Difícil	Tristeza	Angústia
Realidade	Filho	Crônico
Tristeza	Controle	Dificuldade
Cansada	Triste	Problema
Não é bom	Responsabilidade	Tranquilidade
Sabedoria	Ruim	Tristeza
Medo	Misericórdia	Tristeza
Desassossego	Cura	Assistência
Distúrbio	Descontrole	Discriminação
Tristeza	Problema	Depressão
Dawn	Nervosismo	Inquietação
Descontrole	Desorientação	Agressividade
Desequilíbrio	Depressão	Angústia
Tensão	Problema	Decadência
Desinformação	Ausência	Preocupação
Assistência	Devoção	Compromisso
Desequilíbrio	Insegurança	Medo
Transtorno	Preconceito	Dificuldade
Divergência	Compreensão	Sufrimento
Tristeza	Decepção	Pena
Comportamento	Concentração	Amigo
Ajuda	Desequilíbrio	Incompreensão
Deficiente	Mentalidade	Doido
Mental	Excepcional	Autista
Apoio	Carinho	Responsabilidade
Dedicação	Aflição	Preocupação
Tristeza	Angústia	Agressividade
Aborrecimento	Teimosia	Esquecimento
Tristeza	Crise	Bombeiro
Hospital	Agitado	Aperreado
Abandono	Tratamento	Depressão
D. Mental	Medo	Revolta
Preocupação	Medo	Nervosismo
Amedrontado	Inquietação	Raciocínio
Inatividade	Equilíbrio	Não
Esquizofrenia	Sofro	Doença
Pouco	Nervoso	Sozinha
Casamento	Desempenho	Difícil
Solidão	Oportunidade	

TABELA FAMILIAR ESTÍMULO 3

Melhor	Tratamento	Cuidado
Atenção	Remédio	Terapia
Tratamento	Acompanhamento	Sã
Sanidade	Firmeza	Pensamento positivo
Esperança	Credibilidade	Aceitação
Muita	Tratamento	Remédio
Controle	Saúde	Tratamento
Medicação	Acompanhamento	Cura
Preparação	Tristeza	Insegurança
Tudo	Boa	Edificante
Alegre	Harmonia	Funcionando bem
Pensamento	Conversa	Correto
Saudável	Responde (por seus atos)	Ter família
Trabalhar	Globalização	Alimentação
Incompatibilidade	Desemprego	Tristeza
Amor	Atenção	Respeito
Bem estar	Alegria	Felicidade
Amor	Normal	Tudo
Resolve	Consciente	Paciência
Fé	Compreensão	Cuidado
Boa	Ótimo	Resolver
Importante	Ótimo	Bem
Sorrir	Simplicidade	Alegria
Plenitude	Crescimento	Desenvolvimento
Alegria	Felicidade	Sabedoria
Tranquilidade	Equilíbrio	Tratamento
Paz	Tranquilidade	Paz
Compreensão	Paciência	Tranquilidade
Firmeza	Equilíbrio	Inteligente
Normal	Importante	Necessária
Contribui	Essencial	Distúrbio
Seqüelas	Tratamento	Dificuldades
Paz	Tranquilidade	Desejo
Força	Liberdade	Vida
Individualidade	Alegria	Paz
Compreensão	Felicidade	Harmonia
Comportamento	Concentração	Amigo
Ajuda	Normal	Equilibrado
Estável	Tranquilidade	Remédio
Calmo	Agressividade	Paciência
Paciência	Compreensão	Amor
Luta	Tranquilidade	Paz
Felicidade	Preocupação	Boa
Esperança	Paz	Entender
Normal	Igual	Problemas
Trabalha	Importante	Sociedade
Trabalhar	Divertir	Boa
Alegre	Feliz	Ajuda
Fria	Calmo	Despreocupado

Inteligente	Prosperidade	Acompanhamento
Participar	Presente	Importante
Vive	Tudo	Comunica
Destemida	Harmonia	Vive
Deus	Liberdade	Trabalha
Enfrenta	Determina	

TABELA FAMILIAR ESTÍMULO 4 (TRATAMENTO)

Responsabilidade	Bons profissionais	Dinheiro
Necessário	Terapia	Melhora
Recuperação	Alimentação	Medicação
Psicoterapia	Zelo	Cuidado
Boa vontade	Esforço	Dedicação
Perseverança	Compreensão	Tolerância
Remédio	Ajuda	Ajuda
Conhecimento	Angústia	Melhora
Psiquiatria	Ajuda	Internamento
Psicólogo	Remédios	Crises
Locomoção	Ruim	Acompanhamento
Cuidados	Ajuda	Amor
Psiquiatria	Psicólogo	Família
Integrar	Antidepressivos	Enrijecimento (músculos)
Isolamento	Lei 10.216	Fundamental
Ajuda	Força de vontade	Amor
Difícil	Hospital	Remédio
Lazer	Depressão	Remédios
Preocupação	Desassossego	Remédio
Amor	Trabalho	Bom
Médico	Remédio	Alimentação
Dormir	Ruim	Péssimo
Rigoroso	Misericórdia	Tempo
Paciência	Amor	Companheiro
Carinho	Cuidados	Solidariedade
Amor	Apoio	Compreensão
Cuidado	Paciência	Medicação
Médico	Acompanhamento	Orientação
Fobia	Depressão	Gentileza
Médico	Importante	Eficaz
Acompanhamento	Amizade	Empenho
Busca	Compromisso	Fé
Saúde	Dor	Persistência
Agonia	Recuperação	Paciência
Carinho	Afeto	Remédio
Lidar	Aceitar	Compreensão
Respeito	Amizade	Atividade
Amor	Paciência	Equilíbrio
Preparo	Cuidado	Remédios
Conversar	Repreender	Descanso

Responsabilidade	Perseverança	Dedicação
Compreensão	Bênção	Medicação
Atenção	Médico	Medicação
Entender	Enfrentar	Agir
Bom	Benefício	Remédio
Hospital	Médico	Medicação
Família	Responsabilidade	Doença
Saúde	Conforto	Psiquiatra
Acompanhar	Médico	Psicóloga
Família	Cuidado	Responsabilidade
Atenção	Amor	Bom
Melhorou	Remédio	Cientista
Melhora	Divertimento	Amigos
Bem	Colaboração	Amor
Difícil	Família	

ANEXOS

ANEXO I

BANCO DE DADOS

123amor1 carinh1 compre1 saude1 neurol2 circul2 doment2 procab2 saucab3 alegri3 feleci3 liberd3 medico4 remedi4 famili4 forca4 triste5 ansied5 nervos5 depres5*

124agrupa1 amizad1 alegri1 unida1 transt2 moruim2 desist2 discor2 bommom3 docura3 alegri3 juvent3 explic4 detalh4 orient4 autono4 transt5 impaci5 aperre5 deslea5*

113amor1 apoio1 frater1 paz1 supera2 aceita2 socied2 ansied2 compro3 calma3 calman3 equili3 teocup4 conver4 religi4 uniao4 desesp5 inquie5 pesuic5 espera5*

121amor1 compre1 amizad1 carinh1 horriv2 deprim2 transt2 freque2 alegri3 ficbom3 cuidar3 prazer3 remedi4 intern4 dormir4 drogas4 horriv5 sequel5 violen5 insoni5*

116unida1 paz1 amor1 frater1 vcoisa2 depres2 nervos2 cabeca2 curada3 pacifi3 amada3 sincer3 justo4 igual4 sincer4 paz4 depres5 esquiz5*

123harmon1 paz1 segura1 cresci1 triste2 pesar2 inutil2 impote2 autest3 segura3 paz3 contro3 espera4 redenc4 otimis4 renasc4 impre5 dificu5 inadeq5 incom5*

122pai1 mae1 irmao1 irma1 loucur2 distur2 alucin2 retard2 psiqui3 neurol3 cardio3 psicol3 medica4 dialog4 contat4 amizad4 trauma5 deliri5 triste5 depres5*

116felici1 alegri1 uniao1 paz1 consci2 triste2 medo2 sofrim2 alegri3 paz3 felici3 altast3 consci4 alegri4 bondad4 trabal4 medo5 sofrim5 triste5 angust5*

113carinh1 uniao1 amor1 paz1 ruim2 prejud2 mal2 doenca2 bom3 benefi3 saude3 cura4 saude4 bemest4 bom4 ruim5 nervos5 agitac5 insoni5*

121uniao1 socied1 bemest1 vida1 desequ2 antsoc2 proble2 tratam2 equili3 bemest3 alegri3 saude3 saida4 retsoc4 melhor4 bemest4 desequ5 antsoc5 althum5 ajuda5*

112despre1 affica1 comunh1 felici1 remedi2 tratam2 hospit2 intern2 cura3 reisoc3 estudo3 trabal3 equipe4 teocup4 trabal4 medica4 deliri5 agress5 alucin5 vozes5*

121uniao1 paz1 comple1 mae1 deitar2 dormir2 medica2 falar2 riso3 medica3 trabal3 rounov3 tickt4 consul4 medica4 banho4 choro5 colera5 triste5 padeci5*

114apoio1 alegri1 paz1 harmon1 precon2 triste2 angust2 medo2 alegri3 felici3 amor3 paz3 bom4 import4 otimo4 divert4 triste5 medo5 angust5 choro5*

112uniao1 amor1 espera1 harmon1 mal2 depres2 ansied2 nervos2 bemest3 autest3 contro3 saude3 vivbem4 import4 segura4 prazer4 ruim5 descon5 nnorma5 absurd5*

111mae1 tio1 sesent1 cresci1 loucur2 vazio2 sonho2 pensam2 equili3 alimen3 amizad3 pais3 remedi4 casame4 filhos4 enerin4 tapas5 biblia5 animai5 titani5*

123amor1 respon1 entend1 cumdev1 proble2 pertur2 intran2 isolam2 bemest3 nsauda3 doenca3 proble3 seried4 respei4 entend4 recupe4 triste5 isolam5 ansied5 doenca5*

123uniao1 cooper1 amizad1 compre1 depres2 esquiz2 piodoe2 terriv2 ajuda3 lucida3 gosvid3 boa3 remedi4 terocup4 psicol4 bom4 terriv5 morrer5 naband5 mal5*

123dor1 triste1 medo1 sofrim1 remedi2 saude2 cabeca2 espera2 alegri3 felici3 recupe3 famili3 saude4 recupe4 fe4 alegri4 sofrim5 espera5 fe5*

124lar1 filhos1 esposa1 netos1 depres2 baiest2 reisoc2 precon2 precon3 trabal3 vivbem3 convvi3 bemaco4 seacei4 colabo4 aceido4 recabe5 preocu5 famili5 intern5*

122paz1 uniao1 alegri1 harmon1 depres2 remedi2 precon2 discri2 bom3 ficboa3 intsoc3 aceoni3 bom4 favora4 discip4 difici4 agonia5 amarra5 injeca5 contid5*

123alegri1 bemest1 solida1 uniao1 estres2 depres2 vulto2 vozes2 harmon3 paz3 carida3 amor3 simpli4 consta4 alegri4 rapido4 neraba5 malest5 tontur5 triste5*

123uniao1 paz1 compre1 tudo1 ruim2 difici2 desequ2 solid2 bemest3 compre3 socied3 equili3 gentil4 compre4 sensiv4 bondos4 ruim5 so5 incom5 choro5*

125triste1 abando1 espera1 solid1 tortur2 triste2 impote2 morte2 trabal3 produt3 capaz3 normal3 espera4 insent4 margem4 discri4 morte5 enlouq5 naced5 odio5*

123filhos1 esposa1 comunh1 sincer1 ansied2 angust2 dopeit2 menblo2 deus3 medico3 tratam3 vitori3 melhor4 vencer4 novhor4 pemedo4 choro5 fugir5 morte5 serumo5*

121confra1 econom1 social1 frater1 mania2 depres2 irrita2 panico2 bemest3 alegri3 paz3 equili3 acompa4 confia4 persev4 bemest4 injeca5 angust5 ansied5 desesp5*

126harmon1 felici1 compre1 amor1 precon2 equili2 procur2 liberd2 questi3 busca3 reflex3 conqui3 pontua4 respon4 ajuda4 consci4 procur5 duvida5 abismo5 carenc5*

125dor1 aborre1 desuni1 descas1 difici2 precon2 diacei2 sofrim2 equili3 respei3 compre3 vida3 necess4 difici4 vulner4 obriga4 sofrim5 angust5 melanc5 desilu5*

113concor1 amizad1 amor1 confia1 isolam2 discri2 solid2 precon2 saude3 felici3 compre3 conviv3 senbem4 atenca4 carinh4 compre4 raiva5 expres5 depres5 isolad5*

123paz1 harmon1 respei1 tranqu1 angust2 desesp2 morte2 turuim2 alegri3 espera3 trabal3 equili3 sacrif4 compro4 assidu4 contin4 desesp5 choro5 solid5 faamor5*

123uniao1 amor1 compre1 solida1 esquiz2 tab2 cabeca2 loucur2 remedi3 lazer3 assist3 famili3 remedi4 ocupac4 terapi4 tratar4 choro5 depres5 eufori5 agress5*

126felici1 alegri1 amor1 carinh1 discri2 depres2 angust2 carinh2 lucide3 saude3 dispos3 anibom3 bom4 remedi4
 dormir4 trabal4 triste5 solid5 deliri5 desani5*
 125amor1 frater1 prospe1 solida1 mongol2 sdown2 defmen2 autism2 trasnp3 trabal3 cansa3 dormir3 doenca4
 ficbom4 receit4 result4 doente5 chora5 rir5 depres5*
 123amor1 carinh1 atenca1 orgulh1 triste2 desani2 doente2 fraque2 bemest3 sauda3 progre3 alegri3 melhor4
 recupe4 bemest4 saude4 desani5 triste5 malest5 desilu5*
 122felici1 partic1 filho1 amor1 medico2 tratam2 remedi2 hospit2 tratam3 pacien3 acompa3 medico3 hospit4
 tratam4 remedi4 pacien4 intern5 compre5 tratam5 remedi5*
 125lar1 casame1 filhos1 neto1 depres2 bipola2 estres2 esquiz2 depres3 estres3 distur3 epilep3 medico4
 medica4 orient4 cuidad4 proble5 perdas5 separa5 sofrim5*
 126amor1 base1 compre1 harmon1 depres2 angust2 dor2 suicid2 bevida3 saude3 tranqu3 felici3 medica4
 psiqui4 psicot4 vontad4 dor5 hospit5 desani5 depres5*
 125uniao1 ajuda1 compre1 amor1 depres2 dement2 esquiz2 distur2 alegri3 prazer3 planej3 realiz3 doenca4
 esquiz4 depres4 coraca4 inquie5 choro5 triste5 faanim5*
 123amor1 uniao1 dialog1 grande1 angust2 triste2 agress2 louca2 medico4 teocup4 forca4 docura4 so5 escura5
 agredi5 triste5*
 116compre1 refugiu1 divers1 cresci1 precon2 desafi2 pacien2 determ2 tranqu3 releva3 espiri3 cuidad3 respon4
 persis4 garra4 esclar4 desafi5 forca5 persev5 espera5*
 126doenca1 triste1 desamo1 duvinc1 pacien2 estupi2 ira2 duvida2 amor3 desamo3 triste3 perdao3 amor4
 delic4 conten4 alegri4 energi5 alimen5 pepsi5 nos5*
 121amor1 afeto1 compre1 carinh1 amor2 assite2 lutar2 dedica2 amor3 compre3 carinh3 pacien3 pacien4 carinh4
 compre4 amor4 abalad5 pacien5 suport5 carinh5*
 125saude1 harmon1 uniao1 felici1 nervos2 tremed2 eufori2 alegri2 pertur3 acompa3 remedi3 intern3 acompa4
 medico4 remedi4 terapi4 doenca5 pertur5 nervos5 decal5*
 125mae1 amor1 ajuda1 uniao1 hospit2 remedi2 inutil2 despre2 recupe3 utilid3 entend3 amizad3 medico4
 remedi4 terapi4 alguem4 morrer5 intern5 angust5 despre5*
 123uniao1 educa1 paz1 conviv1 estres2 dia2 violen2 liseir2 alimen3 descas3 lazer3 divert3 cuidar4 cumpri4
 normas4 medico4 estres5 preocu5 doenca5 estabi5*
 123amizad1 amor1 uniao1 solida1 depres2 triste2 angust2 duvida2 alegri3 dispos3 corage3 satisf3 persev4
 vontad4 persis4 medico4 triste5 indisp5 desani5 mal5*
 226uniao1 proble1 respon1 sorte1 piorco2 medo2 semaut2 morte2 melhor3 tratam3 cuidad3 atenca3 respon4
 bompro4 dinhei4 necess4 horror5 trauma5 intern5 medo5*
 223harmon1 uniao1 solida1 irmand1 transt2 cuidad2 carinh2 amor2 remedi3 terapi3 tratam3 acompa3 terapi4
 melhor4 recupe4 alimen4 alerta5 preven5 socorr5 hospit5*
 223mae1 filhos1 esposa1 tudo1 pena2 triste2 sanida3 firmez3 pensap3 medica4 psicot4 zelo4 cuidad4 desesp5*
 226proble1 saudad1 sofrim1 falta1 triste2 decepc2 amargu2 espera2 espera3 credib3 aceita3 lenta3 boavon4
 esforç4 dedica4 percev4 terriv5 medo5 ansied5 sofrim5*
 223partic1 uniao1 ajuda1 compre1 desvio2 intole2 sofrim2 incomp2 tratam3 remedi3 contro3 saude3 compre4
 tolera4 remedi4 ajuda4 descon5 angust5 obsess5 revolt5*
 213amor1 acompa1 dedica1 pacien1 transt2 impaci2 agress2 sofrim2 tratam3 medica3 acompa3 cura3 ajuda4
 conhec4 angust4 melhor4 agress5 emoaba5 sofrim5 falcon5*
 223compre1 uniao1 partic1 colabo1 sofrim2 falpaz2 desdob2 sofrim2 prepar3 triste3 insegu3 tudo3 psiqui4
 ajuda4 intern4 psicol4 pavor5 agil5 conseq5 tercal5*
 221crideu1 paz1 uniao1 amor1 escuvi2 dorcab2 nausea2 tontur2 boa3 edific3 alegri3 harmon3 remedi4 crises4
 locomo4 ruim4 agress5 desequ5 emocao5 triste5*
 221casame1 lar1 filhos1 uniao1 defici2 preocu2 pensam2 estrut2 funbem3 pensam3 conver3 corret3 acompa4
 cuidad4 ajuda4 amor4 desfal5 sofrim5 falrec5 triste5*
 223uniao1 amor1 compre1 saude1 transt2 dificu2 soffam2 ssaude2 saudav3 resato3 terfam3 trabal3 psiqui4
 psicol4 famili4 reinte4 desani5 daforc5 apoio5 unifam5*
 225amor1 sincer1 compet1 conviv1 heredi2 violen2 sintec2 indete2 global3 alimen3 desemp3 antdep4 muscul4
 isolam4 lei4 alucin5 vozes5 isolam5 fobia5*
 223tudo1 uniao1 amor1 infini1 amor2 carinh2 atenca2 ndiscr2 triste3 amor3 atenc3 respei3 fundam4 ajuda4
 forvon4 amor4 sofrim5 desesp5 doloro5 saudad5*
 224filhos1 netos1 amor1 compre1 difici2 triste2 angust2 realid2 bemest3 alegri3 felici3 amor3 difici4 hospit4
 remedi4 lazer4 angust5 medo5 insegu5 depres5*
 222pai11 mae1 filho1 irma1 filho2 cronic2 triste2 contro2 normal3 tudo3 resolv3 consci3 depres4 remedi4
 preocu4 desass4 agress5 inquie5 insoni5 angust5*
 224saude1 paz1 uniao1 compre1 dificu2 cansad2 triste2 proble2 pacien3 fe3 compre3 cuidad3 remedi4 amor4
 trabal4 bom4 triste5 preocu5 muicoi5 angust5*
 227assist1 saude1 tranqu1 import1 naebom2 respon2 tranqu2 sabedo2 boa3 otimo3 resolv3 import3 medico4
 remedi4 alimen4 dormir4 medico5 coerra5 doi5 mal5*
 223bom1 otima1 uniao1afeto1 ruim2 triste2 medo2 miseri2 otimo3 bem3 sorrir3 simpli3 ruim4 pessim4 rigoro4
 moseri4 pior5 entend5 agress5 miseri5*
 215alicer1 amizad1 vida1 uniao1 triste2 desass2 cura2 assist2 alegri3 plenit3 crecim3 desenv3 tempo4 pacien4
 amor4 compan4 persev5 pacien5 firmez5 sereni5*
 225amor1 uniao1 solida1 amizad1 distur2 descon2 discri2 triste2 alegri3 felici3 sabedo3 tranqu3 carinh4 cuidad4
 solida4 amor4 confus5 descon5 tormen5 triste5*

213amizad1 uniao1 harmon1 proble2 depres2 sdown2 nervos2 equili3 tratam3 paz3 tranqu3 apoio4 compre4
 cuidad4 pacien4 ataque5 transt5 violen5 triste5*
 223uniao1 compre1 frater1 amor1 inquie2 descon2 desori2 agress2 paz3 compre3 pacien3 tranqu3 remedi4
 medico4 acompa4 orient4 sofrim5 angust5 discor5 pacien5*
 223filhos1 mae1 irma1 marido1 desequ2 depres2 angust2 tensao2 firmez3 equili3 inteli3 normal3 fobia4 depres4
 gentil4 medico4 estres5 nervos5 agitad5 malhum5*
 223paz1 uniao1 entend1 entros1 proble2 decade2 desinf2 ausenc2 import3 necess3 contri3 essenc3 import4
 eficaz4 acompa4 amizad4 proble5 desuni5 brigas5 desaco5*
 225filho1 pai1 mae1 irma1 preocu2 assist2 devoca2 compro2 distur3 sequel3 tratam3 dificu3 empenh4 busca4
 compro4 fe4proble5 preocu5 desesp5 soluca5*
 223filhos1 uniao1 irmand1 pai1 desequ2 insegu2 medo2 transt2 paz3 tranqu3 desejo3 forca3 saude4 dor4
 persis4 agonia4 transt5 morte5 fulga5 desesp5*
 223compre1 amor1 entend1 buscar1 precon2 dificu2 diverg2 compre2 liberd3 vida3 indivi3 alegri3 recupe4
 pacien4 carinh4 afeto4 dificu5 triste5 ansied5 espect5*
 222filhos1 marido1 neto1 dificu1 sofrim2 triste2 decepc2 pena2 paz3 compre3 felici3 harmon3 remedi4 lidar4
 aceita4 compre4 medo5 pior5 sofrer5 panico5*
 213pai1 mae1 irma1 amigo1 compor2 concen2 amigo2 ajuda2 compor3 concen3 amigo3 ajuda3 respei4
 amizad4 ativid4 amor4 queda5 mal5 recupe5 rosean5*
 225uniao1 compre1 amor1 estabi1 desequ2 incomp2 defici2 mental2 normal3 equili3 estave3 tranqu3 pacien4
 equili4 prepar4 cuidad4 emocao5 desequ5 desani5 incomp5*
 222uniao1 paz1 presen1 conver1 doido2 mental2 excepc2 autist2 remedi3 calmo3 agress3 pacien3 remedi4
 conver4 repree4 descas4 fugir5 agress5 sesono5 grito5*
 225respei1 amor1 uniao1 afetiv1 apoio2 carinh2 respon2 dedica2 pacien3 compre3 amor3 luta3 respon4 persev4
 dedica4 compre4 sofrim5 pacien5 entend5 tratam5*
 224amor1 compre1 uniao1 carinh1 aflica2 preocu2 triste2 angust2 tranqu3 paz3 felici3 recupe3 bencao4
 medica4 atenca4 medico4 horriv5 bateu5 agress5 marca5*
 221festa1 aniver1 missa1 passei1 agress2 aborre2 teimos2 esquec2 boa3 espera3 paz3 entend3 remedi4
 entend4 enfren4 agir4 compor5 hospit5 enfren5 confia5*
 221sofrim1 filhos1 trabal1 mental1 triste2 crise2 bombei2 hospit2 normal3 igual3 proble3 trabal3 bom4 benefi4
 remedi4 hospita4 pertur5 violen5 gritos5 medium5*
 223uniao1 paz1 confra1 amor1 agitad2 aperri2 abando2 tratam2 import3 socied3 trabal3 divert3 medico4
 remedi4 famili4 respon4 agitad5 andar5 falar5 ruim5*
 221mae1 pai1 filho1 irmaos1 depres2 dmenta2 medo2 revolt2 boa3 alegri3 feliz3 ajuda3 doenca4 saude4
 confor4 psiqui4 nervos5 revolt5 zangad5 perseg5*
 227respon1 obdien1 religi1 estudo1 preocu2 medo2 nervos2 amedro2 fria3 calma3 despre3 inteli3 acompa4
 medico4 psicol4 famili4 violen5 epoca5 difere5 surpre5*
 221respon1 carinh1 sentim1 preocu1 inquie2 racioc2 inativ2 equili2 prospe3 acompa3 partic3 presen3 cuidad4
 respon4 atenca4 amor4 emocao5 moment5 desagr5 palpit5*
 223comuni1 ausent1 sem1 contat1 nao2 esquiz2 soffro2 doenca2 import3 vive3 tudo3 comuni3 bom4 melhor4
 remedi4 cienti4 pavor5 horriv5 bater5 pesade5*
 222missa1 amor1 proxim1 irmao1 pouco2 nervos2 sozinh2 casame2 destem3 harmon3 vive3 deus3 melhor4
 divert4 amigos4 bem4 danada5 magra5 deprim5 dialog5*
 223apoio1 fideli1 compan1 dialog1 desesp2 difici2 solida2 oportu2 liberd3 trabal3 enfren3 determ3 colabo4
 amor4 difici4 famili4 caos5 transt5 descon5 famili5*

ANEXO II

TRI-DEUX Version 2.2
 IMPortation des MOTs d'un fichier de questions ouvertes
 ou de mots associ,s ... un stimulus - janvier 1995
 Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V
 12 rue Cujas - 75005 PARIS
 Programme IMPMOT

Le fichier de sortie mots courts tri,s est luciana.DAT
 et servira d'entr,e pour TABMOT
 Le fichier de position en sortie sera luciana.POS
 et servira d'entr,e pour TABMOT
 Le fichier d'impression est luciana.IMP
 Position de fin des caract,ristiques 3
 Nombre de lignes maximum par individu 4

Le stimulus est en fin de mot et sera report,
 en fin de caract,ristiques ... la position 4
 il sera laiss, en fin de mot
 Nombre de lignes lues en entr,e 86
 Nombre de mots ,crits en sortie 1701
 Nombre de mots de longueur sup,rieure ... 10 = 0
 seuls les 10 premiers sont ,t, imprim,s
 D,coupage en mots termin,
 Tri termin,

Les mots sont mis en 4 caractŠres
 Impression de la liste des mots

abalad5	abal	1	abando1	aba1	1	abando2	aba2	1	abismo5	abis	1
aborrel	abor	1	aborre2	abo1	1	absurd5	absu	1	aceido4	acei	1
aceita2	ace1	1	aceita3	ace2	1	aceita4	ace3	1	aceoni3	ace4	1
acompa1	acom	1	acompa3	acol	5	acompa4	aco2	6	afetiv1	afet	1
afeto1	afel	2	afeto4	afe2	1	aflica1	afl1	1	aflica2	afl1	1
agil5	agil	1	agir4	agil	1	agitac5	agi2	1	agitad2	agi3	1
agitad5	agi4	2	agonia4	agon	1	agonia5	ago1	1	agredi5	agre	1
agress2	agr1	4	agress3	agr2	1	agress5	agr3	8	agrupa1	agr4	1
ajuda1	ajud	3	ajuda2	aju1	1	ajuda3	aju2	3	ajuda4	aju3	6
ajuda5	aju4	1	alegri1	aleg	6	alegri2	ale1	1	alegri3	ale2	18
alegri4	ale3	4	alerta5	ale4	1	alguem4	algu	1	alicer1	alic	1
alimen3	ali1	3	alimen4	ali2	2	alimen5	ali3	1	altast3	alta	1
althum5	alt1	1	alucin2	aluc	1	alucin5	alu1	2	amada3	amad	1
amargu2	ama1	1	amarra5	ama2	1	amedro2	amed	1	amigo2	amig	1
amizad1	amil	9	amizad3	ami2	3	amizad4	ami3	4	amor1	amor	34
amor2	amol	3	amor3	amo2	7	amor4	amo3	10	andar5	anda	1
angust2	angu	10	angust4	ang1	1	angust5	ang2	10	anibom3	anib	1
animai5	anil	1	aniver1	ani2	1	ansied2	ansi	3	ansied5	ans1	5
antdep4	antd	1	antsoc2	ant1	1	antsoc5	ant2	1	aperre5	aper	1
aperri2	apel	1	apoio1	apoi	3	apoio2	apo1	1	apoio4	apo2	1
apoio5	apo3	1	assidu4	assi	1	assist1	ass1	1	assist2	ass2	3
assist3	ass3	1	ataque5	ataq	1	atenc3	aten	1	atencal	atel	1
atenca2	ate2	1	atenca3	ate3	1	atenca4	ate4	3	ativid4	ativ	1
ausenc2	ause	1	ausent1	aus1	1	autest3	aute	2	autism2	aut1	2
autono4	aut2	1	baiest2	baie	1	banho4	banh	1	base1	base	1
bater5	bate	2	bem3	bem3	1	bemaco4	bem1	1	bemest1	bem2	2
bemest3	bem3	7	bemest4	bem4	4	bencao4	benc	1	benefi3	ben1	1
benefi4	ben2	1	bevida3	bevi	1	biblia5	bibl	1	boa3	boa3	5
boavon4	boal	1	bom1	bom1	1	bom3	bom1	2	bom4	bom2	9
bombeii2	bom3	1	bommom3	bom4	1	bompro4	bom5	1	bondad4	bond	1
bondos4	bon1	1	brigas5	brig	1	busca3	busc	1	busca4	bus1	1
buscar1	bus2	1	cabeca2	cabe	3	calmo3	calm	3	cansa3	cans	1
cansad2	can1	1	caos5	caos	1	capaz3	capa	1	cardio3	card	1
carenc5	car1	1	carida3	car2	1	carinh1	car3	8	carinh2	car4	4
carinh3	car5	1	carinh4	car6	4	carinh5	car7	1	casame1	casa	2
casame2	cas1	1	casame4	cas2	1	choro5	chor	8	cienti4	cien	1
circul2	circ	1	coerra5	coer	1	colabo1	cola	1	colabo4	coll	2
colera5	col2	1	compan1	comp	1	compan4	com1	1	compet1	com2	1

comple1	com3	1	compor2	com4	1	compor3	com5	1	compor5	com6	1
compre1	com7	19	compre2	com8	1	compre3	com9	8	compre4	om10	7
compre5	om11	1	compro2	om12	1	compro3	om13	1	compro4	om14	2
comunh1	om15	2	comuni1	om16	1	comuni3	om17	1	concen2	conc	1
concen3	con1	1	concor1	con2	1	confial	con3	1	confia4	con4	1
confia5	con5	1	confor4	con6	1	confra1	con7	2	confus5	con8	1
conhec4	con9	1	conqui3	on10	1	consci2	on11	1	consci3	on12	1
consci4	on13	2	conseq5	on14	1	consta4	on15	1	consul4	on16	1
contat1	on17	1	contat4	on18	1	conten4	on19	1	contid5	on20	1
contin4	on21	1	contri3	on22	1	contro2	on23	1	contro3	on24	3
conver1	on25	1	conver3	on26	1	conver4	on27	2	conviv1	on28	2
conviv3	on29	1	convvi3	on30	1	cooper1	coop	1	coraca4	cora	1
corage3	cor1	1	corret3	cor2	1	crecim3	crec	1	credib3	cre1	1
cresci1	cre2	3	crideu1	crid	1	crise2	cri1	1	crises4	cri2	1
cronic2	cron	1	cuidad2	cuid	1	cuidad3	cui1	4	cuidad4	cui2	9
cumdev1	cumd	1	cumpri4	cum1	1	cura2	cura	1	cura3	curl	3
cura4	cur2	1	daforc5	dafo	1	danada5	dana	1	decade2	deca	1
decai5	decl	1	decepc2	dec2	2	dedical	dedi	1	dedica2	ded1	2
dedica4	ded2	2	defici2	defi	2	defmen2	def1	1	deitar2	deit	1
delica4	deli	1	deliri5	dell	3	dement2	deme	1	depres2	depr	15
depres3	dep1	1	depres4	dep2	3	depres5	dep3	9	deprim2	dep4	1
desaco5	desa	1	desafi2	des1	1	desafi5	des2	1	desagr5	des3	1
desamo1	des4	1	desamo3	des5	1	desani2	des6	1	desani5	des7	6
desass2	des8	1	desass4	des9	1	descas1	es10	1	descas3	es11	1
descas4	es12	1	descon2	es13	2	descon5	es14	4	desdob2	es15	1
desejo3	es16	1	desemp3	es17	1	desenv3	es18	1	desequ2	es19	5
desequ5	es20	3	desesp2	es21	2	desesp5	es22	7	desfal5	es23	1
desilu5	es24	2	desinf2	es25	1	desist2	es26	1	deslea5	es27	1
desori2	es28	1	despre1	es29	1	despre2	es30	1	despre3	es31	1
despre5	es32	1	destem3	es33	1	desuni1	es34	1	desuni5	es35	1
desvio2	es36	1	detalh4	deta	1	determ2	det1	1	determ3	det2	1
deus3	deus	2	devoca2	devo	1	dia2	dia2	1	diacei2	dial	1
dialog1	dia2	2	dialog4	dia3	1	dialog5	dia4	1	difere5	dife	1
difici2	dif1	7	difici4	dif2	4	dificu1	dif3	1	dificu3	dif4	1
dificu5	dif5	2	dinhei4	dinh	1	discip4	disc	1	discor2	dis1	1
discor5	dis2	1	discri3	dis3	4	discri4	dis4	1	dispos3	dis5	2
distur2	dis6	3	distur3	dis7	2	diverg2	dive	1	divers1	div1	1
divert3	div2	2	divert4	div3	2	docura3	docu	1	docura4	doc1	1
doencal	doen	1	doenca2	doe1	11	doenca3	doe2	1	doenca4	doe3	3
doenca5	doe4	4	doi5	doi5	1	doido2	doil	1	doloro5	dolo	1
doment2	dome	1	dor1	dor1	2	dor2	dor1	3	dor4	dor2	1
dor5	dor3	1	dormir2	dor4	1	dormir3	dor5	1	dormir4	dor6	3
duvida2	duvi	2	duvida5	duv1	1	duvinc1	duv2	1	econom1	econ	1
edific3	edif	1	educal	educ	1	eficaz4	efic	1	emoaba5	emoa	1
emocao5	emol	3	empenh4	empe	1	energi5	ener	1	enerin4	ene1	1
enfren3	enfr	1	enfren4	enf1	1	enfren5	enf2	1	enlouq5	enlo	1
entend1	ente	3	entend3	ent1	2	entend4	ent2	2	entend5	ent3	2
entros1	ent4	1	epilep3	epil	1	epoca5	epoc	1	equili2	equi	2
equili3	equ1	10	equili4	equ2	1	equipe4	equ3	1	esclar4	escl	1
escura5	esc1	1	escuvi2	esc2	1	esforç4	esfo	1	espect5	espe	1
esperal	esp1	2	espera2	esp2	2	espera3	esp3	3	espera4	esp4	2
espera5	esp5	3	espiri3	esp6	1	esposal	esp7	3	esquec2	esqu	1
esquiz4	esq1	1	esquiz5	esq2	1	essenc3	esse	1	estabil	esta	1
estabi5	est1	1	estave3	est2	1	estres2	est3	3	estres3	est4	1
estres5	est5	2	estrut2	est6	1	estudo1	est7	1	estudo3	est8	1
estupi2	est9	1	eufori2	eufo	1	eufori5	euf1	1	excepc2	exce	1
explic4	expl	1	expres5	expl	1	faamor5	faam	1	faanim5	faal	1
falar2	fala	1	falar5	fall	1	falcon5	fal2	1	falpaz2	fal3	1
falrec5	fal4	1	falta1	fal5	1	famili3	fami	2	famili4	fam1	5
famili5	fam2	2	favora4	favo	1	fe3	fe3	1	fe4	fe4	2
fe5	fe5	1	felici1	feli	6	felici3	fell	11	festal	fest	1
ficbom3	ficb	2	ficbom4	fic1	1	fideli1	fide	1	filho2	filh	1
filhos1	fill	14	filhos4	fil2	1	firmez3	firm	2	firmez5	fir1	1
fobia4	fobi	1	fobia5	fob1	1	forca3	forc	1	forca4	for1	3
forca5	for2	1	fraque2	frac	1	frater1	fra1	5	freque2	freq	1
fria3	fria	1	fugir5	fugi	3	funbem3	funb	1	fundam4	fun1	1
garra4	garr	1	gentil4	gent	2	global3	glob	1	gosvid3	gosv	1
grandel	gran	1	grito5	grit	2	harmon1	harm	10	harmon3	har1	4

heredi2	here	1	horriv2	horr	1	horriv5	hor1	4	hospit2	hosp	4
hospit4	hos1	3	hospit5	hos2	3	igual3	igua	1	igual4	igul	1
impaci2	impa	1	impaci5	imp1	1	import1	imp2	1	import3	imp3	4
import4	imp4	3	impote2	imp5	2	imprev5	imp6	1	inadeq5	inad	1
inativ2	inal	1	incomp2	inco	2	incomp5	incl	3	indete2	inde	1
indisp5	ind1	1	indivi3	ind2	1	infini1	infi	1	injeca5	inje	2
inquie2	inqu	2	inquie5	inq1	3	insegu2	inse	1	insegu3	ins1	1
insegu5	ins2	1	insent4	ins3	1	insoni5	ins4	3	inteli3	inte	2
intern2	int1	1	intern3	int2	1	intern4	int3	2	intern5	int4	4
intole2	int5	1	intran2	int6	1	intsoc3	int7	1	inutil2	inut	2
ira2	ira2	1	irmand1	irma	2	irmao1	irml	7	irrita2	irri	1
isolad5	isol	1	isolam2	isol	2	isolam4	iso2	1	isolam5	iso3	2
justo4	just	1	juvent3	juve	1	lar1	lar1	3	lazer3	laze	2
lazer4	laz1	1	lei4	lei4	1	lenta3	lent	1	liberd2	libe	1
liberd3	lib1	3	lidar4	lida	1	liseir2	lise	1	locomo4	loco	1
loucur2	louc	4	lucide3	luci	2	luta3	luta	1	lutar2	lut1	1
mae1	mae1	10	magra5	magr	1	mal2	mal2	2	mal5	mall	4
malest5	mal2	2	malhum5	mal3	1	mania2	mani	1	marca5	marc	1
margem4	mar1	1	marido1	mar2	2	medico2	medi	2	medico3	med1	4
medico4	med2	22	medico5	med3	1	medium5	med4	1	medo1	med5	1
medo2	med6	7	medo5	med7	6	melanc5	mela	1	melhor3	mell	1
melhor4	mel2	7	menblo2	menb	1	mentall	men1	1	mental2	men2	2
miseri2	mise	1	miseri5	mis1	1	missa1	mis2	2	moment5	mome	1
mongol2	mong	1	morte2	mort	3	morte5	mor1	5	moruim2	mor2	1
moseri4	mose	1	muicoi5	muic	1	muscil4	musc	1	naband5	naba	1
nacred5	nacr	1	naebom2	naeb	1	nao2	nao2	1	nausea2	naus	1
ndiscr2	ndis	1	necess3	nece	1	necess4	nec1	2	neraba5	nera	1
nervos2	ner1	6	nervos5	ner2	5	netos1	neto	4	neuro12	neur	1
neuro13	neu1	1	nnorma5	nnor	1	normal3	norm	5	normas4	nor1	1
nos5	nos5	1	novhor4	novh	1	nsauda3	nsau	1	obcess5	obce	1
obdien1	obdi	1	obriga4	obri	1	ocupac4	ocup	1	odio5	odio	1
oportu2	opor	1	orgulh1	orgu	1	orient4	orie	3	otimal	otim	1
otimis4	otil	1	otimo3	oti2	2	otimo4	oti3	1	pacien1	paci	1
pacien2	pac1	2	pacien3	pac2	6	pacien4	pac3	6	pacien5	pac4	4
pacifi3	pac5	1	padeci5	pade	1	pail	pail	6	pais3	pail	1
palpit5	palp	1	panico2	pani	1	panico5	pan1	1	partic1	part	3
partic3	par1	1	passei1	pass	1	pavor5	pavo	2	paz1	paz1	16
paz3	paz1	11	paz4	paz2	1	pemedo4	peme	1	pena2	pena	2
pensam2	pen1	2	pensam3	pen2	1	pensap3	pen3	1	pepsi5	peps	1
percev4	perc	1	perdao3	per1	1	perdas5	per2	1	perseg5	per3	1
persev4	per4	3	persev5	per5	2	persis4	per6	3	pertur2	per7	1
pertur3	per8	1	pertur5	per9	2	pesade5	pesa	1	pesar2	pes1	1
pessim4	pes2	1	pesuic5	pes3	1	piodoe2	piod	1	pior5	pio1	2
piorco2	pio2	1	planej3	plan	1	plenit3	plen	1	pontua4	pont	1
pouco2	pouc	1	prazer3	praz	2	prazer4	pral	1	precon2	prec	8
precon3	pre1	1	prejud2	pre2	1	preocu1	pre3	1	preocu2	pre4	4
preocu4	pre5	1	preocu5	pre6	4	prepar3	pre7	1	prepar4	pre8	1
presen1	pre9	1	presen3	rel0	1	preven5	rel1	1	proble1	prob	2
proble2	pro1	5	proble3	pro2	2	proble5	pro3	3	procab2	pro4	1
procur2	pro5	1	procur5	pro6	1	produt3	pro7	1	progre3	pro8	1
prospel	pro9	1	prospe3	rol0	1	psixim1	roll	1	psicol3	psic	1
psicol4	psi1	4	psicot4	psi2	2	psiqui3	psi3	1	queda5	qued	1
questi3	que1	1	racioc2	raci	1	raiva5	raiv	1	rapido4	rapi	1
realid2	real	1	realiz3	real	1	recabe5	reca	1	receit4	recl	1
recupe3	rec2	3	recupe4	rec3	5	recupe5	rec4	1	redenc4	rede	1
reflex3	ref1	1	refugil	ref1	1	reinte4	rein	1	reisoc2	rei1	1
reisoc3	rei2	1	releva3	rele	1	religi1	rel1	1	religi4	rel2	1
remedi2	reme	5	remedi3	rem1	6	remedi4	rem2	23	remedi5	rem3	1
renasc4	rena	1	repree4	repr	1	resato3	resa	1	resolv3	res1	2
respei1	res2	2	respei3	res3	2	respei4	res4	2	respon1	res5	4
respon2	res6	2	respon4	res7	6	result4	res8	1	retard2	reta	1
retsoc4	ret1	1	revolt2	revo	1	revolt5	rev1	2	rigoro4	rigo	1
rir5	rir5	1	rosean5	rose	1	rounov3	roun	1	ruim2	ruim	4
ruim4	ruil	2	ruim5	ruil	4	sabedo2	sabe	1	sabedo3	sabl	1
sacrif4	sacr	1	saida4	said	1	sanida3	sani	1	satisf3	sati	1
saucab3	sauc	1	sauda3	saul	1	saudad1	sau2	1	saudad5	sau3	1
saudav3	sau4	1	saude1	sau5	5	saude2	sau6	1	saude3	sau7	7
saude4	sau8	5	sdown2	sdow	2	seacei4	seac	1	segural	segu	1

segura3	seg1	1	segura4	seg2	1	sem1	sem1	1	semaut2	sem1	1
senbem4	senb	1	sensiv4	sen1	1	sentim1	sen2	1	separa5	sepa	1
sequel3	sequ	1	sequel5	seq1	1	sereni5	sere	1	seried4	ser1	1
serumo5	ser2	1	sesent1	sese	1	sesono5	ses1	1	simpli3	simp	1
simpli4	sim1	1	sincer1	sinc	2	sincer3	sin1	1	sincer4	sin2	1
sintec2	sin3	1	so5	so5	2	social1	soci	1	socied1	soc1	1
socied2	soc2	1	socied3	soc3	2	socorr5	soc4	1	sofrer5	sofr	1
sofrim1	sof1	3	sofrim2	sof2	9	sofrim5	sof3	10	solid1	soli	1
solid2	sol1	2	solid5	sol2	2	solida1	sol3	6	solida2	sol4	1
solida4	sol5	1	soluca5	sol6	1	sonho2	sonh	1	sorrir3	sorr	2
sortel	sor1	1	sozinh2	sozi	1	ssaude2	ssau	1	suicid2	suic	1
supera2	supe	1	suport5	sup1	1	surpre5	surp	1	tapas5	tapa	1
teimos2	teim	1	tempo4	temp	1	tensao2	tens	1	teocup4	teoc	4
terapi3	tera	1	terapi4	ter1	4	tercal5	ter2	1	terfam3	ter3	1
terriv2	ter4	1	terriv5	ter5	2	tickt4	tick	1	tiol	tiol	1
titani5	tita	1	tolera4	tole	1	tontur2	tont	1	tontur5	ton1	1
tormen5	torm	1	tortur2	tor1	1	trabal1	trab	1	trabal3	tra1	10
trabal4	tra2	4	tranqu1	tra3	2	tranqu2	tra4	1	tranqu3	tra5	8
transt2	tra6	6	transt5	tra7	4	trasnp3	tra8	1	tratam2	tra9	4
tratam3	ra10	8	tratam4	ra11	2	tratam5	ra12	2	trauma5	ra13	2
tremed2	trem	1	tristel1	tris	3	triste2	tril	18	triste3	tri2	3
triste5	tri3	18	tudo1	tudo	3	tudo3	tud1	3	uniaol	unia	39
uniaol4	uni1	1	unifam5	uni2	1	utilid3	util	1	vazio2	vazi	1
vencer4	venc	1	vidal1	vida	2	vida3	vid1	2	violen2	viol	2
violen5	viol	4	vitori3	vito	1	vivbem4	vivb	1	vive3	viv1	3
vontad4	vont	2	vozes2	voze	1	vozes5	voz1	2	vulner4	vuln	1
vulto2	vull	2	zangad5	zang	1						
Nombre de mots entr,s				1701							
Nombre de mots diff,rents				802							

Impression des tris ... plat

Question 015	Position	15	Code-max.	2
Tot.	1	2		
1701	889	812		
100	52.3	47.7		

Question 016	Position	16	Code-max.	2
Tot.	1	2		
1701	276	1425		
100	16.2	83.8		

Question 017	Position	17	Code-max.	5	
Tot.	1	2	3	4	5
1701	154	278	220	352	697
100	9.1	16.3	12.9	20.7	41.0

ANEXO III

TRI-DEUX Version 2.2

Analyse des ,cartes ... l'ind,pendance - mars 1995
Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V
12 rue Cujas - 75005 PARIS
Programme ANECAR

Le nombre total de lignes du tableau est de 56
Le nombre total de colonnes du tableau est de 9
Le nombre de lignes suppl,ementaires est de 0
Le nombre de colonnes suppl,ementaires est de 0
Le nombre de lignes actives est de 56
Le nombre de colonnes actives est de 9

M,moire disponible avant dimensionnement 469996
M,moire restante aprŠs dim. fichiers secondaires 467474
M,moire restante aprŠs dim. fichier principal 465458

AFC : Analyse des correspondances

Le phi-deux est de : 0.201352

Pr,cision minimum (5 chiffres significatifs)

Le nombre de facteurs ... extraire est de 4

Facteur 1

Valeur propre = 0.081901
Pourcentage du total = 40.7

Facteur 2

Valeur propre = 0.036213
Pourcentage du total = 18.0

Facteur 3

Valeur propre = 0.029935
Pourcentage du total = 14.9

Facteur 4

Valeur propre = 0.023666
Pourcentage du total = 11.8

Coordonn,es factorielles (F=) et contributions pour le facteur (CPF)
Lignes du tableau

```
*---*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
ACT.   F=1  CPF   F=2  CPF   F=3  CPF   F=4  CPF
*---*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
```

aco2	-613	46	282	22	-265	24	215	20	acompa4
agr3	-232	9	-113	5	-102	5	-260	38	agress5
aju3	-361	16	-287	23	202	14	-28	0	ajuda4
aleg	710	62	-138	5	170	10	272	31	alegri1
ale2	56	1	201	34	146	21	-19	0	alegri3
ami1	285	15	-173	12	148	11	-213	29	amizad1
amor	92	6	41	3	85	14	-14	0	amor1
amo2	44	0	-297	28	443	77	170	14	amor3
amo3	-283	16	-375	65	-31	1	50	2	amor4
angu	98	2	146	10	98	5	86	5	angust2
ang2	-54	1	-185	16	7	0	189	25	angust5
bem3	382	21	163	9	-22	0	29	0	bemest3
bom2	75	1	-172	12	-85	4	239	36	bom4
car3	219	8	287	31	206	19	-109	7	carinh1
chor	548	49	335	41	-160	11	33	1	choro5
com7	-138	7	231	47	68	5	-22	1	compre1
com9	-159	4	46	1	-201	18	110	7	compre3
om10	117	2	-314	32	37	1	-118	7	compre4
cui2	-372	25	4	0	289	42	-212	29	cuidad4
depr	258	20	147	15	-52	2	121	15	depres2
dep3	442	36	70	2	29	0	-17	0	depres5
des7	20	0	371	38	375	47	-122	6	desani5
es22	-155	3	131	6	43	1	-350	61	desesp5
dif1	-399	23	-38	0	-170	11	137	9	difici2
doe1	232	12	-115	7	218	29	330	85	doenca2
equ1	150	5	244	28	-234	31	-214	32	equili3
feli	477	28	186	10	57	1	234	23	felici1
fell	123	3	-87	4	-12	0	-50	2	felici3
fill	-554	88	20	0	-53	2	200	39	filhos1
harm	599	73	-45	1	-10	0	31	1	harmon1
irm1	-435	27	-216	15	-246	24	8	0	irmao1
mae1	-200	8	31	0	-153	13	-95	6	mae1
med2	-276	34	338	116	-27	1	-48	4	medico4
med6	-63	1	-249	20	-429	72	40	1	medo2
med7	201	5	-559	87	84	2	-36	1	medo5
mel2	-45	0	-149	7	81	3	-126	8	melhor4
ner1	296	11	-183	9	-259	22	-122	6	nervos2
pac2	-697	60	42	0	-307	32	615	160	pacien3
pac3	-232	7	-9	0	-315	33	-71	2	pacien4
pai1	-163	4	-210	14	-227	20	-180	16	pai1
paz1	243	33	-5	0	-289	126	-95	17	paz1
prec	658	71	-35	0	-304	41	157	14	precon2
rem1	-107	1	-76	2	245	20	126	7	remedi3
rem2	-359	61	149	24	148	28	108	19	remedi4
res7	128	2	-318	28	-49	1	-97	4	respon4
sau7	608	53	-208	14	48	1	89	4	saude3
sof2	-223	9	-127	7	174	15	-381	92	sofrim2
sof3	-200	8	-278	36	105	6	173	21	sofrim5
sol3	147	3	44	1	419	59	139	8	solidal
tra1	56	1	191	17	-260	38	-96	7	trabal3
tra5	-153	4	-181	12	-90	4	-197	22	tranqu3
tra6	-233	7	-88	2	276	25	-257	28	transt2
ra10	-137	3	-358	47	-70	2	-64	2	tratam3
tri1	-67	2	-146	18	73	5	-18	0	triste2
tri3	106	4	154	20	9	0	80	8	triste5
unia	-41	1	1	0	21	1	-74	15	uniaol

----------*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
* * *1000* *1000* *1000* *1000*
----------*-----*-----*-----*-----*-----*-----*

Modalit,s en colonne

```

*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
ACT.      F=1  CPF      F=2  CPF      F=3  CPF      F=4  CPF
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
0151      313  209      172  143      32   6      102  77
0152     -342  227     -188  156     -35   6     -111  84
0161      359   94     -287  136    -173  59     -168  71
0162      -78   20       63   30      38   13      37   15
0171     -195   17      451  200     395  186     -304  139
0172      -82   5     -359  199     480  429      187   82
0173     -569  176      105   14     -360  193      431  350
0174      520  252     -193   79     -94   23      48    7
0175      -23   1      116   45    -145  85     -185  175
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
*   *           *1000*           *1000*           *1000*           *1000*
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*

```

Fin normale du programme

_____ Abreu, Luciana Mesquita

Co-responsabilização da rede social de apoio diante do paciente em tratamento extra-hospitalar: Representações Sociais

_____ 2008.

_____ 96p.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

1. Rede Social 2. Tratamento Extra-Hospitalar 3. Representações Sociais.

I. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

CDD: