UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

NELY REGINA SARTORI

Representações Sociais sobre o "louco" e a "loucura": concepções e
práticas de profissionais da Atenção Básica

RIBEIRÃO PRETO
2015

NELY REGINA SARTORI

Representações Sociais sobre o "louco" e a "loucura": concepções e práticas de profissionais da Atenção Básica

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Promoção de Saúde Mental

Orientador: Zeyne Alves Pires Scherer

RIBEIRÃO PRETO
2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

SARTORI, NELY REGINA

Representações Sociais sobre o "louco" e a "loucura": concepções e práticas de profissionais da Atenção Básica. Ribeirão Preto, 2015.

132 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Zeyne Alves Pires Scherer

1. Assistência ao Paciente. 2. Saúde Mental. 3. Atenção Básica. 4. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. 5. Enfermagem

SARTORI, NELY REGINA

Representações Sociais sobre o "louco" e a "loucura": concepções e práticas de profissionais da Atenção Básica

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em...../...../.....

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Dedico esse trabalho

Ao meu grande amor Rodrigo,
ser humano único, com quem aprendi que tudo pode ser superado
quando se ama. Compartilhar meus dias com você me faz feliz.

À minha pequena Anne, filha amada,
que todos os dias me encanta e me surpreende com sua compreensão,
maturidade e amor incondicional, obrigada por me amar e permanecer
ao meu lado nas infindáveis horas no computador.

Ao pequeno Davi,
que me ensinou com sua vinda que se acreditarmos e lutarmos nossos
sonhos se concretizam. Obrigada por seu amor e sorriso que revigora.

Aos meus pais e irmãs,
Pelo carinho e compreensão dos momentos de ausência.

À minha cunhada Cristiane e minha sogra Maria Raquel,
pela disponibilidade e carinho ao cuidar da Anne e do Davi

Aos mais que amigos,
Ana Elisa, Ana Paula, Bel, Deborah, Grazi, Juliana, Letícia, Maria
Luiza, Paula, Rosa, Rogério e Silvia que nessa caminhada
demonstraram amizade e foram essenciais para a realização desse
sonho.

À Silvia e Aline,
que cuidam dos maiores tesouros da minha vida.

À Márcia Regina,
Minha primeira orientadora, sentirei saudades.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo seu imenso amor.

À Prof.^a Dr.^a Zeyne Pires Alves Scherer, pela dedicação, conhecimento transmitido, disponibilidade, ética, paciência e tranquilidade como me conduziu por todo esse processo. Agradeço principalmente por ter respeitado minha decisão de ausentar-me do Doutorado quando precisei.

Ao Prof. Dr. Sérgio Kodato, pelas valiosas contribuições e por compartilhar tão grande conhecimento.

À Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia Machado, pelas relevantes sugestões que possibilitaram maior clareza deste trabalho.

À Prof.^a Dr.^a Ana Marcia Spano Nakano pelas contribuições e sugestões na Qualificação.

À Prof.^a Dr.^a Márcia Regina Antonietto da Costa Melo, por ter sido um exemplo como pessoa e profissional, por me aceitar como orientanda desde a graduação e por ter me deixado como lição que a família deve sempre vir em primeiro lugar.

À Prof.^a Juliana Martins, pelas transcrições realizadas e pela amizade de sempre.

À Prof^ª Maria Cristina Capel, Enf^ª e amiga Maristela Sales e a FAMEMA, por me dispensarem das atividades de enfermeira para cursar as disciplinas do Doutorado e por sempre me apoiarem.

Aos psiquiatras Prof.^a Dr.^a Valéria Garcia Caputo, Dr.^a Paula Petersen, Dr. Venício Onofre e Dr. Antonio Tonhom que por meio de suas práticas ensinaram-me ser possível cuidar de maneira ética e inclusiva.

À Simone Alves Cotrin Moreira, coordenadora da Saúde Mental de Marília, obrigada pelo apoio e por dividir seu conhecimento.

Ao CNPQ, pelo financiamento desse estudo.

Muito obrigada!

“A desconstrução do manicômio implica necessariamente reinventar não só a psiquiatria, mas – no limite – a própria sociedade em que vivemos”.

Benilton Bezerra Júnior

RESUMO

SARTORI, N. R. **Representações Sociais sobre o “louco” e a “loucura”: concepções e práticas de profissionais da Atenção Básica**. 2015. 132 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

A “loucura” e o “louco”, ao longo dos tempos, tiveram sua concepção compreendida, pensada e teorizada de diversas maneiras, em diferentes momentos históricos. No Brasil, a atenção à saúde mental é marcada pela perspectiva asilar e centrada na doença, fragmentando o indivíduo e suas necessidades. No âmbito das políticas públicas, relevante atenção ocorre para o estabelecimento de medidas para articular os serviços que dispensam cuidados a pessoa com transtorno mental, substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, ficando evidente o esforço empreendido de não se reduzir a Reforma Psiquiátrica à desospitalização, colocando em pauta ações na atenção básica como componente essencial à desinstitucionalização do cuidado a pessoas com transtorno mental. Objetivou-se com este estudo conhecer e descrever as representações sociais de profissionais de saúde da atenção básica do município de Marília acerca do transtorno mental e da assistência prestada ao doente mental. Tratou-se de um estudo exploratório-descritivo de campo, cujo referencial teórico de investigação foi a Teoria das Representações Sociais (TRS). Os locais de estudo foram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades Saúde da Família (USF) da cidade de Marília. Fizeram parte desse estudo 12 profissionais de saúde. Elegemos a entrevista semi estruturada como instrumento de coleta de dados e para análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. No presente estudo duas categorias emergiram: Representações sociais sobre o “louco” e a “loucura” e Práticas de Saúde e Atenção Básica. Identificamos que as Representações Sociais (RS) sobre o “louco” estão ancoradas na desrazão, na periculosidade, agressividade, incapacidade de relacionamentos interpessoais, com comprometimento familiar e de trabalho. A visão estigmatizante e excludente esteve presente nos discursos de forma implícita e explícita. Alguns profissionais conseguem conceber conviver com a pessoa portadora de transtorno mental em espaços sociais, mas não em espaços privados. Falta de autonomia esteve vinculada à figura da pessoa portadora de transtorno mental, pois o transtorno mental leva a dependência, incapacidade das escolhas e possibilidade de superação. A “loucura” foi representada como de origem psicológica, biológica, espiritual, hereditária, social ou multicausal. A abordagem terapêutica concebida, pela maioria, como eficaz e possível nas UBS e USF foi a prescrição medicamentosa. A figura médica, a medicalização e alienação dos sujeitos, o estigma e a falta de capacitação foram as fragilidades apontadas por este estudo, por outro lado a escuta terapêutica e o acolhimento dos profissionais de saúde constituíram-se aspectos de potencialidades. Em relação à UBS e USF essas foram concebidas como sendo espaços inadequados a cuidar da pessoa portadora de transtorno mental, pois esses indivíduos além de possuírem uma complexidade no atendimento, geram sobrecarga de trabalho e uma demanda afetiva-técnica específica. Muitos conceberam que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são os espaços dentro da Atenção Básica destinados e adequados à essa população e que a Saúde Mental não faz parte das estratégias abordadas pelas Atenção Básica. Pudemos concluir com este estudo que o estigma é a maior barreira para a conquista de autonomia e cidadania da pessoa portadora de transtorno mental e que as práticas profissionais estão ancoradas em nossas representações sociais, só sendo possível transformar os processos sociais e nossas práticas quando admitirmos que nossas representações concebem esses indivíduos como diferentes, excluídos e marginalizados.

Palavras-chave: Assistência ao Paciente. Saúde Mental. Atenção Básica. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

SARTORI, N.R. **Social representations about the “mad” and the “madness”: primary care professionals concepts and practices.** 2015. 132 p. (Doctoral Dissertation) Ribeirão Preto Nursing School, São Paulo University, Ribeirão Preto, 2015.

Throughout the years, mad and madness has had their conception understood, thought through and theorized in many forms and in different historical moments. In Brazil, mental health care is based in homes and centered in the illness, hence, fragmenting the individual and their needs. Regarding public policies, important attention is given establishing ways to replace the hospital-centered model and articulate services that provide care to people with mental disorder. In this way, highlighting the effort undertaken not to reduce the Psychiatry Reform to discharging people from the hospital only. But it is also giving attention to primary care service as an essential element for mental disorder care deinstitutionalization. The purpose of this study is to get to know and describe social representations of primary care health professionals in the city of Marília about mental disorder and also the assistance provided to the mentally ill. It is an exploratory-descriptive field study, whose theoretical background of investigation was the Social Representation Theory (SRT). The places where the study took place were Health Centers and Family Health Centers in the city of Marília. Twelve health professionals took part on this study. The method for data collection was the semi-structured interview and content analyses technique for data analyses. Two categories emerged at the present study; social representations about the “mad” and the “madness” and Health and Primary Care Practices. We identified that Social Representations about the “mad” are based on discerning incapability, dangerousness, aggressiveness, incapability of interpersonal relationships, compromising family and work. The stigmatizing and excluding view were direct and indirectly present throughout the speeches. Some professionals manage to be able to live with mental disorder patients in social environments but not private ones. Lack of autonomy has been related with the mentally disordered patient, because mental disorder takes to dependency, incapability of choosing and possibility of overcoming. “Madness” was represented as having a psychological, biological, spiritual, hereditary, social or multiple cause background. The therapeutic approach conceived by most professionals as efficient and possible at the health centers was drug prescription. Doctors, medicalization, alienation of the subject, stigma and lack of capability were the weaknesses presented by the study. On the other hand, therapeutic listening and the health professionals welcoming were positive aspects. Regarding the Health Centers and the Family Health Centers, they were considered inappropriate to assist mentally disordered patient because these patients demand a complex assistance creating an overload of work and a specific emotional demand. Many conceived that Psychosocial Attention Centers (CAPS in Portuguese) are places inside primary care designed and suitable for this group and that mental health is not part of the strategies approached by primary care. We could conclude based on this study that stigma is the biggest barrier for acquiring the mentally disordered patient’s autonomy and citizenship. Another conclusion is that professional practices are grounded in our social representations being only possible to transform social process and practices when we admit that our representations recognize these group of people as different, excluded and marginalized.

Key words: Patient Care. Mental Health. Primary Health Care. Health Knowledge, Attitudes, Practice. Nursing.

RESUMEN

SARTORI, N. R. **Representaciones sociales sobre el “loco” y La “locura”: concepciones prácticas de profesionales de Cuidados Básicos.** 2015. 132 f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

La “locura” y el “loco”, con el tiempo, han tenido su concepción comprendida, pensada y teorizada de diversos medios, en distintos momentos históricos. En Brasil, el interés por la salud mental es delineada por la perspectiva de asilo y enfocada en la enfermedad, fragmentando el individuo y sus necesidades. En el ámbito de las políticas públicas, ocurre relevante atención para el establecimiento de medidas para articular los servicios dispensados a los cuidados con la persona con trastornos mentales, que substituyen el modelo centrado en el hospital; lo que hace evidente el esfuerzo hecho para no reducir la Mejora Psiquiátrica en lo que concierne a sacar el paciente Del Hospital, poniendo en pauta acciones la atención básica como componente esencial para la desinstitucionalización del cuidado con personas con trastornos mentales. Con este estudio, se ha objetivado conocer y describir las representaciones sociales de profesionales de el area de salud (Cuidados Básicos) de la ciudad de Marília (Estado de São Paulo, Brasil) sobre el trastorno mental y de la asistencia prestada al enfermo mental. Se ha tratado de um estudio exploratorio-descriptivo de campo, cuyo referencial teórico de investigación ha sido la Teoría de las Representaciones Sociales (TRS). Los sitios de estudio han sido las “Unidades Básicas de Saúde (UBS) y las “Unidades Saúde da Família” (USF) de la ciudad de Marília. 12 profesionales de salud han sido parte de este estudio. Elegimos la entrevista semi estructurada como instrumento de recopilación de datos y para análisis de los datos ha sido utilizada la técnica de análisis de contenido. En el presente estudio, dos categorías han emergido: Representaciones sociales sobre el “loco” y la “locura” y Prácticas de Salud y Atención Básica. Hemos identificado que las Representaciones Sociales (RS) sobre el “loco” están ancladas en la “*desrazón*”, en la peligrosidad, agresividad, incapacidad de relaciones interpersonales, con consecuencia negativa para familia y trabajo. La visión estigmatizante y excluyente ha estado presente en los discursos de manera implícita y explícita. Algunos profesionales han logrado convivir con la persona portadora de trastorno mental en espacios sociales, pero no en espacios privados. Falta de autonomía ha estado vinculada a la figura de la persona portadora de trastorno mental, pues el trastorno mental lleva a la dependencia, incapacidad de elección y posibilidad de superación. La “locura” ha sido foi representada como teniendo origen psicológico, biológico, espiritual, hereditario, social o de varios factores. El enfoque terapêutico concebido, por la mayoría, es es que la prescripción médica es efectiva y posible en las UBS e USF. La figura médica, la medicalización y alienación de los sujetos, el estigma y la falta de capacitación han sido las fragilidades mencionadas por este estudio; em cambio, la escucha terapéutica y la acogida de los profesionales de salud han constituido aspectos de potencialidades. Las UBS y USF han sido mencionadas como espacios inadecuados para los cuidados con persona portadoras de trastornos mentales, pues esos individuos, además de poseer una complejidad en el atención médica, generan sobrecarga de trabajo y una necesidad afectiva-técnica específica. Muchas personas concluyeron que los “Centros de Atenção Psicossocial” (CAPS) son los espacios en la Atención Básica destinados y adecuados a esa población y que la Salud Mental no hace parte de las estrategias abordadas por la Atención Básica. Hemos podido concluir con este estudio que el estigma es la mayor barrera para la conquista de autonomía y ciudadanía de la persona portadora de trastornos mentales y que las prácticas profesionales están ancladas en nuestras representaciones sociales, siendo posible solamente transformar los procesos sociales

y nuestras prácticas cuando admitamos que nuestras representaciones conciban esos individuos como diferentes, excluidos y marginados.

Palabras Clave: Atención al Paciente. Salud Mental. Atención Primaria de Salud. Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud. Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma: categorias estabelecidas pela Análise de Conteúdo, segundo Bardin (1977).....	56
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição da caracterização dos sujeitos quanto a sexo, faixa etária, situação conjugal, religião, categoria profissional, tempo de formação, tempo de vínculo com a instituição e carga horária	54
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAOIM	Centro de atendimento à obesidade infantil de Marília
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CID-10	Códigos da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DRS	Divisão Regional de Saúde
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ESF	Equipe Saúde da Família
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NTI	Núcleo Técnico de Informática
OMS	Organização Mundial de Saúde
RS	Representações Sociais
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviço de Residência Terapêutica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 A loucura e o louco: representação da assistência psiquiátrica	17
1.2 A Assistência psiquiátrica no Brasil e seu processo de reforma	23
1.3 Estigma na assistência ao doente mental	29
2 OBJETIVOS	34
2.1 Objetivo geral	35
2.2 Objetivos específicos	35
3 REFERENCIAL TEÓRICO DE INTERPRETAÇÃO	36
3.1 As Representações Sociais	37
4 MÉTODO	44
4.1 Breves considerações metodológicas	45
4.2 Tipo de estudo	45
4.3 Local do estudo	46
4.4 Sujeitos da pesquisa	47
4.5 Procedimento	48
4.6 Instrumento para coleta de dados	49
4.7 Tratamento dos dados	50
4.8 Procedimento ético	53
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
5.1 Caracterização dos sujeitos	55
5.2 Apresentando as categorias identificadas	57
5.2.1 Categoria 1: Representação social sobre o louco e a loucura	58
5.2.2 Categoria 2: Práticas de saúde e a Atenção Básica	81
CONCLUSÕES	104
REFERÊNCIAS	110
APÊNDICES	125
APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido	126
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista	127
APÊNDICE C – Estudo Piloto	129
ANEXOS	130
ANEXO A – Parecer do projeto de pesquisa enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia de Marília – UNESP	131

Minha trajetória acadêmica teve início em 1999, quando ingressei no Curso de Enfermagem, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Durante a graduação, aproximei-me do universo das pesquisas, quando, por dois anos, fui bolsista de iniciação científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ). Nessa época, minha afinidade era com a área hospitalar, o que culminou, no mestrado, e com o aprofundamento de estudos envolvendo pessoas com deficiência física pós-traumatismo raquimedular.

Com o seu término, busquei dedicar-me à docência, tendo exercido-a por seis anos. Após esse período, mudei de cidade, e ingressei em uma instituição como enfermeira assistencial em ambulatório de saúde mental. Ao me deparar com esse novo universo, percorrido somente na minha formação acadêmica, inquietei-me.

Essa inquietação estava ligada, à primeira vista, pela não afinidade com a saúde mental e desconhecimento sobre ela. Com o passar dos meses, mergulhei nesse angustiante e instigante território. Angustiante por não compreender como as práticas, os conceitos, os preconceitos e as atitudes são as mais divergentes em relação à pessoa com transtorno mental. E instigante, porque, até hoje, nenhuma teoria consegue defini-la com um único conceito, com uma única explicação, possuindo diferentes linhas e abordagens para se explicar e cuidar das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Durante o desenvolvimento desse projeto, percebi que, apesar do campo saúde mental constituir-se um novo universo, minhas inclinações sempre estiveram presentes em meus inquietamentos, tornando-me consciente de que as populações “reconhecidas” como vulneráveis ao estigma e exclusão sempre despertaram meu interesse e que, esse primeiramente estava voltado à pessoa com deficiência física pós-traumatismo raquimedular e agora às pessoas portadoras de transtorno mental.

Foram apenas três anos dedicados à assistência, contudo, foram anos de um enriquecimento infinito, o qual transformou-me como pessoa e profissional de saúde, conseguindo ampliar meu olhar, modificar minha assistência, a compreender que muitas vezes, temos a tendência de afastar e excluir aquilo que reconhecemos em nós mesmos.

Dessa maneira, retornei ao doutorado, buscando compreender porque a loucura e o “louco” provocam ambíguas práticas no seu manejo, despertando nos profissionais de saúde o medo, a repulsa, a angústia, a compaixão, o estigma, a pena, a raiva, entre outros sentimentos e atitudes, as quais muitas vezes, segregam, expõem e ignoram as pessoas portadoras de transtorno mental.

1.1 A loucura e o louco: representação da assistência psiquiátrica

Saúde e doença adquirem diversos significados consoantes com o momento histórico, sendo esses conceitos definidos pelas políticas econômicas, aspectos culturais e psicossociais e pelas políticas de saúde (OSINAGA, 2004). Segundo Vietta e Kodato (2001, p. 233) “o conceito de saúde e doença são constituídos de múltiplas significações para as práticas terapêuticas, significações estas que determinam condutas, atitudes e decisões com relação ao processo de tratamento”.

Vietta e Kodato (2001) observaram em seu estudo sobre “Representações sociais de doença mental em enfermeiros psiquiátricos”, que os saberes científicos entrelaçam-se ao do senso comum, gerando diversas imagens do doente mental e de sua doença, desde a mais negativa a mais compreensiva e que a história da loucura pode ser interpretada como a história de sua própria representação já que a assistência prestada a pessoa com transtorno mental sempre esteve implícita de um conceito de doença mental, como expressão das representações ideológicas que circulam no imaginário social. Refletem ainda, ser necessário investigar as representações que circulam entre os agentes de saúde e o modo como incorporam os saberes sobre a “loucura” e o “louco”, as quais foram produzidas ao longo dos tempos e que, ainda hoje influenciam as atitudes dos profissionais de saúde.

A loucura e o “louco”, ao longo dos tempos, tiveram sua concepção compreendida, pensada e teorizada de diversas maneiras, em diferentes momentos históricos. Segundo Isaías Pessotti (1994), a história da loucura deveria se iniciar com a própria história da humanidade.

Na Grécia Antiga, a loucura foi concebida pelas mais diversas formas. Sócrates e Platão concebiam que algumas formas de loucura eram privilégios, pois era por meio dos delírios que se tinha acesso às verdades divinas. Mesmo acreditando nesse discurso, não viam o “louco” como anormal, e que necessitasse afastá-los de seu convívio (SILVEIRA; BRAGA, 2005). Nessa mesma época, também se acreditava que a loucura era produto do capricho dos deuses, e que esses poderiam dar ou tirar a razão dos homens conforme o desejassem, levando o homem a comportamentos bizarros e nocivos, podendo desaparecer se assim os deuses permitissem (PESSOTI, 1994; SILVEIRA; BRAGA, 2005; SILVA; ZANELLO, 2010).

Após esse período, a loucura passa a ser compreendida como castigo divino, adquirida por algum ato que o homem tenha realizado, irritando ou desafiando um deus (PESSOTI, 1994; SILVA; ZANELLO, 2010).

Platão considera que o homem é composto por três almas, sendo uma racional, uma afetivo-espiritual e uma terceira, apetitiva, formando assim a *psyché* humana. Sendo assim, a loucura estaria relacionada ao desequilíbrio dessas três estruturas, fazendo com que a alma racional perdesse o controle (CECCARELLI, 2005).

Hipócrates, com a teoria organicista, pensa a loucura como desarranjo da natureza orgânica do homem, desencadeada pelo desequilíbrio dos humores (sangue, fleugma, bílis amarela e bílis negra). Essa nova teoria afasta por completo a ligação entre loucura e a divindade e terá imensa influência na medicina nos séculos XVIII e XIX. No século II, o médico Cláudio Galeno aprimora a teoria das três almas, embasada nos desarranjos humorais, apresentados por Hipócrates (CECCARELLI, 2005).

E é com o fim da concepção da loucura atrelada ao mítico que o “louco”, “em pouco tempo passará a ocupar o lugar de representante simbólico do mal” (SILVEIRA; BRAGA, 2005, p. 593).

No final da Idade Média até a Idade Moderna nasce a Teoria Demonicista. O doente mental passa a ser visto como um possuído pelo demônio, dessa forma o tratamento antes humanitário fora mudado para os espancamentos, privação de alimentos, torturas generalizadas e indiscriminadas e aprisionamento para que estes se livrassem das possessões (SILVA; ZANELLO, 2010; CECCARELLI, 2005).

Nos séculos XV e XVI, as explicações religiosas em relação à loucura começam a enfraquecer, dando espaço aos estudos da medicina, influenciada pelas ideias de Galeno, passando a assimilar a loucura dentro dos componentes psicológicas, surgindo assim a noção de alienado (CECCARELLI, 2005).

Foucault (2010) narra que a partir do final do século XVI, rompe-se a visão da “loucura” ligada a divindade, castigo e esta passa a ser vista por meio da racionalidade, da moralidade, e é nesse momento onde são criados os locais para internamento.

Apesar de tantas interferências ainda visíveis, a divisão já está feita; entre as duas formas de experiência da loucura, a distância não mais deixará de aumentar. As figuras da visão cósmica e os movimentos da reflexão moral, o elemento trágico e o elemento crítico irão doravante separar-se cada vez mais, abrindo, na unidade profunda da loucura, um vazio que não mais será preenchido (FOUCAULT, 2010, p. 27).

No século XVII já existiam hospitais para os excluídos socialmente, grupo constituído pelos doentes mentais, criminosos, mendigos, inválidos, portadores de doenças venéreas e libertinos.

Sob influência do modo de internamento, tal como ele se constituiu no século XVII, que a doença venérea se isolou, numa certa medida, de seu contexto médico e se integrou, ao lado da loucura, num espaço moral e de exclusão (FOUCAULT, 2010, p. 8).

E esses locais de internamento, segundo Foucault (2010) eram designados como locais naturais para esses excluídos. Embora a loucura tivesse passado do campo mitológico para o âmbito médico, ainda a medicina não tinha elementos para defini-la.

Apesar de se perceber que desde a Idade Média já existiam mecanismos de exclusão do louco, ainda não é aí que a loucura vai ser percebida como um fenômeno que requeira um saber específico, pois os primeiros estabelecimentos criados para circunscrever a loucura destinavam-se simplesmente a retirar do convívio social as pessoas que não se adaptavam a ele (SILVEIRA; BRAGA, 2005, p. 593).

Mas é no final do século XVIII, século conhecido como o da razão, e início do século XIX com Philippe Pinel, que a loucura reduz-se à categoria médica, passando a ser considerada doença mental e conduzida pelo discurso psiquiátrico (CECCARELLI, 2005; SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Surge então o apego às observações como procedimentos para se evitar as possíveis distorções sobre as causas da loucura. Também se observa o surgimento do hospital como espaço terapêutico, o qual deveria ser conduzido por regras e vigilância. Não havia mais grilhões, havia muros (CECCARELLI, 2005; SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Silveira e Braga (2005) descrevem que são nesses espaços, locais terapêuticos, que o “louco”, vivendo sob controle médico, é institucionalizado, afastado do convívio social, e tem sua imagem atrelada a pessoa perigosa, inconveniente e incapaz de conviver socialmente.

Dentro desse espaço esquadrihado, percebe-se uma institucionalização das relações lá exercidas, tornando-se um mundo à parte, afastando cada vez mais o indivíduo de suas relações exteriores. O discurso que alimenta esse sistema percebe os loucos como seres perigosos e inconvenientes que, em função de sua “doença”, não conseguem conviver de acordo com as normas sociais. Retira-se, então, desse sujeito todo o saber acerca de si próprio e daquilo que seria sua doença, ao mesmo tempo em que se delega esse saber ao especialista (SILVEIRA; BRAGA, 2005, p. 593).

Também é com Pinel, que nasce uma psiquiatria que pela primeira vez, trata o louco como ser humano, e é nesse “momento em que a jurisprudência da alienação se torna condição indispensável para todo o internamento” e este internamento do homem social

significa reconhecê-lo como incapaz e louco, na qual a sociedade identificando suas “extravagâncias”, limita-o na sua existência jurídica (FOUCAULT, 2010, p. 132).

Esquirol, sucessor de Philippe Pinel, ao dar continuidade às observações das alterações psíquicas e comportamentais dos doentes mentais, amplia seus conceitos e reforça existir diversas causas da loucura, porém, todas devem ser consideradas como disfunções racionais. Nessa época, a psiquiatria estava focada na doença e em seus sintomas, através da bandeira “conhecer para classificar”. As grandes preocupações permeavam a esfera do classificar para rotular as organizações psíquicas, todas comparadas às referências das normalidades do século vigente, ainda nos espaços fechados (CECCARELLI, 2005).

E é por meio dessa classificação e observação que surge o termo “psicopatologia”, o qual inaugura, desde o século XIX, a tradição médica percebida até hoje, nos Tratados de Psiquiatria, onde busca-se descrever minuciosamente e classificar de maneira sistemática as doenças mentais. Esse sistema de classificação tem como grande crítica a não consideração da subjetividade, tanto daquele que está sendo classificado como aquele que classifica, pois “o olhar de quem olha não é imune à sua própria organização subjetiva” (CECCARELLI, 2005, p. 473).

É também no século XIX que há um “entrecruzamento entre Psiquiatria e Psicanálise”, Freud com suas hipóteses sobre aspectos inconscientes da dinâmica psíquica, possibilita outro olhar para compreender as formas ditas sadias/normais e patológicas, contribuindo para a representação da doença mental como consequência a traumas infantis. Dessa forma, a psicanálise adentra o campo do saber e do fazer, porém é questionada incessantemente por estudiosos como Foucault e Castel e também por psiquiatras italianos como Franco Basaglia e Mario Tomasini (SILVA, 2001; VIETTA; KODATO, 2001).

Mais de dois séculos após a liberdade dos “loucos”, concebida por Pinel, o ritmo nos asilos manicomiais ainda era marcado por regras forçadas e mortificações, as quais levavam a inquietação e indignação de alguns psiquiatras, entre eles Franco Basaglia. Este acreditava que, no momento em que a pessoa com transtorno mental transpunha os muros do internamento, uma nova dimensão de vazão emocional se estabelecia, aniquilando por completo a individualidade da pessoa (BASAGLIA, 2005).

Se a doença mental, em sua própria origem, é a perda da individualidade e da liberdade, no manicômio o doente não encontra outra coisa senão o espaço onde se verá definitivamente perdido, transformado em objeto pela doença e pelo ritmo do internamento. A ausência de qualquer projeto, a perda de um futuro, a condição permanente de estar à mercê dos outros, sem a mínima iniciativa pessoal, com seus dias fracionados e ordenados segundo

horários ditados unicamente por exigências organizacionais que – justamente enquanto tais - não podem levar em conta o indivíduo singular e as circunstâncias particulares de cada um: este é o esquema institucionalizante sobre o qual se articula a vida do asilo (BASAGLIA, 2005, p. 25).

E é por meio desse descontentamento e sentimento de libertar a pessoa com transtorno mental que a psiquiatria é conduzida a considerar a questão do doente mental fora dos espaços manicomiais e impulsionada a repensar a loucura e o destino do “louco”, pois muitos percebiam que “o objeto da psiquiatria não é mais o paciente que dá medo, mas o homem doente que tem medo” (EY, 1964¹ apud BASAGLIA, 2005, p. 26).

De fato, a psiquiatria clássica limitou-se a definir e explicar a doença, extirpando desse homem a sua realidade e seu contexto social, conduzindo-o a aderir uma doença abstrata, simbólica e ideológica. Limitando a “loucura” a ocupar uma posição, por vezes irreversível, como uma categoria para além do humano, por uma ciência que precisava separar e excluir aquilo que não compreendia (BASAGLIA, 2005).

Por isso, enquanto medo, recusa e exclusão ao doente mental não se extinguir na sociedade, mediante mudanças nas estruturas sociais, enquanto a distância entre normais e anormais não se encurtar em seu reconhecimento mútuo, enquanto a barreira de preconceitos que os separa não cair, “a doença mental continuará a apresentar-se como a face do excluído”, mesmo que novos espaços de cuidado surjam, pois corre-se o risco de os transferirmos para dentro de “muros transparentes” (BASAGLIA, 2005, p. 57-58).

Como elucidada Jodelet (2005, p. 37),

As transformações da prática psiquiátrica, com a abertura dos hospitais, a setorização e a terapia comunitária pesam muito nessa mudança de ótica que, entretanto, mantém na sombra o verdadeiro problema da relação com os doentes mentais: a representação da sua doença e do seu estado, a partir da qual se constroem a sua alteridade e o seu status social.

Na contemporaneidade, em muitos países, incluindo o Brasil, luta-se pela extinção de locais de internamento (manicômios) e instituições que visem a reclusão da pessoa portadora de transtorno mental, sugerindo que esses indivíduos sejam assistidos em locais de serviços alternativos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS) (TAVARES; HASHIMOTO, 2008).

¹ EY, H. L'essence de La maladie mentale et La loi de 1838 (aliénation, espace et liberté). *Evolutionary Psychology*, Göttingen, v. 39, p. 1-5, 1964.

No artigo “Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas”, Pitta (2011, p. 4587), esclarece que avançamos nas prescrições e nas diretrizes do Ministério da Saúde, da Justiça, Direitos Humanos, Trabalho e Cultura em relação ao estigma da doença mental e uso de substâncias psicoativas, no entanto, esses avanços estão desarticulados de ações que possibilitem intensamente a prática dessas prescrições e diretrizes. É reforçado também a clara “desqualificação da subjetividade humana nas políticas públicas”, exemplificando assim,

A sistemática negação de direitos que a condição marginal dos usuários de instituições psiquiátricas e de substâncias psicoativas parece determinar, postergar e opacificar qualquer demonstração de factibilidade para as políticas de saúde mental e intersetoriais prescritas.

Também se observa ainda hoje, a psicopatologia, a qual possui classificações como as propostas pelo CID-10 (Códigos da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde) e DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), que enfocam o aspecto biológico da doença mental e carregam uma herança da Psiquiatria Clássica, classificando a pessoa portadora de transtorno mental por uma leitura de seus sintomas. O discurso da não tolerância ao sofrimento, retirando do sujeito o direito de vivência de suas próprias angústias e tristezas fazem parte de algumas práticas como também a promoção da medicalização (TAVARES; HASHIMOTO, 2008; BIRMAN, 2001).

Frente a estas considerações Tavares e Hashimoto (2008), concluem que como em todos os períodos da história, onde sempre foi imposto o ideal de normalidade, o bem e o mal, o normal e o anormal, a norma e a regra e os costumes, que pressupõem a maneira de ser e formas de conduta, ainda estão presente e são iguais nos dias de hoje.

1.2 A Assistência psiquiátrica no Brasil e seu processo de reforma

De acordo com levantamento do Ministério da Saúde, em nosso país, 12% da população possui necessidades esporádicas ou contínuas para atendimento na área de saúde mental, 3% com transtornos mentais severos e persistentes e 6% com transtornos psiquiátricos graves, em decorrência do uso de álcool e drogas (BRASIL, 2011a).

No âmbito das políticas públicas de saúde brasileira, relevante atenção ocorre para o estabelecimento de medidas para articular os serviços que dispensam cuidados a pessoa com transtorno mental, substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. Busca-se espaço para implementação de processos de transformações no sentido da superação da lógica manicomial e ampla rede assistencial de atenção básica, cujas ações estruturam-se em unidades básicas de saúde (UBS), com ou sem Equipes de Saúde da Família (ESF) (VECCHIA; MARTINS, 2009).

Historicamente, a atenção à saúde mental no Brasil é marcada pela perspectiva asilar e centrada na doença, fragmentando o indivíduo e suas necessidades (CESARINO, 1989; VECCHIA; MARTINS, 2009). A institucionalização de um dispositivo legal, que aponte claramente diretrizes para implementar ações voltadas à saúde mental na atenção básica ocorreu somente com a criação da Lei Orgânica da Saúde, por meio da Portaria n.º 224/1992 (BRASIL, 2004).

Essa Portaria estabelece normas para a atenção em saúde mental em nível ambulatorial (UBS, centro de saúde, ambulatório, núcleo e Centro de Atenção Psicossocial) e hospitalar. O atendimento ambulatorial refere-se às ações desenvolvidas a essa população em ambulatórios e UBSs por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo, assistente social) ou não (médico generalista, enfermeira, auxiliares e outros agentes) (VECCHIA; MARTINS, 2009; BRASIL, 2004).

No Relatório Mundial da Saúde, da Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011), encontramos uma preocupação dos autores, onde registram que é lamentável, o que ocorre na maior parte do mundo, pois a saúde mental está longe de ser enxergada como tendo a mesma importância da saúde física, e que em geral, esta é ignorada ou negligenciada.

Vecchia e Martins (2009) referem que, segundo o Relatório de Gestão 2003-2006, da Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde, fica evidente o esforço empreendido de não se reduzir a Reforma Psiquiátrica à desospitalização, colocando em pauta

ações na atenção básica como componente essencial à desinstitucionalização do cuidado a pessoas com transtorno mental.

No Brasil, desde a década de 70, do século XX, os hospitais psiquiátricos estão passando por reestruturações e mudanças políticas e sociais. Todavia, o cuidado dispendido a pessoa portadora de transtorno mental ainda é prolongado, marcado por estigmas e por sucessivas reinternações, principalmente quando o tratamento é destinados às pessoas com transtornos graves (PIAI-MORAIS; ORLANDI; FIGUEIREDO, 2015).

A preocupação de não restringir a Reforma Psiquiátrica somente à desospitalização e de ampliá-la nas ações de cuidado a essas pessoas, talvez, em parte, seja decorrente da “visão preconceituosa tradicionalmente aceita, inclusive por médicos e profissionais da saúde, que considera o doente mental como incapaz de socializar-se, incorporando-o em padrões de rejeição e isolamento” (ANTUNES; QUEIROZ, 2007, p. 210).

Segundo Yasui (2010, p. 117),

o cuidar é a essência de nosso trabalho. Somos profissionais produtores de atos do cuidar. Porém, ao longo de mais de dois séculos, a racionalidade que sustentou e legitimou o cuidar, na psiquiatria, criou instituições e práticas que são mais bem definidas como produtoras de práticas da violência. Não houve cuidar, mas produção de silêncio, negligência, indiferença. As diversas mortes de pacientes nos hospícios, que ainda hoje ocupam as páginas dos jornais e os relatórios de sindicância que habitam as gavetas dos burocratas de plantão, são exemplos que atestam essas afirmações.

Nem todos os profissionais de saúde, conseguiram transcender a lógica da hospitalização, da exclusão, marginalização, da subjugação e da indiferença, a qual foi legitimada ao longo da história. Muitos desses profissionais, estão alocados nos diversos setores de saúde, entre eles, a atenção básica. Em suas práticas de “cuidado”, demonstrando, algumas vezes, resistência ao assistir e acolher esses indivíduos e sua família, eximindo-se da corresponsabilidade do cuidado a essas pessoas.

Segundo Marinho et al. (2011, p. 146), “quando se trata da descrição das práticas profissionais, persiste a assistência inadequada, ainda sob influência biologicista, com predomínio do saber médico e de medidas institucionalizadoras”.

Colaborando com as afirmações acima, Oliveira e Alessi (2005, p. 198), mencionam que “os profissionais/trabalhadores desses serviços estão atuando como agentes da repressão e da manutenção da ordem social”.

Devido a essa resistência e não cuidado à pessoa com transtorno mental, por parte de alguns profissionais de saúde da atenção básica, é que foi despertado o interesse em

estudar e pesquisar sobre esse tema. Enquanto enfermeira de um ambulatório de saúde mental de um hospital-escola, recebi de maneira constante e informal, queixas de pessoas com transtorno mental, referindo atitudes de aversão e discriminação por parte de alguns profissionais na atenção básica.

Atitudes de aversão e discriminação foram interpretados como atitudes de violência a essas pessoas, pois na minha compreensão, a violência transcende o físico, e isolar, excluir, negar atendimento são atitudes de violência.

Essas informações chegavam a mim devido ao papel que desempenhava nesse ambulatório. Assumindo, enquanto enfermeira, a responsabilidade pelo contato com as UBSs ou USFs para contra-referenciar a pessoa com transtorno mental após alta da atenção secundária. A experiência vivenciada por esses indivíduos que chegam para seguimento na atenção básica, não é diferente de outros locais. Percebe-se que tais condutas e atitudes estão presentes no dia a dia de outras cidades, e nas falas de profissionais que convivem e atuam junto a essa população.

O conhecimento de situações semelhantes ocorreu quando cursei as disciplinas do Programa de Doutorado, em contato com profissionais na área da saúde mental de diversas localidades. Discursos de práticas assistenciais omissas e contrárias à lógica da Reforma Psiquiátrica não eram incomuns.

Assim, é possível explicar que essas atitudes e condutas se encontram na contramão da Reforma Psiquiátrica, da Política Nacional de Humanização, Política Nacional de Saúde Mental e Direitos Humanos, diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Lei nº 10.216/01. Lei esta que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e privilegia os serviços de base comunitária como modelo de assistência em saúde mental. Proteção e direitos ainda não alcançados em todos os serviços e setores sociais, após 14 anos de sua sanção e 26 anos de sua elaboração (BRASIL, 2001a).

Como reflete Pitta (2011, p. 4581),

as demandas da saúde mental seguem sendo postergadas: primeiro as criancinhas, depois os velhinhos, a saúde da mulher (como aparelho reprodutor), mais recentemente a dos homens, porque andam morrendo mais e ameaçando a economia e a previdência social.

Apesar da Lei n.º 10.216/01 ter sido reconhecida por muitos profissionais de saúde mental como garantia para a consolidação da Reforma Psiquiátrica em nosso país, a mesma tem caminhado a passos lentos em relação à transformação pretendida. Seus objetivos

destinam-se à inclusão social e ao fim dos leitos em instituições manicomiais; respeito e reintegração da pessoa com transtorno mental à sociedade, garantindo seus direitos enquanto pessoa e usuária do Sistema Único de Saúde. Também propõe atenção integrada a outras políticas sociais e inclusão de ações na atenção básica. Recomenda, ainda, atendimento multiprofissional, contribuindo, assim, para que haja mudanças no modelo de tratamento a pessoa com transtorno mental, por meio de medidas que visem maior convívio com a família e comunidade, implementação de políticas de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas e que mantenha um programa permanente de formação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica. Também alvitra a ampliação dos serviços primários e secundários voltados a essa população, com a implantação da rede de atenção à saúde mental, composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e hospitais gerais com leitos para psiquiatria. Dessa forma, os hospitais psiquiátricos de grande porte vão sendo progressivamente substituídos e deixando o espaço de destaque que até então ocupavam (AMARANTE, 1998; DESVIAT, 1999; BRASIL, 2001a, 2001b, 2002a, 2005).

O Brasil termina o ano 2010 com 1.620 CAPSs e cobertura de 0,66 unidades por 100.000 habitantes, sendo 761 CAPSs I, 418 CAPSs II, 55 CAPSs III, 128 CAPSs e 258 CAPSs AD e 1.288 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) com 2.342 trabalhadores de saúde mental nessas equipes. Em relação aos leitos em hospitais psiquiátricos, em 2010, totalizavam 32.735 leitos, e desse total, 10.780 leitos estavam alocados em 54 hospitais no Estado de São Paulo (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

Apesar dos esforços, a efetividade da Reforma Psiquiátrica só ocorrerá com o fortalecimento de políticas de saúde voltadas aos grupos de pessoas com transtornos mentais severos e de baixa cobertura assistencial; incluindo a consolidação e ampliação de uma rede de atenção de base comunitária e territorial. Rede essa, promotora da reintegração social e de cidadania, com implantação de políticas de saúde mental eficazes no atendimento a pessoas que sofrem com a crise social, a violência e o desemprego (BRASIL, 2010). Outro desafio, ainda a ser equacionado, relaciona-se à produção e transmissão de conhecimento em saúde mental na saúde pública. Esses são gerados pela fragilidade de uma rede de produção de saberes em saúde mental e psiquiatria que considere de maneira efetiva, as peculiaridades e exigências da saúde pública e de seus atores sociais (BRASIL, 2011b).

As necessidades na área de atenção a pessoas com transtorno mental cresceram e se tornaram complexas, exigindo atualizações permanentes e diversificações quanto à forma

de mobilizar e articular as políticas de saúde e outros setores sociais, a fim de construir estratégias inovadoras de cuidado (BRASIL, 2011b).

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, realizada em 2010, apontou grande avanço e crescimento quanto a coberturas de Centros Psicossociais no Brasil e ampliação de equipes de NASF com inclusão de profissionais da saúde mental. Essa estratégia visa garantir melhor articulação entre as equipes de Saúde da Família e as equipes de saúde mental dos municípios, melhorando o acesso e o cuidado a pessoas com transtorno mental e com problemas relacionados ao uso de álcool e drogas. Mas, segundo os próprios dirigentes do Ministério da Saúde, necessita ser melhor monitorada e ainda está em fase de implantação (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011b).

Diante dessa problemática, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental propôs que a saúde mental fosse integral e universalmente inserida em todas as esferas de saúde, de forma que os usuários tenham participação em todos os níveis de atenção. Que tenham, também, a garantia de realizações de ações intersetoriais nas áreas de educação, assistência social e justiça e o desenvolvimento de cooperativas sociais e projetos de inclusão produtiva, sempre respeitando os critérios epidemiológicos e de regionalização (BRASIL, 2010).

Para tanto, propôs o estímulo à comunicação e à participação dos diferentes setores e serviços no âmbito dessas ações, bem como a realização de reuniões intra e intersetoriais sistemáticas, considerando importante promover interlocução efetiva entre as equipes de profissionais que atuam na rede de Saúde Mental e aquelas que atuam na rede intersetorial de Educação, Saúde e Assistência Social dos municípios (BRASIL, 2010).

A rede de serviços de saúde mental deve trabalhar com a lógica do território, de forma integrada aos demais serviços de saúde, fortalecendo e ampliando as ações da Estratégia Saúde da Família, Equipes de Saúde Mental na Atenção Básica e Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Para garantir o atendimento e acompanhamento das pessoas com transtorno mental, em seu próprio território, propõe a obrigatoriedade de equipes de Saúde Mental na Atenção Básica, através das equipes matriciais (BRASIL, 2010).

Em nossa realidade, os serviços de saúde mental são desarticulados dos demais serviços e setores de saúde, dificultando o diálogo, a implantação de ações conjuntas à população com transtorno mental e o cumprimento dos princípios doutrinários do SUS. Além da desarticulação, algumas práticas não garantem à pessoa com transtorno mental a universalidade, a equidade e integralidade, produzindo um “cuidado” negligente, inadequado e, muitas vezes omissivo.

A história revela, portanto, que o cuidado à pessoa com transtorno mental foi sucessivamente caracterizado pela escassez de recursos humanos e um local de abrigo (hospital) com estruturas físicas precárias. A assistência ao doente mental, antes do início da Reforma Psiquiátrica foi descrita como punitiva e desumana, que se utilizava da violência física, psicológica e medidas brutais para tratar a pessoa com transtorno mental. Há relatos ainda na literatura sobre os altos índices de óbito ocorridos nessa população. As intervenções relacionadas à saúde mental eram direcionadas à medicalização e exclusão do “doente mental” da sociedade (AMARANTE, 1998; BRASIL, 2001a, 2001b, 2002a; BREDA, 2006).

Percebe-se que inúmeras transformações ocorreram desde o movimento da Reforma até os dias de hoje. Porém, ainda há mudanças a serem realizadas, como a concepção e aceitação da pessoa com transtorno mental em serviços de saúde não específicos para o atendimento a pessoas com diagnóstico de doença mental.

1.3 Estigma na assistência ao doente mental

Machado (1995, p.33), ao descrever as concepções e práticas sociais, relacionadas a um objeto social, no caso, o doente mental, refere que

aquilo que uma sociedade concebe e imagina sobre determinado objeto social sustenta e legitima as práticas sociais tidas como corretas em relação a ele. Assim, os mitos de pensamento e representações, os mitos e as crenças presentes no imaginário social acerca da loucura são diretamente responsáveis pelas normas de condutas prescritas pela sociedade para a identificação e “recuperação” das pessoas loucas.

Seguindo essa mesma lógica, Alverga e Dimenstein (2006) acreditam que a Psiquiatria de Pinel libertou “o louco” de suas correntes, porém, não conseguiu extirpar as correntes simbólicas da loucura internalizadas historicamente em todos nós. Acrescenta, ainda, que a psiquiatria sempre enfatizou a doença e seu tratamento, reforçando, mesmo que inconsciente, o estigma da pessoa com transtorno mental e sua socialização atrelada a espaços reduzidos e considerados “adequados” a eles, pois só caberia a esses indivíduos a condição de “doente mental”.

Mais do que sabido, a pessoa com transtorno mental traz estigmas arraigados em toda sua vida. A sociedade e inúmeros profissionais de saúde ainda não aboliram tal visão com relação ao tratamento estigmatizante. O não preparo para o seu cuidado, vem, em grande parte, dessa herança histórica que “o louco” carrega.

Cresce-se e se torna profissional em uma cultura concebida de estigmas e preconceitos. Acredita-se que as pessoas com transtorno mental deveriam ser tratados em instituições manicomiais, retirados do convívio social e submetidos, sem escolha, ao tratamento que lhes fosse proposto (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007).

Para nós, cuidar é uma ação destinada a ajudar, ir ao encontro das necessidades, auxiliar, receber e aceitar. Aceitar com suas próprias demandas, com seus mecanismos psíquicos, compreendendo e aprendendo a reconhecer e conceber formas de transformação ou superação dos preconceitos, pois só assim nossa prática profissional será liberta de preconceitos que estigmatizam, excluem, segregam, violam e agridem física, moral e psicologicamente aqueles que deveriam ser o centro do nosso cuidado e atenção.

Uma prática profissional estigmatizante, segregante ou que não considere a singularidade da pessoa portadora de transtorno mental é entendida como uma prática baseada

em violência, pois a violência é um ato de brutalidade, de sevícia e uso e abuso físico ou psíquico. Caracteriza as relações intersubjetivas e sociais definidas por opressão e intimidação, pelo medo ou terror, a qual trata o indivíduo como se fosse “coisa”, irracional, insensível, mudo, inerte ou passivo (CHAUI, 1999).

A violência apresenta vínculo estreito com as estruturas sociais, econômicas e políticas, assim como com os estados interiores dos sujeitos, presentes nas relações dialéticas entre vítimas e agressores, e entre os aspectos coletivos, objetivos e subjetivos. É considerada, portanto, um fenômeno social que nasceu com a sociedade, tornando difícil determinar suas causas e emitir algum sentido para qualquer ato violento (MINAYO, 1999; MINAYO, 2005).

Para a realização deste estudo, consideramos violência qualquer fala ou apontamento que denote uma representação negativa a pessoa portadora de transtorno mental. Importante ressaltar, que denominamos essas representações negativas, por parte dos profissionais de saúde da atenção básica, como uma violência institucional. Como reflete Berzins (2009), dizer que há violência institucional é fácil, o difícil e complexo está na interpretação de suas manifestações em sistemas particulares e compostos de movimentos próprios. Devido a essa complexidade na interpretação das diversas formas que a violência se apresenta é que a utilização das RS fez-se necessária, pois por meio delas, podemos identificar nos discursos dos sujeitos as representações explícitas e implícitas relacionadas a violência institucional.

Ao relacionar os atos inapropriados realizados pelos colegas, profissionais de saúde, relatados pela pessoa com transtorno mental e seus familiares, tem-se, a cada dia, na prática profissional, percebido que tais atitudes são muito próximas àquilo que se é descrito na literatura. Diversos são os atos de violência observados e relatados que chegam de maneira informal, suscitando questionamentos: Por quê tais atitudes ocorrem? Seriam produto da dinâmica da organização do serviço? Despreparo por parte de alguns profissionais? Estigma a essas pessoas portadoras de doença mental? Representação da “loucura” e o do “louco” influenciando a prática profissional?

Alguns autores enfatizam que o cuidado e acolhimento, realizado em um serviço, evidenciam as dinâmicas, os critérios de acessibilidade aos quais os usuários estão submetidos. Ao observar tal dinâmica pode-se captar ruídos nas relações que se estabelecem entre usuários e trabalhadores com o fim de alterá-las, para que se estabeleça um processo de trabalho centrado na pessoa que se assiste. Assim, o acolhimento e cuidado seriam utilizados como tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Deve-se cuidar, acolher, assistir. Deve-se ser terapêutico, e essa prática não deve “basear-se na tutela, mas sim no contrato, no cuidado e no acolhimento da pessoa concreta que, em seu sofrimento, necessita ser cuidada, mas sem que para isso seja destituída de sua autonomia”. Dessa forma, o cuidado seria o cerne, o núcleo da reabilitação psicossocial (BREDA, 2006).

Para Merhy (1998) não há a produção de atos em saúde “usuário-centrados” se os espaços de cuidado não conseguem a produção de trocas de falas e escutas, cumplicidades, responsabilizações, vínculos e aceitações. O que há é um serviço de saúde que produz atos de saúde denominados “médico-centrados”, o qual torna a ação dos profissionais subjugada e gerando um núcleo cuidador empobrecido.

Para que os serviços de saúde mental tornem-se espaços terapêuticos é preciso “demolir a inércia, a compartimentalização, os controles burocráticos” e valorizar a responsabilidade em todos os níveis, “a livre iniciativa, a produtividade, a singularização e a profissionalidade” (ROTELLI, 2001).

É preciso estar aberto à pessoa que se cuida, pois é “o próprio cliente que sabe aquilo de que sofre, qual a direção a tomar, quais problemas são cruciais, que experiências foram profundamente recalcadas” (ROGERS, 2009, p. 13).

O livro “Jardim de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste” traz que o doente mental é percebido, inclusive por profissionais de saúde, como um homem sem poder social ou econômico, uma presença negativa e

“revela-se” como objeto da exclusão, da violência, da agressividade de toda uma sociedade que desejava excluí-lo, mas ao mesmo tempo tornou-se evidente que apenas os “pobres”, os deserdados caíam sob essa violência e essa agressividade (BARROS, 1994, p. 54).

Drummer (2010) observa, em sua prática como assistente social de um CAPS, muitas atitudes desassociadas e descomprometidas com a proposta da Reforma, uma vez que os profissionais têm conhecimento sobre a teoria e o intuito dessa, porém, não articulam esse saber à sua prática. Assegura ainda que é necessário perceber que o sofrimento mental desses indivíduos não se resume somente a ele, há um contexto social, há uma família que compõe sua história. Conclui que há grande distância entre o que se sabe e o que se faz.

Desinstitucionalizar, segundo Drummer (2010), não significa cumprir com o que se almejava desde o início do Movimento da Reforma Psiquiátrica, faz-se necessária a desconstrução da lógica manicomial. Refere ser imprescindível mudanças daquilo que se

propôs no dia a dia, daquilo que se reproduz ou se produz, fazendo um movimento de reconstrução ou legitimação a partir do nosso próprio movimento. No entanto, o autor elucida que romper com a lógica manicomial exige postura ético-política, desconstrução interna dos “manicômios mentais”, a partir daqueles que atuam nos serviços. Por manicômios mentais, o autor os percebe como as práticas realizadas pelos profissionais incoerentes e que aniquilam o potencial da pessoa com transtorno mental, como agente do seu processo de melhora.

Haguette (1999) observa uma visão de sociedade ou de vida humana constituída por grupos, com grupos ou sociedades formadas por indivíduos que interagem, alinham e direcionam suas ações e atitudes, atribuídas de significados, sendo que os atores sociais são capazes de interagir uns com os outros, modificando a realidade.

Acredita-se que, para mudanças ocorrerem, não bastam apenas cenário e roteiro favoráveis, necessita-se de atores sociais dispostos a vivenciar e assemelhar-se à Reforma Psiquiátrica, que não ocorrerá se o seu intento não se encontrar internalizado nos indivíduos que a representam em suas práticas assistenciais e/ou na elaboração de estratégias.

As exposições acima ainda são muito próximas da realidade vivenciada em nosso meio, a qual reforça a proposição da concepção estigmatizante sobre a pessoa com transtorno mental relacionada à prática. Sendo assim, parece que só é possível fazer mudança desse paradigma quando entendido e desvelado o significado que esses indivíduos representam para nós, profissionais.

As famílias, assim como os profissionais de saúde que atuam nessa área e a sociedade em geral, necessitam compreender a “loucura” e o louco de forma diferente daquela que segrega e o exclui socialmente e que, historicamente, se concretizaram como métodos de abordagem aos transtornos mentais.

Diante dessas elucidações, optou-se pela utilização de uma abordagem teórica que pudesse resgatar as construções dos pensamentos, cujo objetivo último é a orientação para o cuidado à pessoa com transtorno mental, empregando-se, neste estudo, a Teoria das Representações Sociais, a qual descreve como os seres humanos atuam em um mundo que eles mesmos definem, agindo de acordo com aquilo que foi concebido/definido pelas situações vivenciadas. As representações sociais, como sistemas de interpretação, regem as relações com o mundo e com os outros, orientando e organizando as condutas e as comunicações sociais (JODELET, 2005).

Formula-se, aqui, o pressuposto no qual se age de acordo as concepções internalizadas, conforme simbolizamos o nosso “objeto” de cuidado, muitas vezes, nem sempre de maneira consciente.

Percebe-se, assim, a necessidade de desvelar as RS dos profissionais sobre a pessoa portadora de transtorno mental, pois acreditamos só ser possível modificar aquilo que é compreendido e representado. Por conseguinte, este estudo tem o intuito de explorar a relação entre a prática de profissionais de saúde e suas representações sociais, para entendermos até que ponto uma influencia a outra. Sendo assim questionamos: como RS influenciam na prática profissional? Quais são as potencialidades e fragilidades dessa prática embasada nas RS sobre a “loucura e o louco”? À vista disso, pretende-se trazer subsídios para que profissionais de saúde atuem de forma eficiente e consciente, contribuindo para a mudança de cenários com problemáticas equivalentes.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Conhecer as representações sociais de profissionais de saúde da atenção básica do município de Marília acerca do transtorno mental e da assistência prestada ao doente mental.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever as representações sociais de profissionais de saúde da atenção básica do município de Marília sobre o transtorno mental;
- Compreender e descrever os significados atribuídos pelos profissionais de saúde da atenção básica do município de Marília à experiência de assistir ao doente mental;
- Identificar e descrever as fragilidades e as potencialidades vivenciadas pelos profissionais de saúde da atenção básica do município de Marília na assistência prestada ao doente mental.

3 REFERENCIAL TEÓRICO DE INTERPRETAÇÃO

3.1 As Representações Sociais

Para a presente investigação utilizamos a Teoria das Representações Sociais (TRS) como referencial teórico.

As Representações Sociais (RS) são conjuntos de crenças e saberes socialmente construídos e compartilhados, com os quais e pelos quais pensamos, falamos, decidimos, nos apropriamos do mundo e lhe damos sentido (MOSCOVICI, 2012).

As RS são entidades quase tangíveis; circulam, se cruzam e se cristalizam continuamente através da fala, do gesto, do encontro do universo cotidiano. A maioria das relações sociais efetuadas, objetos produzidos e consumidos, comunicações trocadas estão impregnadas delas (MOSCOVICI, 2012, p. 39).

E é por meio dessa concepção que a TRS resultará em respostas às minhas inquietações, pois as atitudes, falas e práticas de alguns profissionais de saúde, com os quais me deparei durante a prática profissional traziam elementos culturais e de senso comum sobre a imagem do “louco”, atitudes que muitas vezes eram preconceituosas e subestimavam a capacidade da pessoa portadora de transtornos mentais, excluindo-a quando expressavam que as UBSs não conseguiriam acolher “tais indivíduos”.

A Teoria das RS foi construída a partir da teoria de Representação Coletiva desenvolvida por Durkheim, que diferenciava o aspecto individual do coletivo, ou seja, considerava o sujeito desassociado do seu contexto social. Esse autor concebia que essa teoria seria uma classe baseada em fenômenos psíquicos e sociais, compreendendo o que intitulamos ciência, ideologia e mito, separando o aspecto individual do social e, paralelamente, a linha perceptiva, da intelectual do funcionamento coletivo. Durkheim, “diz que a vida social é a condição de todo pensamento organizado – e também a recíproca”, entretanto, não explica como se dá a organização do pensamento, fazendo com que a noção de representação perca sua clareza (MOSCOVICI, 2012, p. 39).

Entretanto, foi com Serge Moscovici, que as RS são estruturadas e concebidas como as conhecemos hoje, tendo desenvolvido-a em sua obra intitulada *Psychanalyse, son image et son public*, em 1961. Em sua tese, Moscovici parte do pressuposto de que existem diversas formas de conhecer e se comunicar, conduzidas por objetivos diferentes, definindo duas delas: a consensual e a científica.

Para Arruda (2002, p. 130),

Universo consensual – [...] Aquele que se constitui principalmente na conversação informal, na vida cotidiana. As Representações Sociais constroem-se mais frequentemente na esfera consensual, embora as duas esferas não sejam totalmente estanques. As sociedades – são representadas por grupos de iguais, todos podem falar com a mesma competência. A Representação Social é o senso comum, acessível a todos.

Universo reificado (ou científico) – Se cristaliza no espaço científico, com seus cânones de linguagem e sua hierarquia interna. A sociedade é de especialistas onde há divisão de áreas de competência. Aqui é a Ciência que retrata a realidade independente de nossa consciência; estilo e estrutura fria e abstrata.

No capítulo introdutório da obra *Representações Sociais – Investigações em Psicologia Social* de Moscovici, reforça-se que Durkeim vê as representações coletivas como formas estáveis, fixas, estáticas de compreensão coletiva, já Moscovici enfatiza a qualidade dinâmica das RS, explorando a variação e a diversidade das ideias coletivas, variedade esta que retratam a falta de homogeneidade das sociedades, com a consequente distribuição desigual de poder e heterogeneidade de representações (MOSCOVICI, 2012).

Para Moscovici, as RS propõem uma conexão entre o psicológico e o social, julgando indivisível sujeito, objeto e sociedade (PATRIOTA, 2007). Moscovici admite não existir recorte entre o universo exterior e o do indivíduo (ou do grupo). Sujeito e objeto não são totalmente heterogêneos em seu campo comum. O objeto está entremeadado em um contexto dinâmico, pois é parcialmente idealizado pelo sujeito ou pelo grupo como anexo de seu comportamento e, “para eles, só existe como função dos meios e dos métodos que permitem conhecê-lo”. Assim, quando uma pessoa expressa uma opinião sobre algo (objeto), deve-se presumir que já possui uma representação sobre o objeto e sua fala reflete um estímulo a algo já formulado. Isso nos dá a entender que a resposta não é uma reação ao estímulo, mas, sua origem (MOSCOVICI, 2012, p. 45).

Moscovici (2012, p. 46), continua afirmando que

A própria enquete, meio de observação, executa um recorte análogo. A pessoa que responde a um questionário faz mais do que escolher uma categoria de respostas; ela transmite uma mensagem específica. Expressa o desejo de ver as coisas evoluírem num ou noutro sentido; procura a aprovação ou espera que sua resposta lhe traga uma satisfação de ordem intelectual ou pessoal.

Se a fala e as atitudes refletem um estímulo a algo já elaborado, para que o comportamento de um sujeito, ou dos profissionais de saúde seja alterado, necessário se faz, primeiramente, identificar os conceitos internalizados, desconstruí-los e reformulá-los a partir de um conhecimento mais consciente e coerente, onde se possa conceber a pessoa com transtorno mental, como um indivíduo real, humano, com desejos, necessidades e direitos iguais a qualquer outro indivíduo.

Desta maneira, acreditamos que, além do discurso da Reforma Psiquiátrica, com suas leis e políticas de saúde que buscam contemplar e garantir o direito, a assistência, os espaços de cuidados e práticas profissionais adequadas, as estratégias que atuam na esfera do imaginário social, das representações sociais, se tornam vitais para que sujeito e sociedade simbolizem a imagem do portador de transtorno mental de uma nova forma, dando lhes um novo sentido.

Segundo Denise Jodelet, sempre temos a necessidade de nos questionar sobre o que temos a ver com o mundo que nos cerca e como podemos solucionar e/ou entendermos os conflitos existentes (JODELET, 2001).

Frente a esse mundo de objetos, pessoas, acontecimentos ou ideias, não somos (apenas) automatismos, nem estamos isolados num vazio social: partilhamos esse mundo com os outros, que nos servem de apoio, às vezes de forma convergente, outras pelo conflito, para compreendê-lo, administrá-lo ou enfrentá-lo. Eis por que as representações são sociais e tão importantes na vida cotidiana... Elas circulam nos discursos, são trazidas pelas palavras e veiculadas em mensagens e imagens midiáticas, cristalizadas em condutas e em organizações materiais e espaciais (JODELET, 2001, p. 17).

Se as representações sociais conduzem à nomeação e definição dos diferentes aspectos da nossa realidade cotidiana, de maneira a interpretá-los, preceituá-los e, se o caso, posicionando-nos a defendê-los, rejeitá-los ou renegá-los, nosso estudo encontra-se amparado em suas diretrizes, pois parte de uma necessidade de conhecer, identificar, tornar familiar e propor alternativas para mudança das práticas profissionais e de seus discursos, os quais, muitas vezes, são conflituosos e divergentes em relação ao apregoado pela Reforma Psiquiátrica.

As RS têm como propósito tornar algo não familiar em familiar. Essa familiarização sempre é um processo construtivo de ancoragem e objetivação, no qual, o não familiar, passa a ocupar um lugar dentro do mundo familiar (MOSCOVICI, 2011, p. 20). O familiar é o que nos é conhecido, o senso comum, salvo de qualquer risco, atrito ou conflito, confirmando nossas crenças, reforçando nossa tradição, mais do que as contradizendo. Os

universos consensuais são universos familiares, objetos, indivíduos e acontecimentos são identificados e entendidos em relação a prévios encontros e modelos (MOSCOVICI, 2011; REIS; BELLINI, 2011).

Assim, a memória predomina sobre a dedução, “o passado sobre o presente, a resposta sobre o estímulo e as imagens sobre a ‘realidade’” (MOSCOVICI, 2011, p. 55).

O não familiar é o que nos causa conflito, é o desconhecido. São os universos reificados que elaboram o não familiar e que diferem, de muitas maneiras, das opiniões familiares (universo consensual), das experiências pessoais e dos boatos. O indivíduo pode deparar-se com o não familiar quando as fronteiras e ou convenções desaparecem, quando as distinções entre abstrato e concreto se tornam confusas, quando qualquer comportamento, pessoa ou relação impedem-no de reagir de maneira habitual, fazendo com que não encontre aquilo que esperava, permanecendo com uma sensação de incompletude e imprevisibilidade (MOSCOVICI, 2011; REIS; BELLINI, 2011).

O não familiar é incorporado ao universo consensual por meio de RS; desse modo torna-se familiar, o não-familiar (GUARESCHI; NAUJORKS, 2006). Em decorrência dessa incorporação, a pessoa com transtorno mental nos incomoda, por serem ou não como nós; são percebidos sem serem notados; sua irreabilidade torna-se aparente quando estamos em sua presença, quando nos imposto o convívio. O medo do que é estranho ou dos estranhos está profundamente arraigado. Sendo assim, o ato de re-apresentação é uma maneira de substituir o que incomoda, que perturba - “do exterior para o interior, do longínquo para o próximo” (MOSCOVICI, 2011).

Para isso, primordiais são os processos de ancoragem e objetivação, que como já dito, familiarizam o não familiar.

Ancorar significa categorizar, reduzir a imagens comuns, colocar algo em um contexto familiar, transformar algo estranho e perturbador, em um modelo que se encaixe em uma categoria apropriada e conhecida, fornecendo-lhe características para que nela se enquadre (MOSCOVICI, 2011). Cumpre salientar, que perante a sociedade, os objetos não classificados e ou que não possuem nome são estranhos, inexistentes e, ao mesmo tempo, ameaçadores. Quando não se consegue avaliar algo, ocorre distanciamento, com consequentes comportamentos resistentes ao desconhecido. O primeiro passo para transpô-los, é reduzir o objeto ou uma pessoa a uma categoria, rotulando-o. A partir desse marco, passa-se a emitir opiniões, falas e avaliações, mesmo que superficiais, tornando possível sua representação no “mundo familiar”, dando sentido ao que é concreto (MOSCOVICI, 2011; PATRIOTA, 2007).

Categorizar um objeto ou uma pessoa significa eleger um dos modelos armazenados na memória, estipulando uma relação positiva ou negativa.

Como a própria história da loucura revela, ao longo dos tempos, sempre estipulamos, quanto ao “louco”, mais relações negativas que positivas. Estamos sujeitos a eleger um dos modelos armazenados e, em sendo ele negativo, as diferenças, distanciamento e resistência à pessoa com transtorno mental perdurarão, estabelecendo práticas de cuidado alicerçadas nessas representações.

A escolha por esta ou aquela teoria constituirá as representações, tendo a ver com “a carga afetiva do seu tempo vivido, bem como com as mediações do grupo, da família, das instituições (religiosas, de saúde e outras), definidas pelo lugar social onde ocorre o compartilhar (interações sociais)” (MACHADO, 1999, p. 17). Quando classificamos algo ou alguém, delimitamos esse objeto ou pessoa a um “conjunto de comportamentos e regras que estipulam o que é, ou não é permitido, em relação a todos os indivíduos pertencentes a essa classe” (MOSCOVICI, 2011).

É dessa forma que, muitas vezes, ao classificarmos negativamente a pessoa com transtorno mental, agregamos a ela uma imagem de alguém com comportamentos inadequados, intenso sofrimento, periculosidade, isentas de direitos, de difícil convivência social e familiar.

Corroborando essa percepção, Vietta e Kodato (2001), encontraram em seu estudo que enfermeiros, com formação na área de psiquiatria, consideravam esses indivíduos como seres humanos com falta de algo essencial, carentes, que não conseguem resolver conflitos internos, membros doentes da sociedade.

Sendo assim, não deveríamos dizer que conhecemos ou tentamos compreender um indivíduo, mas que tentamos reconhecê-lo, descobrir a que categoria ou protótipo pertence. A utilização de classificações auxiliam as opiniões já existentes, baseadas no senso comum e não no universo reificado, gerando, muitas vezes, decisões precipitadas, obtidas, geralmente, ao generalizarmos ou particularizarmos o objeto. Ao generalizar, o inserimos na categoria de doente mental; reduzimos a distância e, com isso, todos os nela enquadrados passam a possuir as mesmas características, as quais, quando positivas, registram nossa aceitação e, quando negativas, registram nossa rejeição (MOSCOVICI, 2011).

Ao particularizarmos, nos mantemos distantes desse objeto, mas continuamos a analisá-lo. Ao mesmo tempo que o percebemos discrepante do protótipo socialmente aceitável, tentamos descobrir o que o diferencia. Ao classificá-lo, seja pela generalização ou pela particularização, não estaremos promovendo uma escolha puramente intelectual, mas

revelando uma atitude ou necessidade de definir o objeto como normal ou divergente/aberrante a uma norma. Sempre o comparamos a padrões pré estabelecidos e a partir dele analisamos se o mesmo é normal ou anormal (MOSCOVICI, 2011).

Em suma, nomear e classificar são dois aspectos da ancoragem das RS, as quais não possuem por finalidade somente rotular o objeto, mas facilitar a interpretação de características, compreender suas intenções e as ações do sujeito (profissionais de saúde) e, também, formar opiniões.

A objetivação por sua vez, é a que une a ideia de não familiar com a realidade; que descobre a qualidade icônica de uma ideia ou ser impreciso, ou seja, caracteriza o protótipo com exatidão ou veracidade, representando-o em uma imagem. Objetivar é tornar concreto, materializar o que é abstrato, tornar físico e visível o impalpável (MOSCOVICI, 2011). Um exemplo clássico de objetivação é quando comparamos Deus a um pai. Ao fazê-lo, materializamos o abstrato, passando a tratá-lo com naturalidade, familiaridade (PATRIOTA, 2007).

Nossas representações, por meio da ancoragem e objetivação tornam o não familiar em algo familiar; a TRS tem como ponto de partida a “diversidade dos indivíduos, atitudes e fenômenos, em toda sua estranheza e imprevisibilidade. Seu objetivo é descobrir como os indivíduos e grupos podem construir um mundo estável, previsível, a partir de tal diversidade” (MOSCOVICI, 2011, p. 79). As RS têm como finalidade descrever e compreender as práticas a respeito de um objeto, valendo-se da fala dos sujeitos envolvidos, tentando desvendar o sistema de valores e significados destes sujeitos (MACHADO, 1995).

Em psiquiatria, muitos pesquisadores recorrem a RS para entender o portador de transtorno mental, sendo, Denise Jodelet, uma das autoras focadas na inserção social da loucura, que discute e analisa a construção da doença mental por meio das RS. Denise Jodelet, em sua obra “Loucuras e Representações Sociais”, busca compreender como aldeões de uma Comuna da França, Ainay-le-Château, recebem e absorvem os pacientes, estabelecem essas relações e como esses processos representacionais funcionam; faz questionamentos de como as RS explicam essa relação com a pessoa portadora de transtorno mental.

No prefácio dessa obra, Moscovici cita a inquietação, o estranhamento desses habitantes, os quais questionam “como seria possível aceitar sem reticências esses seres estranhos, que escapam à compreensão e cujos comportamentos não seguem os mesmos ritmos, não tem a mesma previsibilidade?” (JODELET, 2005).

Pautada por esse sábio questionamento e ante a ocorrência de atitudes, algumas hostis, e falas de exclusão, que incomodaram e suscitaram a necessidade desse estudo que

visou conhecer e entender a dificuldade de aceitação e aproximação com a pessoa portadora de transtorno mental, por parte de alguns profissionais de saúde.

Segundo Jodelet (2005), esse estranhamento e medo também pode ser o medo de tornar-se um deles e, a coexistência prolongada a esses objetos não familiar, desperta uma fobia do contato. Além disso, “o estado vago e conflituoso do campo psiquiátrico”, não fornece à sociedade respostas exatas, seguras e tranquilizadoras, o que facilita a manutenção de saberes de senso comum. Desta forma, a doença mental torna-se objeto ideal, para que as RS estudem o pensamento social e seu funcionamento.

Jovchelovitch (JODELET, 2005, p. 8), diz que “abrir” a porta do hospital e “deixar” o doente mental na comunidade não basta; que é preciso recursos, materiais e humanos, “para dar sentido e direção ao trabalho que se abre”. Frisa, ainda, a necessidade de parcerias entre profissionais de saúde, agentes públicos, governos locais e comunidade, com a continuidade de pesquisas que buscam “respostas e soluções para a complexidade do problema”.

Complexidade esta, que se estende além da comunidade, abrangendo os profissionais de saúde, pois mesmo com as transformações na prática psiquiátrica, a abertura dos hospitais e a terapia comunitária, o verdadeiro problema da relação com os doentes mentais se mantém: a representação da sua doença e do seu estado, pois “as máscaras e as figuras da loucura povoaram o imaginário social na história mais longínqua, fazendo parte integrante dos tratamentos que a sociedade destina aos loucos” (JODELET, 2005).

É preciso entender, que se quisermos compreender os fenômenos mentais na sociedade, a piora no cuidado, a resistência das famílias, e sociedade ao receber os pacientes e as dificuldades nos processos de reintegração, temos que identificar o conhecimento produzido em comum e reconhecer a validade das suas propriedades (JODELET, 2005). Como salientou Jodelet (2005, p. 30), muitas vezes

vê-se o doente tentando não olhá-lo. Sem querer, o julgamento que se faz dele tem como resultado uma violência. Sim, ver dia após dia um gênero sob um indivíduo, interpretar o que ele faz e o que ele sente segundo uma categoria é uma violência.

4.1 Breves considerações metodológicas

Este estudo tem como base os pressupostos dos métodos qualitativos de investigação. A pesquisa qualitativa reúne um conjunto de estratégias de investigação com a preocupação de compreender os seres humanos, a partir de suas perspectivas, enquanto sujeitos de investigação, ou seja, a partir da descrição de suas experiências tal como são vividas e definidas em cenários naturalistas (BOGDAN; BIKLEN, 1994; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

De acordo com Minayo (1999, p. 10),

Metodologias de pesquisa qualitativa, entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

4.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de campo (GIL, 1999).

Entende-se por estudo exploratório aquele que objetiva proporcionar maior familiaridade com o problema a fim de explicitá-lo ou construir hipóteses. Também busca o aprimoramento de ideias ou descobertas de intuições, possuindo um planejamento flexível, o qual possibilita considerar diversos aspectos ao fato estudado. Os estudos exploratórios envolvem levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que vivenciaram o problema pesquisado e análise de exemplos para estimular a compreensão (GIL, 2002).

Já o estudo descritivo visa descrever características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relação entre as variáveis. Uma das características desse estudo é a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados. São incluídos neste grupo as pesquisas que objetivam produzir opiniões, atitudes e crenças (GIL, 1999).

Na pesquisa de campo, é o pesquisador que na maior parte do tempo realiza a investigação, pois é imprescindível que o mesmo tenha uma experiência próxima ao problema a ser abordado. Este tipo de estudo também exige que o pesquisador permaneça o maior tempo possível no cenário a ser investigado, pois será essa imersão nesse cenário que

possibilitará que o mesmo compreenda as regras, os costumes e as convenções que regem o grupo estudado (GIL, 2002).

4.3 Local do estudo

Para a presente investigação os locais de estudo foram quatro Unidades Básicas de Saúde de Marília, selecionadas aleatoriamente, por sorteio sendo estas: UBS Nova Marília, UBS Cascata, UBS Novo Horizonte e USF Altaneira.

Marília e a saúde mental

Marília é uma cidade do interior de São Paulo, localizada a 443km da capital. Possui uma população de 216.745 habitantes (Censo Demográfico 2014). Pertence à Divisão Regional de Saúde IX (DIR IX) e é referência de saúde para 62 municípios².

Dispõe de cinco hospitais gerais, 1 maternidade, 1 hospital psiquiátrico, 3 Ambulatórios de Especialidades, 36 USF, 11 UBS, 1 policlínica, 1 CAPS II, 1 CAPS AD, 1 CAPSi, 4 Núcleos de Atenção a Saúde da Família (NASF), 1 clínica de fisioterapia, 1 clínica de oftalmologia, 1 Centro de Atendimento à Obesidade Infantil (CAOIM), 1 Centro de Especialidades Odontológica (CEO), 2 pronto-atendimentos, 2 pronto-socorros, sendo um destinado à pediatria e ginecologia e outro destinado a adultos e pacientes psiquiátricos e 2 Faculdades de Medicina.

Em relação aos leitos de psiquiatria, a região, conta com 1.240 leitos em hospital psiquiátrico e 34 leitos em hospital geral, sendo que desses 1240 leitos 549 são destinados a moradores crônicos (DRS IX).

Quanto ao atendimento especializado à população com transtorno mental, Marília dispõe de um ambulatório de saúde mental, pertencente à Faculdade de Medicina de Marília, que atende, em média, 2.000 pessoas por mês. Esses atendimentos compreendem seguimentos com psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e

² Dados fornecidos pela DRS IX em 2015.

nutricionistas. O primeiro atendimento ocorre através de encaminhamentos do pronto-socorro da instituição e por meio de guia de referência, oriunda de vagas disponíveis pela DRS.

Além desse ambulatório, a cidade conta com o apoio de um Ambulatório de Especialidades da Universidade de Marília, que oferece, em média, 50 atendimentos por mês em psiquiatria. Essas vagas são oferecidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do próprio município e uma policlínica que atende, em média, 10 pacientes por dia. Os dois NASFs contam com o apoio matricial de um psiquiatra e uma terapeuta ocupacional especializada em saúde mental. Quanto ao oferecimento das vagas nos CAPSs, são atendidos em média 38 pessoas por dia na Unidade de Álcool e Droga e 42 pessoas no CAPS II. Em relação ao cuidado à pessoa com transtorno mental na Atenção Básica, até o início de 2010, Marília não dispunha de psiquiatra, sendo que, em março do mesmo ano, a Prefeitura Municipal autorizou que a SMS de Marília contratasse residentes de psiquiatria da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Os residentes contratados foram alocados em 5 UBSs consideradas com maior demanda populacional e maior oposição por parte dos profissionais da atenção básica, para atendimento semanal. Mesmo com a contratação desses profissionais, pertencentes à saúde mental, a cidade ainda possui demanda reprimida e dificuldades no atendimento na atenção básica nas demais unidades³.

4.4 Sujeitos da pesquisa

Fizeram parte deste estudo 12 profissionais: 4 agentes de saúde, 2 auxiliares de enfermagem, 2 enfermeiros, 3 médicos e 1 psicólogo. Todos possuíam atividades diretamente relacionada à pessoa portadora de transtorno mental, nas unidades selecionadas. Foi considerada como atividade direta o cuidado e o acolhimento à pessoa com transtorno mental.

Os critérios de inclusão para a seleção dos profissionais foram:

- Ter vínculo empregatício com o serviço há pelo menos 1 anos, por considerarmos o tempo mínimo necessário para experiência no campo;
- Realizar atendimento direto de saúde a pessoas com transtorno mental;

³ Dados fornecidos pelo Núcleo Técnico de Informações (NTI) da FAMEMA em 2012.

- Compor enquanto profissional, equipe das UBSs ou USFs da cidade de Marília.

Crerios de exclusão:

- Profissionais que atuam nos serviços sem possuir vnculo empregatcio, como estagiários, estudantes e residentes;
- Profissionais que realizarem atendimento de caráter apenas administrativo ou indireto, como registro, transporte, entre outros.

4.5 Procedimento

Para a realizao deste estudo, primeiramente agendamos um horrio com o responsvel pela liberao de estudos/pesquisa da Secretaria Municipal de Saude. Apes apresentar o estudo e seus objetivos, o mesmo autorizou sua realizao. Apes a liberao do estudo, um novo agendamento foi realizado com a coordenao de Saude Mental do Municpio. A coordenadora deste servio nos forneceu o endereo, telefone e nome dos responsveis de cada UBS e USF, alem de entrar em contato telefonico com os respectivos coordenadores comunicando-lhes sobre o estudo. Em posse dos nomes dessas locais, realizei aleatoriamente um sorteio, para a identificao dos locais onde realizei as entrevistas.

Antes de iniciar a coleta de dados, realizei contato telefonico com a coordenao das unidades, explicando os objetivos do estudo e procedimento que realizaria para a coleta dos dados. Ao chegar as UBS e USF, me apresentei aos funcionarios, expliquei os objetivos pretendidos e os convidei para a participar do estudo.

Apesar de um numero razoavel de profissionais em cada unidade de saude, poucos foram os que se propuseram a participar da entrevista, sendo que muitos recusaram por estar com muitos afazeres e outros por no terem nada a relatar sobre a area da saude mental, pois no atuavam nessa area. Mesmo explicando que o estudo propunha entrevistar profissionais da ateno basica sem formao na area de saude mental, os mesmos mantiveram sua posicao anterior. Os que se propuseram participar assinaram o TCLE (APENDICE A), foram agendados nos dias e horarios escolhidos a criterio dos proprios profissionais.

4.6 Instrumento para coleta de dados

Neste estudo elegemos a entrevista semi estruturada como instrumento de coleta de dados. As mesmas foram realizadas pela pesquisadora e realizadas em local privativo, e individualmente. A duração das entrevistas variou entre 30 a 45 minutos. Foram gravadas, por meio de gravador de voz digital, da marca Coby BT modelo CXR190-4G. Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra, logo após a sua realização.

Para Gray (2012), "as entrevistas são métodos de coleta de dados em que um entrevistador faz questionamentos verbais ao sujeito da pesquisa".

A esse respeito, Minayo (1999), assim se refere:

a entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de informações; é a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir através de um porta-voz as representações de um grupo determinado em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (p. 35).

A entrevista semiestruturada, segundo Lüdke e André (1986), não permite "imposição de uma ordem rígida de questões, o entrevistado discorre sobre o tema proposto com base nas informações que ele detém e que no fundo, são a verdadeira razão da entrevista". Deste modo, o pesquisador pode discorrer sobre o tema sem condições prefixadas, dando ao entrevistado liberdade para que manifeste espontaneidade durante a investigação.

Para Triviños (1987), a entrevista semi estruturada tem a característica de realizar questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses relacionadas ao foco da pesquisa. Esses questionamentos ocasionariam a possibilidade de novas hipóteses a parti do que é falado pelos entrevistados. Priorizou-se, portanto, o discurso dos sujeitos como fonte de informação para compreender suas experiências ao assistir a pessoa com transtorno mental. Para tanto, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado (APÊNDICE B) construído pelas pesquisadoras.

Para Minayo (2000), o roteiro da entrevista é um instrumento que orienta a conversa, tornando-se facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação; é composto por itens essenciais para esboçar o objeto. A mesma autora considera o roteiro como um guia. Nessa técnica, o entrevistado é convidado a falar livremente sobre um tema (MINAYO, 2007).

O roteiro foi dividido em duas partes: Parte I - Dados de Caracterização, onde constam dados pessoais e profissionais do entrevistado, empregando-se questões fechadas, que foram registradas manualmente pela pesquisadora. As variáveis incluem: idade, sexo, naturalidade, procedência, estado civil, religião, titulação, locais de formação, função exercida na instituição, tempo de vínculo com a instituição. Parte II - composta por 12 questões abertas. Tal questionário foi enviado a 5 profissionais (juízes), sendo 1 enfermeiro, 3 psiquiatras e 1 psicólogos, para validação. Esses juízes foram profissionais da Faculdade de Medicina de Marília que além do papel assistencial atuam como docentes e preceptores na área de saúde mental da mesma instituição.

A validade de conteúdo, de acordo com Cassiani (1987), baseia-se no julgamento de pessoas com experiência na área do estudo, as quais devem verificar se “o conjunto de itens é abrangente e representativo do conteúdo que é o foco do estudo e se o conteúdo de cada item está bem relacionado com o que se pretende medir”. De acordo com a mesma autora a validade aparente ou de face constitui-se, também, numa forma subjetiva de validação, a qual visa à clareza dos itens, facilidade de leitura, compreensão e forma de apresentação.

Após a validação, este questionário foi aplicado, como estudo piloto (APÊNDICE C), em um profissional da atenção básica. Sua entrevista foi transcrita e apresentada no Exame de Qualificação, onde foi sugerido o acréscimo de novas questões e mudança de alguns termos utilizados. A avaliação do instrumento serviu para averiguar tanto a construção do conteúdo como da aparência, permitindo medir aquilo que pretendíamos.

4.7 Tratamento dos dados

Para análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 1977).

Segundo Silva, Gobbi e Simão (2004, p. 1), a TRS fundamenta a análise de conteúdo como um método do discurso, pois a proposta acompanhada por tal análise relaciona-se a uma decomposição do discurso e identificação de “unidades de análise ou grupos de representações para uma categorização dos fenômenos”, tornando possível uma reconstrução de significados e compreensão de modo mais profundo da realidade do grupo estudado.

Após a transcrição dos dados coletados nas entrevistas, identificamos as unidades temáticas mais relevantes, visando atingir os objetivos propostos no estudo. A seguir, realizamos a análise de conteúdo das informações fornecidas pelos sujeitos da pesquisa, seguindo os postulados de Bardin (1977).

Partindo da hipótese de que tudo que é falado é passível de ser submetido à análise de conteúdo, fundamentamos o material do estudo em diálogos obtidos nas entrevistas, as quais foram instrumentalizadas e operacionalizadas através desta análise.

Segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens”.

Embora Minayo (1999) cite que as análises de expressão, de relações, temáticas e da enunciação têm sido desenvolvidas como técnicas de análise de conteúdo para alcançar significados manifestos e latentes do material qualitativo, Bardin (1977) relata não existir nada pronto para aqueles que querem utilizar em suas investigações a análise de conteúdo como método. Menciona que existem, sim, algumas regras básicas que podem ser adequadas ao domínio e objetivo pretendidos, que permitem reinventar a cada momento uma maneira de se analisar. Para este último autor, a análise temática é a contagem de um ou vários temas ou itens de significação existentes numa unidade de codificação previamente determinada, a qual possibilita ao pesquisador perceber a facilidade de escolher no discurso, a frase como unidade de codificação.

A análise de conteúdo é um vaivém entre teoria e técnica, hipóteses, interpretações e métodos de análise, sendo, muitas vezes, um trabalho exaustivo. Ainda segundo Bardin (1977), a satisfação do investigador é grandiosa quando o estudo confirma ou não uma hipótese; não importa a forma, o que importa é obter um resultado ou dado que lhe possibilita seguir outra pista ou em direção a outras interpretações.

O resultado obtido por meio das técnicas de análise de conteúdo, “não pode ser tomado como prova inelutável. Mas constitui, apesar de tudo, uma ilustração que permite corroborar menos parcialmente, os pressupostos em causa” (BARDIN, 1977).

Quanto às fases da análise de conteúdo, estas organizam-se cronologicamente em pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferências e interpretações).

1- Na pré-análise, ocorre a organização dos dados objetivando operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais. Nesta fase, o pesquisador faz uma leitura flutuante do material,

estabelecendo, assim, contato com o documento a ser analisado e, pelas sucessivas aproximações, deixa-se invadir por impressões e orientações.

É ainda nesta fase que o pesquisador seleciona os documentos a serem analisados ou demarca o seu universo, lembrando que este pode ser determinado a priori, constituindo, assim, o corpus, ou seja, “o conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”. Também nesta etapa, pode formular hipóteses e objetivos. Ainda como um procedimento da pré-análise, o autor recomenda o recorte do texto em unidades comparáveis de categorização, para análise temática e de modalidade de codificação, a fim de se registrarem os dados. A preparação do material, como último procedimento desta fase, prevê a reunião de todos os documentos, o que facilita sua manipulação para a análise. No caso de tratamento informático, os textos devem ser preparados e codificados, segundo as instruções do programa.

2- Exploração do material: esta fase consiste na codificação e enumeração dos dados encontrados, de acordo com as regras formuladas previamente. A codificação “corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto, permitindo atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão” (BARDIN, 1977).

A organização da codificação pode ocorrer por meio de recortes (escolha das unidades), enumeração (escolha das regras de contagem), da classificação e agregação (escolha das categorias). É preciso levar em consideração que a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, ou seja, as unidades de significação, e estas nada mais são que segmentos a serem considerados como unidades de base, objetivando a categorização e a contagem frequência. Na análise temática, o tema é a unidade de significação, que se liberta naturalmente do texto analisado.

3- Tratamento dos dados obtidos e interpretação dos mesmos: nesta etapa, os resultados brutos são tratados de modo a se tornarem significativos e válidos. Esta fase permite que o pesquisador utilize operações estatísticas ou testes de validação. E este, tendo em mãos resultados significativos, pode propor inferências ou adiantar interpretações dos objetivos previstos ou outras descobertas inesperadas.

Após várias leituras do material, recortamos segmentos das informações e os agrupamos conforme a relação existente entre as ideias ou expressões. Dessa forma, identificamos as categorias e suas respectivas áreas temáticas.

Realizamos a análise das áreas temáticas com base nos pressupostos teóricos já mencionados, e, posteriormente apresentaremos os resultados.

4.8 Procedimento ético

Este projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia de Marília - UNESP, atendendo as orientações inerentes ao protocolo de pesquisa contido na Resolução 196/96, CNS, sendo aprovado sob o número de Parecer n.º 0004/2000, em 18/04/2012 (ANEXO A).

Elaboramos a apresentação e a discussão dos dados em duas etapas. A primeira refere-se à caracterização dos sujeitos e a segunda, sobre à análise das variáveis significativas, as quais chamamos de categorias.

5.1 Caracterização dos sujeitos

A primeira parte do instrumento de coleta de dados diz respeito à caracterização dos sujeitos entrevistados, formação profissional, tempo de formação, tempo de vínculo com a UBS e carga horária semanal das atividades desenvolvidas na unidade de saúde.

Fizeram parte deste estudo 12 sujeitos, alocados em quatro UBS da cidade de Marília, sendo que quatro (33,3%) pertenciam a primeira UBS, cinco (46,7%) pertenciam a segunda UBS, dois (16,7%) a terceira unidade de saúde e um (8,3%), pertenciam a quarta unidade de saúde.

No Quadro 1, apresentamos os dados relativos a caracterização dos sujeitos quanto a dados demográficos, categoria profissional, tempo de formação, tempo de vínculo com a UBS e carga horária semanal.

Quadro 1 - Descrição da caracterização dos sujeitos quanto a sexo, faixa etária, situação conjugal, religião, categoria profissional, tempo de formação, tempo de vínculo com a instituição e carga horária.

Amostra	Sexo	Idade	Situação conjugal	Religião	Categoria profissional	Tempo de formação (anos)	Tempo de vínculo (anos)	Carga horária semanal
E1	Masculino	26	Solteiro	Agnóstico	Médico	1	1	40
E2	Feminino	49	Viúva	Espírita	Enfermeira	7	4	40
E3	Feminino	27	Solteira	Evangélica	Aux. Enf.	6	5	40
E4	Feminino	24	Solteira	Evangélica	Aux. Enf.	5	3	40
E5	Feminino	40	Casada	Católica	Ag. de Saúde	6	6	40
E6	Feminino	44	Casada	Sem religião	Tec. Enf.	10	1	30
E7	Feminino	42	Casada	Evangélica	Tec. Enf.	3	2	30
E8	Feminino	42	U. Estável	Católica	Ag. de Saúde	1	1	40
E9	Masculino	49	Divorciado	Espírita	Médico	27	22	30
E10	Feminino	33	Casada	Evangélica	Enfermeira	11	9	40
E11	Feminino	39	Divorciada	Evangélica	Psicóloga	18	16	30
E12	Feminino	23	Solteira	Católica	Médica	2	2	30

O quadro 1 mostra que em relação ao sexo, 10 (83,3%) entrevistados pertenciam ao sexo feminino e dois (16,7%) eram do sexo masculino. A faixa etária predominante dos sujeitos do estudo foi de 40 a 50 anos, estabelecendo seis indivíduos (50%) nesta faixa, seguida de quatro (33,3%) com idade entre 30 e 40 anos e dois (16,7%), entre 20 e 30 anos. Quanto a situação conjugal, quatro (33,3%) eram casados, quatro (33,3%) solteiros, dois (16,8%) divorciados; um (8,3%) convivente e um (8,3%) era viúvo.

Quanto a religião, a maioria, ou seja, cinco sujeitos (41,7%) eram evangélicos, três (25%) católicos, dois (16,7%) eram espíritas, um (8,3%) não possuía religião, embora acreditasse na existência de Deus e um (8,3%) afirmou-se agnóstico.

Em relação a categoria profissional, quatro (33,3%) sujeitos pertenciam ao quadro técnico/auxiliar de enfermagem, três (25%) são médicos, dois (16,7%) são agentes comunitários de saúde, dois (16,7%) enfermeiros e um (8,3%) psicólogo.

Quanto ao tempo de formação, observamos que a maioria, isto é, sete (58,4%) sujeitos possuem menos de cinco anos de formação, três (25%) entre cinco e dez anos, um (8,3%) entre 10 e 20 anos e um (8,3%) mais de 20 anos de formado.

Em relação ao tempo de vínculo com a instituição, encontramos cinco (41,7%) sujeitos com menos de cinco anos de atuação na UBS, três (25%) entre cinco e 10 anos, três (25%) entre 10 e 20 anos e um (8,3%) com vínculo superior a 20 anos. Sobre a carga horária semanal desenvolvida nas unidades de saúde, encontramos sete (58,3%) de indivíduos com uma carga horária de 40 horas semanais e cinco (41,7%) com uma carga horária semanal de 30 horas.

5.2 Apresentando as categorias identificadas

De acordo com a metodologia escolhida, o conteúdo das entrevistas dos 12 sujeitos foi submetido a minuciosa leitura e releituras, a fim de que pudéssemos compreender as representações sociais de doença mental construídas na prática profissional pelos agentes de saúde da atenção básica.

Nesse sentido, procuramos encontrar unidades de significados nos seus depoimentos e organizá-las conforme as semelhanças das categorias identificadas na análise das falas, ou unidades de registro.

A partir das unidades de registro fornecidas pelos sujeitos do estudo, pudemos nos aproximar, conhecer e reconhecer as representações sociais sobre doença mental internalizadas pelos profissionais de saúde, e nessa análise encontramos duas categorias relacionadas aos objetivos pretendidos nesta pesquisa, conjuntamente com suas unidades temáticas e de registro.

O Fluxograma (Figura 1), a seguir, permitiu a identificação das duas categorias estabelecidas segundo os pressupostos de Bardin (1977).

Figura 1 - Fluxograma: categorias estabelecidas pela Análise de Conteúdo, segundo Bardin (1977).

As categorias e unidades temáticas estabelecidas e descritas a seguir, reportam-se às representações sociais produzidas/construídas por profissionais de saúde ao se confrontar com o “louco” e a “loucura”. Buscamos identificar nessas categorias o olhar e o cuidado produzido a esses sujeitos durante a prática profissional, bem como suas potencialidades e fragilidades em virtude dessa experiência.

Categoria 1: Representação social sobre o louco e a loucura

O “louco”

A “loucura”

Categoria 2: Práticas de saúde e a Atenção Básica

Práticas de Saúde: fragilidades e potencialidades

Atenção Básica: UBS e USF

5.2.1 Categoria 1: Representação social sobre o louco e a loucura

A primeira categoria identificada foi “Representação social sobre o “louco e a loucura”. Nela buscamos retratar as representações sobre a pessoa portadora de transtorno mental e o seu transtorno construídas pelos profissionais de saúde ao assisti-las na Atenção Básica. Essa primeira categoria foi dividida em duas Unidades Temáticas, sendo essas: O “louco” e A “loucura”.

“O louco”

Na primeira Unidade Temática O “louco”, abordamos as representações sociais construídas pelo profissional de saúde, tendo por finalidade a descrição das representações sobre o transtorno mental e a pessoa portadora de transtorno mental. As representações encontradas em nosso estudo estão embasadas tanto em aspectos negativos quanto positivos, embora o aspecto negativo tenha se sobressaído. Os discursos do nosso estudo corroboram com a literatura pois, segundo Maciel et al. (2011) a relação da sociedade com a pessoa portadora de transtorno é classificada como “normal” versus “desviante anormal”, sua

representação social, sua marca, é negativa, considerando-o como alguém sem razão, sem juízo, perigoso/agressivo, desequilibrado e incapaz de viver socialmente.

São momentos de crise que depois ele volta em si. Quando essas crises dá ele acaba se... se desequilibrando. (E6)

Quando ela perdia um pouco o equilíbrio, ela começava agredir. Isso é uma coisa assim que marca. (E6)

Eu não sei te falar... como eles podem... viver na sociedade. (E4)

Ela começa a ficar descontrolada, ou ver coisas, ouvir coisas, medos, NE, medos exagerados e inexplicáveis, então ela começa a ficar mesmo descontrolada. (E11)

Inúmeros são os comportamentos e atitudes que podem ser consideradas como anormais em nossa sociedade. Comportamentos que causam estranheza, como o envolvimento constante com brigas, uso de drogas, dificuldades nas relações interpessoais, sejam elas familiares ou não, timidez e medos exagerados, falta de compostura, impulsividade, imprevisibilidade e perda de controle em uma determinada situação, reagindo com “desequilíbrio” são vistos e rotulados como comportamentos anormais, desviantes, fazendo parte das características que acompanham e “marcam” a pessoa com transtorno mental. Mas essas características seriam exclusivas das pessoas portadoras de transtorno mental? Será que esses profissionais conseguem ter clareza ou consciência do estigma que agregam à pessoa portadora de transtorno mental?

Os entrevistados trouxeram vários relatos onde concebiam que a pessoa portadora de transtorno mental possuía dificuldades nas relações interpessoais, eram descontroladas, violentas e agressivas, e que essas atitudes comprometiam o seu convívio social e as relações familiares e de trabalho.

(...) comportamento ou uma dificuldade de relacionamento na sociedade, em todos os âmbitos: pessoal, de trabalho, familiar. (E1)

(...) a maioria.... dificuldade de relacionamento. (E4)

(...) a equipe se afasta porque você não sabe como agir. (E2)

(...) total descontrole de funções que alteram o convívio social. (E10)

(...) comportamentos inadequados em situações que deveriam ter um mínimo de compostura daquilo que a sociedade fala que é normal (E12).

Esses trechos corroboram com o estudo de Vietta e Kodato (2001), onde profissionais de saúde reportaram-se a pessoa com transtorno mental como aquelas com dificuldade de convivência dentro de padrões socialmente aceitos, com comportamentos e atitudes inadequadas e que perturba e desorganiza a sociedade.

A visão estigmatizada da pessoa portadora de transtorno mental, legitimada ao longo da História esteve presente em todos os discursos. Foi embasada na concepção de que o “louco” é incapaz de seguir um conjunto de normas e regras impostas socialmente, seus atos e comportamentos divergem, desviam-se do estabelecido socialmente, ou seja, representam a pessoa portadora de transtorno mental como sendo “desviante”. Acredito que, o que me instigou fortemente a realizar este estudo foi esse estigma constante revelado, por vezes, de maneira explícita, por alguns profissionais de saúde. Seus discursos traziam signos de rejeição, visão negativista em relação à pessoa portadora de transtorno mental.

Para Goffman (2004), o estigma é uma característica que reduz o indivíduo a uma condição “estragada e diminuída”, deixando de considerá-la como normal, comum, total. Estigmatizar tende a “tomar o todo pela parte”, desqualifica e desumaniza, introjetando no estigmatizado representações aviltantes que lhe foram impostas, gerando a necessidade afastar-se, criando locais de exclusão e isolamento. Completa que diariamente utilizamos termos estigmatizantes metaforicamente, representando a pessoa portadora de transtorno mental sem tomarmos consciência do significado original.

(...) o bipolar, ele já fala bipolar, ele é de um jeito hoje e amanhã ele é de outra forma. (E7)

(...) então cê vive afastado dessas pessoas. (E6)

(...) a equipe se afasta porque você não sabe como agir. (E2)

Um dado observado, embora lamentável, é que todos os entrevistados conceberam inúmeras representações negativas, mas nem todos conseguiram ancorar aspectos positivos quando representam a figura da pessoa portadora de transtorno mental. O que leva a indagar se essas práticas de saúde estariam refletindo tais ancoragens.

Nas entrevistas analisadas, 50% dos entrevistados relatam esses comportamentos e atitudes com caráter desviante, como erro, principalmente quando buscam exemplificar e caracterizar o comportamento da pessoa portadora de transtorno mental. No discurso do entrevistado 12 percebemos claramente esse distanciamento.

Tem comportamentos alterados... vai levando a gente a chegar na conclusão que ele... tem alguma coisa errada ali. (E3)

(...) a pessoa perfeita pode fazer coisas que não deveria fazer, imagina a pessoa com transtorno mental. (E7)

(...) essas pessoas que tem esses problemas mentais, assim, você vê o comportamento delas, como elas são. (E5)

(...) vive num mundo totalmente diferente do que a gente vive.... tem atitudes diferentes das convencionadas normais... será que eles são normais ou não? (E12).

Os discursos acima trazem uma grande preocupação, além de virem implícitos de preconceitos, distanciamento e segregação, quando consideram o “louco” como sendo diferente. Historicamente o médico foi visto como sendo capaz de constituir conceitos que pautam o comportamento dos indivíduos e são validados pela sociedade como uma “tecnologia de poder” (ABREU JUNIOR; CARVALHO, 2012). O discurso médico é inegavelmente aceito, ainda hoje, por muitos como verdades absolutas, principalmente o senso comum, fazendo com que o discurso acima seja pernicioso e fortaleça a visão estigmatizante em relação às pessoas portadoras de transtorno mental.

Loch et al. (2011), expõem que profissionais de saúde são formadores de opinião e influenciam a população geral, tornando suas crenças “altamente confiáveis” e que essas opiniões têm um “efeito multiplicador” também entre os profissionais. Também revelam que, na visão da pessoa portadora de transtorno mental e familiares, a experiência estigmatizante mais marcante foi a vivenciada pelo contato com o profissional de saúde.

Ainda segundo os autores acima, os psiquiatras mais jovens são os que apresentam maior preconceito e menor representação positiva sobre a pessoa portadora de transtorno mental e que tal fato, provavelmente, ocorre devido a formação médica, que hoje, volta-se mais a modelos biológicos do que biopsicossociais, especificamente no que se refere à psiquiatria; menor contato e em decorrência a menor experiência, pois o contato poderia ajudar a reduzir o estigma.

A dificuldade de conviver em família, também foi um aspecto citado como característico do “louco”, dificuldades que podem ser entendidas tanto na existência de conflitos como de dificuldade em relacionar-se devido ao isolamento.

(...) quer se isolar, ficar sozinha. (E4)

(...) não tem convivência boa com a família. (E5)

(...) desde pequena... sempre muito encabulada, muito fechada. (E2)

(...) então você vive afastado dessas pessoas. (E6)

(...) quer se isolar, quer ficar sozinha. (E4)

Quanto ao isolamento, este é visto como um comportamento destoante, pois a ideia do isolamento vincula-se a “viver fora da realidade”, em um mundo criado por ela, isolando-se socialmente e privando-se de relações interpessoais (BARROS; CHAGAS; DIAS, 2009).

Colvero, Ide e Rolim (2004), elucidam que para a família a convivência com a pessoa portadora de transtorno mental é desconfortante, gera insegurança devido a imprevisibilidade e que esses indivíduos apresentam comportamentos não aceitos e passíveis de rejeição pela sociedade. Reforça que mesmo a doença mental fazendo parte do cotidiano, este fenômeno psicossocial ainda é pouco compreendido, não sendo aceito e por vezes, temido. Spadini e Souza (2006) também corroboram com esses achados, revelando que a convivência com o doente mental é difícil, pois além dos comportamentos acima citados, possuem ausência de afeto e isolamento social.

Outro aspecto aludido pelos entrevistados é a relação entre pessoa portadora de transtorno mental e problemas, brigas e uso de drogas.

(...) usava drogas, ... quando ele ia passar férias, né, na minha cidade ele se envolvia, tinha vários problemas, brigas. (E1)

Apesar da ancoragem negativa em associar transtorno mental com brigas e problemas, este entrevistado, traz a concepção de que o uso de drogas é um problema da saúde mental. Embora a dependência química não ser objeto deste estudo, este é um aspecto importante a ser ressaltado, pois muitos profissionais e integrantes da sociedade não contextualizam o uso de substâncias ilícitas como um problema da saúde mental, mas sim um problema somente da ordem social.

(...) num cuidava, e num me interessava por... alcoolista, e nem por um drogado, por dependente químico em geral... eu achava que isso era uma opção da pessoa e... pra mim ele não era um doente. (E2)

Representar o transtorno mental com desvio às normas, problemas, possibilita fazer um movimento que nos leva a resistir, excluir, marginalizar o que não se enquadra, o

que não é estético. Maciel et al. (2011) apontam que familiares de pessoas portadoras de transtorno mental relacionam a palavra “problema” ao termo louco, mostrando essa visão estereotipada atrelada aos conceitos representados.

Vietta e Kodato (2001) refletem que falas como as encontradas em nosso estudo estão impregnadas de juízo de valores, associando a doença a um erro, desvio moral, quando caracterizamos as pessoas como inadequadas, sem condição de viver socialmente, apáticas, descontroladas.

(...) porque ele não tem condições de reagir, de se, muitas vezes de se comportar...como nós. (E8)

(...) isso é falta de auto-controle, a pessoa ... que tá faltando controle com ela mesma, ela perdeu ... esse controle. (E11)

(...) pacientes que tem comportamento alterados. (E3)

Hábitos atípicos, como citados abaixo geralmente, são vistos como anormais socialmente; esses comportamentos estranhos acabam sendo incompreendidos e essa estranheza é vista como o não reconhecimento de si no outro, levando a um distanciamento emocional, de comunicação e físico (BARROS; CHAGAS; DIAS, 2009). Algumas pessoas distanciam-se tanto do objeto de seu cuidado que acabam menosprezando e enxergando a pessoa portadora de transtorno mental com “chacota”, rindo ao narrar os atos “bizarros” que esta apresenta.

Ela tava com um monte de papelada na cabeça e falando umas coisas tudo sem nexos... falando do meu tio, que já tinha falecido... (risos). (E4)

(...) uma pessoa que andava, assim, na rua, ficava chutando o cigarro, catava, colocava na boca, depois jogava de novo e chutava. (E3)

Scherer et al. (2015), validam esses achados e esclarecem que “chacotas” e atitudes de menosprezo são manifestações de violência, que levam à exclusão e afastamento, tanto por parte da “vítima” quanto do “agressor”.

Consideramos que esse afastamento, por parte da pessoa portadora de transtorno mental, pode não ser apenas uma distância física, ou social, podendo culminar nestes indivíduos um distanciamento de si mesmo, com o intuito de “fugir” de uma realidade que o “encarcera” mesmo estando livre do internamento. Diante disso, consideramos, ser improrrogável, revermos essas atitudes, tornarmos conscientes dessas representações,

reconhecê-las como nefastas, reformulá-las, concebendo e representando a pessoa portadora de transtorno mental como igual.

Como nos alerta e reforça Basaglia (2005, p. 53), o “louco”, para defender-se da “experiência insuportável de viver conscientemente como excluído”, o excluído, como último ato extremo de defesa, torna-se apático, indiferente, insensível, pois este é o mecanismo de quem primeiramente foi excluído e depois disso aniquilado.

A sexualidade também foi relatada e associada a causa de descontrole, a erro, desvio.

(...) aquelas pessoas assim que... tem, aquela coisa de ficar colocando a mão no órgão sexuais assim. (E4)

(...) paciente sexualizado, que chegava aqui que ele não se controlava. (E5)

A sexualidade é vista pelos profissionais de saúde como um desvio, obscenidade, a qual fere o pudor, não respeita as regras, é impura; faz com que nos distanciemos da pessoa com transtorno mental (PEREIRA, 1997).

Essa distância, talvez possa ser explicada, quando observa-se que os profissionais de saúde negam a sexualidade do doente mental, considerando esta como um desvio, doença, transgressão, por fim, um ato ilegítimo (MIRANDA; FUREGATO, 2006).

Dos 12 entrevistados, 10 representaram a figura do doente mental como sujeitos perigosos e/ou agressivos. Alguns diferenciavam que tais comportamentos eram somente aflorados nos momentos de surto ou crise ou quando não controlados pela medicação, já outros não estabeleciam essa diferença e sempre apresentavam medo ao relacionar-se com a pessoa portadora de transtorno mental.

Sei lá, atacar né... tem pessoas que tem transtorno... mentais por exemplo, que de uma hora pra outra dá um surto, pega uma arma e mata um monte de pessoa, ou mata uma pessoa, ou... é esse tipo de reação que eu tenho medo. De repente ela tá bem, de repente ela não tá, né. Então eu não sei qual que é o horário assim, que ela tá bem, qual que ela não tá, que ela vai surtar ou não. Então esse é o meu medo... eu hein! (E5)

(...) o medo que a sociedade tem, ... fica apavorado, “ai meu Deus”, igual eu tenho aqui paciente que é loco, então já fica com medo né. (E8)

(...) ele tem transtorno... ele pode me agredir. (E8)

A representação social do doente mental e de sua doença atrelada ao perigoso fica muito evidente no discurso da Entrevista 12, quando equipara o comportamento de um psicótico a um “ninho de cobra”.

(...) desde que medicado, controlado, agora se eu perceber que há traços por exemplo... um psicótico, eu acho que é mexer em ninho de cobra. (E12)

Além de ancorar o “louco” como perigoso, como “ninho de cobra”, esse discurso explicita que a pessoa portadora de transtorno mental necessita ser “controlada”, medicalizada, trazendo um discurso da antipsiquiatria, baseada na tutela e no controle, que em tempos remotos eram realizados pelo internamento e hoje pela medicalização. Mas esse tema será aprofundado mais adiante, quando discutiremos o modo como os profissionais de saúde realizam o cuidado a pessoa com transtorno mental.

Passos e Beato (2003) elucidam que a perpetuação de conceber o “louco” como perigoso e agressivo, bem como considerar a punição como tratamento, vem como herança da visão crítico-moral da loucura, inscrevendo-a como uma desordem a ser reprimida, controlada, e é essa periculosidade social que fundamenta, até hoje, para alguns, a prática da exclusão social e o confinamento.

A periculosidade e a agressividade são estigmas, ainda, associadas a doença mental que consolidam um entrave nas relações interpessoais. Alguns profissionais de saúde acreditam que o doente mental pode apresentar descontrole súbito ocasionando atitudes de violência e agressividade (BARROS; CHAGAS; DIAS, 2009).

Vietta e Kodato (2001), exprimem que o estigma induz a pessoa portadora de transtorno mental a sofrer discriminações e rejeições tanto por familiares, sociedade e profissionais de saúde.

Barros (1994), afirma que a imagem do doente mental repetidamente é associada a violência e agressividade, e que esse estereótipo de periculosidade, fragiliza a inclusão social e a efetivação da Reforma Psiquiátrica. A relação da sociedade com o doente mental é composta por imagens bizarras, violentas, gerando comportamentos de medo e necessidade de separação, distanciamento e exclusão social (MACIEL et al., 2011).

Cetolin (2011), pondera que quanto mais enraizada a representação de periculosidade do louco, mais defenderemos o seu encarceramento e a sua exclusão do convívio social.

(...) uma criança, porque que ela é agressiva, porque que ela mata, porque que ela pega uma faca com sete anos e quer matar a vó. (E2)

(...) agressivo, né, que queria as coisas no tempo dele, chegava aqui queria... tudo funcionasse ao redor dele... tava num comportamento super alterado, quando vai, coloca nossa vida em risco. (E3)

Jodelet (2005, p. 38) acrescenta que apesar de, a cada dia, conhecermos mais sobre a doença mental e sermos mais perspicaz na observação dos sintomas, a figura do “louco” é cada vez mais incorporada a da periculosidade e que a sociedade manifesta resistência à reinserção social desses indivíduos quando estes apresentam-se em grande número, ou seja, há uma “saturação rápida do meio social” acarretada pela “concentração dos doentes”. Completa ainda seu pensamento trazendo que esperar que o que é “negado não exista ou que, com o tempo, os preconceitos, resíduos de crenças superadas, desapareçam por si mesmo” não é válido, e que é imprescindível a exploração das dimensões ideais e simbólicas.

O discurso abaixo, exemplifica a reflexão de Jodelet, pois narra uma experiência de infância que deixou marcas, despertando sentimentos negativos em relação a pessoa com transtorno mental, como medo, pavor e ódio. E que, esse resíduo de lembrança não desapareceu e após muito tempo, ainda faz parte de sua vida.

Ah eu me lembro quando eu era criança né, que... que tinha um senhor, tinha um transtorno... e eu tinha muito medo dele. Ódio dele, medo mesmo, e chegava em casa, ele queria porque queria que eu pegasse, sentasse no colo dele, e eu tinha pavor dele, fui crescendo e eu... tinha medo dele mesmo, medo de fazer algo comigo né. Essa foi minha experiência que marcou... a minha vida. (E7)

Tal lembrança, ou vivência de infância fez com que esse profissional de saúde representasse a pessoa com transtorno mental como alguém capaz de cometer um ato de agressão, ou maldade, influenciando sua prática assistencial, como fica perceptível no discurso abaixo.

Você já tem medo, aí ele tem transtorno, ele pode me agredir, pode fazer algo, eu já vou atender ele de porta aberta, vou atender ele, né... vou ter medo. (E7)

Quanto a “saturação rápida do meio social”, citada por Jodelet, faz-se necessário relatar, que enquanto enfermeira de um ambulatório de saúde mental, vivenciei tal fato, pois quando nosso serviço iniciou o processo de alta do setor secundário para a atenção básica, eu

era a profissional responsável pelo contato telefônico com a UBS/USF informando que a pessoa portadora de transtorno mental seria contra-referenciada. No início, a demanda de pacientes transferidos foi pequena; apesar dos questionamentos e receio de recebê-lo, não havia um movimento de recusa, por parte dos profissionais. Com o passar dos meses, esse número de pacientes aumentou substancialmente e, o que antes era apenas um questionamento e receio, transformou-se em recusa e rejeição dessa população, culminando em um movimento organizado por muitos profissionais de saúde das UBS/USF, anunciando e posicionando-se contra o acolhimento dessa população, alegando não serem capazes de cuidar de “pacientes psiquiátricos”.

Outro ponto levantado por meio dos discursos é de que o profissional de saúde até pode conceber relacionar-se com o doente mental nos espaços de saúde, porém, essa relação deve manter-se distante de sua vida familiar, pois o convívio, por exemplo, em sua casa, causaria medo.

Eu ficaria com medo da pessoa dentro de casa. (E8)

Quando eu seleciono alguém pra tá na minha casa, eu seleciono mesmo pensando na saúde mental dela, eu vejo, eu verifico se ela tá, se ela está sã né, quanto a isso porque é dentro da minha casa... Já se fosse numa empresa, se eu tivesse uma empresa, e... eu acho que eu ia tá podendo pensar em acolher... mas na minha casa não, não colocaria, com certeza. (E11)

Esses discursos trazem implicitamente, a necessidade de distanciamento, afastamento com o doente mental, o que demonstra um paradoxo na relação estabelecida, pois aceita-o em seu ambiente de trabalho, o empregaria em sua empresa, porém o exclui de seu ambiente familiar, de seu convívio íntimo.

Esse movimento de aproximar-se com certa distância, aceitar porém com ressalvas, apresentar crenças estigmatizantes, porém fornecer respostas socialmente desejáveis, é denominado, por alguns autores, como o fenômeno “não no meu quintal”, que caracteriza-se em tolerar desde que sua privacidade e interesses estejam garantidos.

Como citado na obra de Jodelet (2005, p. 7), e colaborando com os dizeres acima, acolhe-se mas isola-se..., essa proximidade com a loucura faz com que as pessoas se defendam e busquem nesse distanciamento o estabelecimento de um saber que ratifique a sua sanidade, e o diferencie do louco, pois há angústia e medo de absorção e contaminação pela loucura, sendo necessário a demarcação territorial, a “separação de corpos e a demarcação

identitária”. Desse afastamento e separação para a segregação e internalização de muros concretos dos asilos manicomiais não há muita distância.

Importante aludir que, indivíduos que representam o “louco” com extremo preconceito e estigma, mas contem-se, por não ser “socialmente” correto nos dias atuais, tendem a manifestar atitudes preconceituosas e estigmatizantes quando envolvidos em um ambiente permissivo (LOCH et al., 2011). Estigmas ancorados no “imaginário social”, tendem a manifestar-se como violência. Se o ambiente de trabalho é caracterizado por atitudes discriminatórias, produzidas pelos próprios profissionais de saúde, e tais atitudes, muitas vezes, são acobertadas ou negligenciadas, podemos considerar que tal local é marcado por violência, uma violência institucional. (NUNES; TORRENTÉ, 2013).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002c, p. 21.), a violência institucional é aquela

exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir a dimensão mais ampla da falta de acesso até a má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita dada física e emocional.

O conceito violência institucional também pode ser entendido como toda

ação de constrangimento e despersonalização sobre os indivíduos, por parte de várias organizações públicas e privadas, cujo objetivo seria prestar serviços aos cidadãos. Tal situação frequentemente acontece em serviços de saúde, escolas e, sobretudo em internatos e prisões (MINAYO, 2003, p. 65).

Os indivíduos se comportam e pensam conforme suas experiências e afetividade, elaborando o mundo a partir das relações. Ao relacionar-se com o mundo e com o outro, diferenças e conflitos podem imergir destas interações e com eles a violência (SCHERER et al., 2008).

Para Minayo (1998) a violência “consiste em ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual”. A mesma autora ainda considera que a violência se torna tema da saúde porque provoca impacto na qualidade de vida dos indivíduos, e exige atenção e cuidados dos serviços de saúde e, ainda, atinge os temas tratados no conceito ampliado de saúde (MINAYO, 2003).

Também eram constantes falas caracterizando o “louco” como pessoas fora da realidade ou sem consciência dos próprios atos, sem capacidade de entendimento, de tomar decisões ou responsabilizar-se por elas, e atitudes sem lógica, sem coerência. Para essa ancoragem, como fuga da realidade, Vietta e Kodato (2001) configuram essa característica como a representação da psicose.

(...) não tem a consciência das atitudes que ele faz, né? (E2)

(...) uma pessoa que andava, assim, na rua, ficava chutando o cigarro, catava, colocava na boca, depois jogava de novo e chutava. (E3)

(...) sei lá, não sei o que se passa na cabeça, acho que uma pessoa assim com doença mental, não sei... não passa nada pela cabeça dela assim, né. (E5)

(...) porque ele não tem condições de reagir... de ser responsabilizados pela condição deles. (E9)

Ah, aquele é louco, ele não vai entender nada. (E8)

Dá a impressão que a pessoa não tá entendendo nada, cê fala, fala, fala, e ela não tá assimilando. (E8)

Os discursos acima, além de trazerem ancorados a loucura como desrazão, desatino e alienação, exibem, implicitamente, a associação entre “loucura” e falta de “autonomia”, pois como explica Nunes e Torrenté (2013), a desrazão imprimir atributos negativos que se relacionam à incapacidade de responder sobre si, implicando uma necessidade de tutela, imputando a falta de autonomia, anulando a cidadania e limitando suas condições. Expõem também que a restrição das possibilidades de participação civil e os limites impostos pela desrazão caracteriza-se como uma violência cívica, que se constitui um tipo de violência simbólica dirigida a pessoa portadora de transtorno mental.

Pereira et al. (2007), investigando a concepção de agentes comunitários de saúde sobre o transtorno mental, também encontraram discursos onde concebiam esses indivíduos como dependentes, sem autonomia e, concluíram que tal visão traduz-se pela própria mitificação que envolve o transtorno mental e que tal discurso facilitaria o estado de cronicidade e subjetivaria a loucura a uma relação com o permanente, imutável.

Concordamos, quando Providello e Yasui (2013), refletem que a face da loucura mais emblemática é a de subjugação, que conduz a pessoa portadora de transtorno mental ao exílio da cidadania.

(...) não saber nem o que eu tô fazendo... precisar de ajuda assim... dos outros. (E5)

(...) ela tem que ter uma orientação... qual que seria o limite ... da condição, daquilo que ela poderia tá desenvolvendo. (E9)

(...) eles não conseguem falar o que realmente, qual é a necessidade que eles querem. (E10)

Quando atestamos que a pessoa não sabe o que faz, necessita de ajuda ou é limitada, estamos invalidando sua condição de pessoa autônoma. Extirpar essa condição é desqualificá-la como sujeito livre, autônomo, com auto-suficiência, responsável e capaz de participar da sociedade. Vechi (2004) reforça essa ideia quando elucida que a noção de doença mental é aplicada para negar a condição de sujeito autônomo.

Castel e Haroche (2001, p. 48), afirmam que para um indivíduo existir, ter “capacidade de desenvolver estratégias pessoais, dispor de uma certa liberdade de escolha na condução de sua vida” não pode estar na dependência de outro.

Faleiros (2007) reflete desrespeitar a autonomia dos indivíduos, bem como hostilizá-los, negar acesso aos serviços de saúde, não ouvir e acolher o indivíduo e infantilizá-lo são atos de violência praticados pelos profissionais de saúde e caracterizam violência institucional.

Na leitura dos discursos, identificamos a fala de um dos sujeitos do estudo que, ao explanar sobre seu medo de desenvolver um transtorno mental, revela que seu medo está atrelado a perda da autonomia e limitação pressuposta pela “loucura”. E que tal condição, muito ruim, como o mesmo enfatiza, limitá-lo-ia a fazer quase tudo comparando essa limitação as mesmas sancionadas a uma deficiência física.

Eu tenho medo... de perder minha autonomia de escolha... eu acho a perda da autonomia muito ruim... vai me limitar... tudo que eu faço hoje vou ter dificuldades pra fazer... assim como eu tenho medo de ficar cego, de ficar mudo, surdo, ou sem andar, eu acho que passa pelo mesmo medo, vou sofrer limitações. (E1)

Muito possível que essa relação ancorada por este entrevistado esteja embasada na historicidade da exclusão, onde epiléticos, criminosos, “bêbados”, “sifilíticos”, deficientes físicos e mães solteiras eram considerados como inaptos a conviver em sociedade e confinados ao internamento.

Um outro olhar sobre o discurso acima, pode incutir uma percepção de que, ao cuidar de uma pessoa portadora de transtorno mental, esse profissional, o veria como sendo

limitado e sua prática estaria ancorada na ideia de incapacidade, delegando ao “louco” um papel de “ser limitado”, dependente, incapaz de escolhas e superação.

Mas se o “louco” não é capaz, é um “ser limitado”, a quem caberia essa decisão e escolha? Quem exerceria tal tutela, a família, a judicialização, o profissional da saúde, o médico?

Faço aqui um parêntesis, pois acredito ser relevante imprimir minha percepção, não sobre a pessoa do profissional em si, mas o que ele representa e que, desde o início era o que me incomodava no meu ambiente de trabalho. O profissional que formulou tal discurso, é jovem, “pessoa bem quista”, admirado pela equipe, reconhecido por demonstrar grande apreço pelos “pacientes psiquiátricos”.

Concebo que durante a formação acadêmica, nos aproximamos e “experimentamos” as inúmeras possibilidades e especialidades e que, nossa escolha para uma especialização será a que nos completará como profissionais, será gratificante e teremos ou temos maior afinidade. Ora, se isso é legítimo, e mesmo assim, não conseguimos desenraizar o preconceito e o estigma da figura do “louco”, como poderemos cuidar desses indivíduos? Se o especialista é capaz de projetar tais representações, mesmo aprofundando-se no conhecimento da saúde mental, e suas práticas estão impregnadas delas, que suporte há para que os profissionais da Atenção Básica cuidem dessas pessoas? Como esses profissionais lidam com seus diversos sentimentos e ambiguidades na representação da pessoa portadora de transtorno mental?

Retornemos às questões de autonomia e cidadania.

Castel (1978), traz que desde que a psiquiatria foi criada na França, após a Revolução Francesa, institui-se ao “louco” a marca de um sujeito incapaz, sem direito, o qual não fazia parte do “circuito regulado das trocas”, inferindo-se que a cidadania era um atributo pertencente aos iguais (normais). Cidadania, ou melhor, cidadania plena para muitos, é entendida como uma combinação de liberdade, participação e igualdade, ou seja, indivíduo com direitos civis, políticos e sociais (OLIVEIRA; ALESSI, 2005).

No Brasil, somente a partir da década de 80 é que a luta e busca pela cidadania foi incorporada aos movimentos sociais e por consequência estendeu-se à área da saúde e saúde mental, compondo o discurso da Reforma Psiquiátrica. Um dos objetivos das produções teóricas produzidas durante esse período nas Conferências Nacionais de Saúde Mental era a mudança da terminologia “doença” e “doente mental” pois, pretendia-se com isso, a construção de um novo olhar sobre a pessoa portadora de transtornos mentais além daquela

fornecida pelo seu diagnóstico. (OLIVEIRA; ALESSI, 2005). Tal visão poderia contribuir para garantir a autonomia e cidadania.

Aspiramos pela autonomia e cidadania à pessoa portadora de transtorno mental, contudo, acreditamos que o estigma seja o maior entrave para a sua conquista, mesmo que a Reforma Psiquiátrica ter driblado inúmeros obstáculos e sua luta ter como uma das bandeiras a “devolução” da condição de igual, de indivíduo capaz e com direito à autonomia e cidadania e o fim da institucionalização, pois ainda observa-se que a “loucura” e o “louco” situam-se à margem da sociedade.

A Reforma Psiquiátrica é indispensável para a construção da cidadania. Inúmeros são os artigos que reforçam a necessidade de resgate da cidadania por meio da autonomia e aceitação das diferenças (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005). Segundo a Portaria n.º 3088 (BRASIL, 2011c), a inclusão social virá com a promoção da autonomia e cidadania por meio de estratégias substitutivas, como os previstos pelas Estratégias de Desinstitucionalização.

Queiroz (2006) cita que o exercício da cidadania coopera na substituição de práticas segregadoras e que a criação de novas estruturas com base comunitária e no território, são os objetivos da Reforma Psiquiátrica que visa o fim das práticas de exclusão e a desconstrução do “Manicômio”. CAPs, NAPS, Residência Terapêutica, Oficinas Terapêuticas e o Programa “De volta para Casa” são alguns exemplos de serviços abertos e com base comunitária que tem como meta a reinserção social por meio do fortalecimento de laços familiares e sociais, do trabalho e do lazer.

Porém, Amarante (2003) nos alerta para que não caiamos no erro de resumir a Reforma à implantação de serviços abertos e de oficinas terapêuticas, pois estes não conseguirão transpor o paradigma psiquiátrico, uma vez que se observa práticas que reforçam a cronicidade e a exclusão nesses serviços.

Se objetivamos resgatar a cidadania das pessoas portadoras de transtorno mental, primeiramente precisamos reconhecê-las como iguais e admitir que ainda ancoramos sua representação à marginalização e exclusão, mesmo quando tentamos incluí-las e que se faz necessário, revermos nossa prática, desconstruí-la e estruturá-las em imagens que concebam a pessoa portadora de transtorno mental apenas como pessoa, como um ator social, capaz de encenar sua própria história.

“A loucura”

Nessa Unidade Temática, agregamos as ideias que compuseram a origem/etiologia dos transtornos mentais, ou como muitos citaram, em seus discursos, as causas da loucura.

As falas ancoraram a origem da “loucura” como emocional (psicológica), ambiental, espiritual, biológica (organicista), hereditário/genético e multicausal. São dessas concepções que as práticas, muitas vezes, são originadas. Conforme explica Vietta e Kodato (2001), as práticas de saúde trazem, implicitamente, as representações sobre o transtorno mental e essa representação se dá pela articulação aos sistemas hegemônicos.

Nos discursos analisados, encontramos a fala de um dos sujeitos do estudo que relaciona sofrimento e dor como tendo origem na alma e se a causalidade do transtorno mental superasse a ordem biopsicossocial e transcendesse para a ordem do sobrenatural (espiritual). Sua concepção encontra-se amparada no campo do misticismo e possivelmente teve influência de sua religião (Espiritismo), o que nos mostra a sobreposição do senso comum ao pensamento científico.

O transtorno mental, seja lá o que for, de um CID psiquiátrico, a pessoa num sangra, a dor dela é de outro jeito, é uma dor que vem da alma. (E2)

Machado (1995), corrobora com esse pensamento, expondo que a compreensão de normalidade e anormalidade psíquica perpassa por diversos saberes, do senso comum ao científico, transitando por inúmeros campos como o espiritual, filosófico, cultural, artístico, entre outros. O pensamento místico-religioso foi o modelo predominante até a idade média, vigorando até o início da renascença, onde foram substituídos por uma visão originada pelas observações e experimentações e grande valor à vida terrena (VIETTA; KODATO; FURLAN, 2001).

O organicismo, como causa do transtorno mental, também esteve presente nas concepções dos profissionais deste estudo.

(...) tem um problema na cabeça. (E5)

(...) um parafusinho solto, um fio, uma veia, que num começar a funcionar pode levar sim. (E7)

Ocorreu-nos grande surpresa a visão biológica de um dos sujeitos entrevistado onde a ênfase esteve presente na questão orgânica e não na psicológica e social, campo de sua formação profissional. Talvez a visão biológica desse sujeito possa ser explicada por seu tempo de formação onde ainda o modelo hegemônico em muitas formações era o voltado ao corpo. Como argumenta Silva e Fonseca (2003), na década de 90, o desenvolvimento dos exames de imagem e da neurociência possibilitou a investigação das reações neuropsicológicas alimentando a busca da localização da doença mental.

(...) orgânica, grande parte é orgânica. (E11)

Com o desenvolvimento das ciências biológicas, da física e da química é postulado, pela medicina, que a causa da loucura estaria ligada a um desarranjo orgânico. (VIETTA; KODATO; FURLAN, 2001). Segundo Perussi (1995), ao representarmos os transtornos mentais como tendo origem orgânica estamos naturalizando o objeto e objetivando a pessoa, excluindo-a do contexto psicossocial.

Durante a hegemonia do organicismo (século XIX) nas práticas e pensamentos da psiquiatria, qualquer insinuação a outras causas como psíquicas, alteração das funções mentais era vista como especulação e advinha de “médicos filósofos”. Esse modelo biológico, ao invés de relacionar história de vida e conduta anormal buscava explicações por meio da anatomia patológica e correlações entre sintomas e alterações dos tecidos cerebrais, pois visava lidar com fatos cerebrais e não processos mentais. Contudo, como os exames cerebrais eram praticamente impossíveis, a observação dos sintomas ganha evidência e passam a ser prova dos distúrbios cerebrais (PESSOTTI, 2006).

A limitação imposta, pela psiquiatria clássica, ao definir as síndromes e “etiquetar” a pessoa portadora de transtorno mental arranca a realidade desses indivíduos, afasta-os do convívio social, pois faz com que os mesmos tenham que aderir a uma doença abstrata e simbólica. E é essa objetivação do homem como síndrome que traz consequências irreversíveis como considerá-lo como uma categoria que necessita ser afastada e excluída (BASAGLIA, 2005).

E é nesse contexto de classificação, rotulação dos sintomas/síndromes que foram criadas as classificações dos transtornos mentais que iriam compor o CID proposto pela Organização Mundial de Saúde e até hoje utilizado, com a finalidade de se codificar classificar as informações médicas (SILVA; FONSECA, 2003).

Ao classificarmos os indivíduos impomos à pessoa categorizada uma objetivação, passa-se a vê-la como objeto e não mais como pessoa e com necessidades individuais.

O conceito emocional ou psicológico foi utilizado para definir a causa dos transtornos mentais e estiveram presentes em dois discursos. Como causas para o desencadeamento dos transtornos mentais os profissionais relataram a perda de um ente querido e ao abandono deste.

(...) abandono emocional, (...) é lógico que ela tem um problema, emocional muito grande. (E2)

(...) por perda de... de marido, namorado, noivo, e inclusive perda de filhos mesmo. (E3)

De acordo com a literatura, a loucura, como doença mental, psicológica, foi produzida na passagem do Classicismo para a Modernidade, onde a prática discursiva e social do internamento a base da psiquiatria e psicologia (SILVEIRA; SIMANKE, 2009). Com o descontentamento de se entender a loucura de maneira tão objetiva, cria-se espaço para a Teoria Psicanalítica de Sigmund Freud, a filosofia e a psicopatologia, na qual a subjetividade, o cotidiano e o existencial ganharam espaço. A subjetividade, antes ignorada, adquire no século XX uma importância indiscutível na filosofia e psicologia. A partir desse ponto, o homem passa a ser percebido como um “ser no mundo”, com processos afetivos e não apenas como um local onde os transtornos mentais ocorreriam e a subjetividade passa a ser entendida como “o universo da experiência pessoal”, os processos cognitivos e afetivos (PESSOTTI, 2006, p. 115).

No transcorrer dessa trajetória o limite entre loucura e doença mental é estabelecido como sendo de origem psíquica e a jurisprudência da alienação, a constituição do estatuto do incapaz, o qual é formulado pelas regras morais, éticas e políticas dos séculos XVII e XVIII é inaugurado. É nesse momento que se insere a figura do médico e a medicalização, pois é este que é escolhido pelo Estado para verificar a incapacidade dos indivíduos e necessidade de sua reclusão. Nasce assim o conceito de alienado psicológico e a medicina passa a intervir num campo mais amplo, onde o Estado, preocupado com o bem estar da população, delega ao médico a sua tutela (SILVEIRA; SIMANKE, 2009; MARTINS; PEIXOTO JUNIOR, 2009).

Com a psicanálise e a descoberta do inconsciente, implanta-se a necessidade de se conhecer o funcionamento psíquico, o qual não tinha interesse o modelo organicista. Esse novo olhar possibilita o surgimento das práticas comunitárias, a psiquiatria comunitária, a

psicofarmacologia e a psiquiatria democrática italiana que aponta para o fim dos manicômios e o processo de desinstitucionalização. Com todo esse conhecimento e novas correntes de pensamento, amplia-se o aspecto psíquico com a elaboração do chamado modelo psicodinâmico, onde as relações entre a história, família, a constituição do próprio sujeito são consideradas e não simplesmente seus sinais e sintomas, admitindo que o transtorno mental tenha uma relação com a multicausalidade (SILVA; FONSECA, 2003; VIETTA; KODATO; FURLAN, 2001).

Conforme elucida Vietta e Kodato (2001), a ampliação do conhecimento sobre “as perturbações mentais” e a sua relação com o meio social, notou a necessidade de não considerar apenas o biológico e o psicológico, mas de se incorporar os fatores sociais, dando início ao movimento da Psiquiatria Social e considerar que o transtorno mental dava-se no embricamento das relações entre indivíduo, meio social e família.

(...) influenciado pela vivencia, pelos traumas, pelo que a pessoa enfrentou na sociedade, na família, no trabalho. (E1)

(...) genéticos, mutações genéticas... comportamentais, familiares... uso de drogas... convívio social, familiar também... são fatores de aparecimento das doenças. (E9)

(...) orgânica, familiar, congênita... psicológicas, situacionais... não há uma causa única. (E11)

Os discursos acima reportam-se a uma visão de multicausalidade, considerando o biológico, o psicológico, os traumas, as relações familiares e demais relações interpessoais, e o uso de droga como “gatilho”.

A representação de “trauma” como origem dos transtornos mentais é um legado da psicanálise que os ancora como consequências a traumas infantis (VIETTA; KODATO, 2001). Segue abaixo outra fala inferindo os traumas como procedentes da “loucura”.

(...) algumas convulsões na infância, do nascimento... algum trauma sofrido. (E10)

Quanto a relação álcool e outras substâncias, na literatura, encontramos a associação entre o uso dessas como disparador ou comorbidade dos transtornos mentais. “Acredita-se que, em algum período de suas vidas, cerca de 50% dos pacientes com transtornos mentais graves desenvolvem problemas relativos ao consumo de álcool/drogas” (ALVES; KESSLER; RATTO, 2004). Os estudos citam que a dependência do álcool e outras

drogas dão origem a transtornos mentais, como episódios depressivo e transtornos de humor e que, na última década, a co-ocorrência de transtornos psiquiátricos e de uso de substâncias psicoativas é reconhecida pela psiquiatria (SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010).

Porém indagamos se o entendimento de “gatilho” para a ocorrência de transtornos mentais está correto, pois a própria dependência e uso de substâncias como álcool e drogas ilícitas já não seria um transtorno mental e a ocorrência de depressão, transtornos de humor, entre outros não estariam associados como comorbidade? Outro pensamento que surge ao não considerar a dependência e uso dessas substâncias como transtornos mentais e sim como disparadores, é de que, tacitamente, podemos considerar que o seu uso é uma escolha pessoal devido a uma fraqueza ou “falta” de caráter do indivíduo, reforçando o senso comum e as campanhas que carregam bordões como “CADA ESCOLHA TEM SEU PREÇO” ou “QUEM TEM OPINIÃO DIZ NÃO!”.

A representação de que os transtornos mentais são de origem congênita esteve presente nas falas.

(...) orgânica, familiar, congênita, psicológicas, situacionais... não há uma causa única. (E11)

Quando me deparo com o termo congênito, logo associo a algo que é inerente, próprio do indivíduo, nascido com ele. Então a utilização do termo não estaria em contradição ao considerar os transtornos mentais como decorrente a inúmeros fatores? Tal representação conduz ao entendimento de que nasce-se “louco”, não importando o meio e as relações nele existentes.

Aiello-Vaisberg (1999) defende que considerar a “loucura” como congênita é transformá-la em doença neurológica, infecciosa, deixando de ser um “problema” a ser analisado em nível humano e o que comporia uma história de vida transformaria-se em um prontuário, reduzindo-se os indivíduos e legitimando a exclusão.

Embora o modelo psicossocial, fortemente defendido pela psiquiatria preventiva nos anos 60 e 70 do século XX, venha preencher muitas lacunas e vislumbrar um multicausalidade para o desenvolvimento das doenças, gerando uma visão mais abrangente do indivíduo, até hoje encontra barreiras, pois muitos têm a tendência de acreditar naquilo que é concreto, no que pode ser testado e comprovado por imagens e exames como o modelo biomédico.

Distúrbios de neurotransmissores, deficiência ou aumento de neurotransmissores. (E1)

Apesar do esforço engendrado pelos profissionais de saúde em alicerçar os transtornos mentais como concepções existenciais e sociais, nota-se uma valorização negativa e concepções estigmatizantes por alguns, os quais quando questionados subitamente têm tendência a expressar os conceitos sobre transtorno mental ancorados nas representações do senso comum (VIETTA; KODATO, 2001).

Conclui-se que, atualmente, o desenvolvimento tecnológico e investigativo na área da saúde defende duas convenções predominantes dos transtornos mentais, o modelo biológico e psicossocial e reitera que, a representação desse adoecimento condiciona o tratamento, a qual foi idealizada historicamente. Reafirma-se que o modelo orgânico desfruta de melhor visibilidade e reconhecimento social, em virtude das hipóteses propagadas pela psiquiatria positivista. Todavia, o modelo psicossocial busca a consolidação de bases teóricas e de conceitos que enraízem as práticas (SILVA; FONSECA, 2003).

Já os conceitos de hereditariedade e genética, são vinculados na literatura a Morel, no ano de 1840 com a Teoria Degenerescência Hereditária, embora essa noção sobre hereditariedade estivesse presente desde o início da psiquiatria e Pinel e Esquirol já a destacasse um padrão recorrente familiar na mania e na melancolia (PEREIRA, 1999).

Em nosso estudo, mais da metade dos entrevistados trazem a representação de hereditariedade e genética para explicar a ocorrência dos transtornos mentais.

(...) é hereditário... vem desde o pai... passa do pai pro filho e do filho pro filho. (E5)

(...) hereditariedade... acho que mais é hereditariedade mesmo... e acho que é assim que começa. (E7)

(...) tem a parte genética. (E8)

(...) questão hereditária... genética. (E10)

(...) origem genética... a pessoa nasce com aquela característica ou ela vai ter aquele comportamento ao longo da vida. (E12)

Essa teoria, de caráter moral, vincula o transtorno mental a um “mal endógeno”, ocorreria por um desvio mórbido à perfeição humana, fugindo do padrão da espécie humana e revelaria no homem a marca de seu próprio defeito, com piora progressiva aos descendentes até levá-los à eliminação natural. Morel supunha que as causas da degenerescência estava

filiada às intoxicações, o meio social pobre e insalubre, a imoralidade dos costumes, enfermidades congênitas e as influências hereditárias. Mais tarde, outro estudioso, Magnan, reformula a teoria de Morel, voltando-a para o evolucionismo de Darwin, iniciando o pensamento genético e estreitando as relações entre alterações psicopatológicas e lesões do sistema nervoso. Essa predisposição hereditária, genética, exposta a situações de desequilíbrio ou tensão biológica e sociais instalaria os estados psicopatológicos (PEREIRA, 1999).

Uma fala que nos chama a atenção traz a utilização do verbo “pegar”, que em nosso entendimento dá, implicitamente, a leitura de transtorno mental como contágio, representação que já foi elaborada em determinada época, principalmente quando remete-se a figura do “epiléptico” nos “hospícios” e o surgimento da teoria da “loucura” pelo contágio.

Se ela pega um antecedente na família que teve alguma doença psiquiátrica... interação genética com o ambiente... a pessoa tem que tomar cuidado, muito cuidado, quem tem... os traços, o potencial. (E12) – grifo nosso

A conexão entre biológico e social dá origem a uma representação obscura, implícita quando pensa-se a natureza e a essência da “loucura”. Esse saber remete-se a um funcionamento intra-orgânico e aos seus resíduos sanguíneos e humoral, designando o meio onde ocorre o encontro entre o social e o biológico. Essa ancoragem penetra no interior dos corpos e por meio dos líquidos corporais “pega-se” a “loucura”, quando esses ‘caem’ sobre outros corpos, criando-se um espaço mental, simbólico que estabelecerá uma relação entre o grupo dos doentes mentais e a sociedade (JODELET, 2005).

Um outro prisma para justificar a gênese dos transtornos mentais foi o ambiente, o social, o qual a pessoa está inserida, bem como as relações por ele e nele estabelecidas. Stress, ansiedade, modo de vida, família, adversidades e as implicações de um sistema capitalista. A percepção de que o meio agiria como protetor também este presente.

(...) o ambiente que cê vive, que a criança cresce... pode... futuramente causar alguma coisa. (E4)

(...) porque hoje eu considero que eu tenho uma vida boa, sabe assim, eu tenho ... minha família do meu lado, eu gosto do que eu faço, tenho pessoas maravilhosa comigo. Eu não tenho medo de enlouquecer. (E3)

(...) stress... muita coisa...ansiedade...as vezes a família... então acaba a pessoa ficando doente. (E5)

(...) o modo de viver, convivência com da família também pode levar a ta desequilibrando essa pessoa. (E6)

(...) atribuições e cobranças. (E10)

O discurso abaixo traz embutido a compreensão de transtorno mental e necessidade de ‘ser e ter’ ou de “ter para ser”, as quais estão embutidas por uma sociedade capitalista, onde valoriza-se o consumismo e equipara o sucesso pessoal às conquistas materiais.

(...) o meio hoje em dia ta favorecendo os transtornos mentais... a busca de querer ser, de ter, e tudo mais. (E10)

Ao fundamentar o elo entre transtorno mental e capitalismo, Erich Fromm, agrega à psicanálise os fenômenos sociais e políticos ao revisar a dialética de Freud, além de substituir a filosofia mecanicista materialista, que segundo ele era uma herança de seus preceptores, por uma filosofia humanista, pois compreende que o homem como um “ser social” e que os modelos econômicos se expressariam nele. Esse condicionamento levaria a duas consequências: a de sermos “engrenados para trocar e receber, para transicionar e consumir tudo”, tornando-nos “objeto de troca e de consumo” e também, por interesse e capricho de uma classe dominante, o homem seria impelido a existir de acordo com suas normas, e que a busca pelo “lucro”, levaria alguns a render-se de “corpo e alma” aos impulsos do dinheiro e como consequência surgiria um mundo doente com pessoas doentes (MARQUES, 2010).

Jodelet ao expor os resultados do seu estudo “Loucuras e Representações Sociais”, explica que quando se traz a concepção de social como gênese da “loucura”, os indivíduos a julgam com “por acidente” e só afetando os adultos, afastando a hereditariedade, a qual fica mais destinada aos fenômenos ou sintomas manifestados desde a infância, com exceção dos episódios somáticos. Reforça que o senso comum credita a causalidade social a ao seu modo de vida e que condições de existência como ritmos rápidos, facilidades da modernidade e do dinheiro, às oposições ao ideal familiar, os costumes burgueses, a exposição do indivíduo que minam a força interior são patogênicos (JODELET, 2005).

5.2.2 Categoria 2: Práticas de saúde e a Atenção Básica

A Categoria 2, intitulada “Práticas de saúde e a Atenção Básica” é composta pelas Unidades Temáticas: “Práticas de Saúde: Fragilidades e Potencialidades” e “Atenção Básica: UBS E USF”

Práticas de Saúde: fragilidades e potencialidades

Na Unidade Temática “Práticas de Saúde: Fragilidades e Potencialidades” explanamos o cuidado elaborado e prestado pelos profissionais de saúde à pessoa portadora de transtorno mental e as várias práticas de saúde por eles realizada. Também estaremos discutindo a capacitação profissional para assistir essa clientela, os sentimentos despertados por esse vínculo e se, a inclusão social é vista como um enfoque a ser trabalhado no cuidado à pessoa com transtorno mental.

Ao analisarmos as falas, ou opiniões dos entrevistados, observamos alguns aspectos que necessitam de atenção. Esses aspectos foram considerados como fragilidades por estarem dissonantes com as propostas da Reforma Psiquiátrica, Portarias do Ministério da Saúde sobre a Atenção Básica e a Saúde Mental, além de gerarem dissimetrias na relação entre o profissional e a pessoa portadora de transtorno mental.

Um dos desafios a serem superados, identificado por nós, relacionam-se às abordagens terapêuticas empregadas à pessoa portadora de transtorno mental naquele cenário. Todos trouxeram a necessidade de medicação para controle dos sintomas como sendo a intervenção mais eficaz, e para alguns, a única.

(...) ele falava assim: “eu vejo vulto... demônio... espírito... correndo pela casa”, eu falava: “então você tem que tomar seu remedinho, é uma coisa que você vai ter que tomar pra sempre. (E8)

(...) serem medicados para terem procedimento mesmo coerente com o problema deles. (E11)

(...) louco é quando ele pára de tomar remédio e surta... porque pela pouca experiência que tenho, quando a pessoa toma o remédio certinho ela consegue ter uma vida normal. (E8)

(...) acho que desde que medicado, controlado. (E12)

A utilização da medicação foi introduzida na psiquiatria em 1952, após a descoberta do primeiro neuroléptico – a clorpromazina. Nessa mesma década se dava o apogeu da Psicanálise (RODRIGUES, 2003). Contudo, na França, por volta dos anos 1950 e 1960, disseminava-se que a “quimioterapia é eficaz quando combinada a uma psicoterapia” (EHRENBERG, 1998, p. 26). Apesar das tentativas de manutenção do pensamento acima, percebe-se que as perspectiva de eficácia, retorno à normalidade, combate aos sintomas e rapidez nos resultados, são cada vez mais atrativas na indústria farmacêutica ao invés dos “divãs” e demais psicoterapias.

De acordo com Rodrigues (2003, p. 15), “as promessas das novas medicações são cada vez mais sedutoras”, pois acenam para o fim dos sintomas em poucas semanas. A medida que a psicofarmacologia se mostra mais eficaz, as terapêuticas psicanalíticas vão perdendo espaço, embora sejam consideradas importantes, os resultados são a longo prazo. Acrescenta ainda que, embora a história da psiquiatria e seus adeptos percorram os diversos modelos teóricos (psicossocial, psicológico, biológico, entre outros), nos dias atuais, percebe-se um crescente debate a favor do biológico, da metodologia “cientificista-biologicista-farmacológica”.

Não pretendemos aqui, “crucificar” os psicotrópicos, mas alertarmos para a necessidade de terapêuticas além das farmacológicas e acautelarmos para os retrocessos. Não há mais espaço para considerarmos o homem apenas um ser biológico, um corpo a ser “anestesiado”, “contido”.

(...) tinha que ser medicada, contida... quimicamente. (E2)

(...) vive dopada de medicação. (E5)

Tavares e Hashimoto (2008) apontam que a medicalização excessiva é uma das formas sutis de alienação da atualidade, e que há uma tendência em se “patologizar” os sentimentos e classificar como “doente” o indivíduo acometido. Essa alienação refere-se a conduzir “o doente” a identificar-se e internalizar o próprio rótulo, pois o diagnóstico nos leva a nomear nosso “mal estar” ao invés de refletirmos sobre ele e nos exonera da necessidade de compreender subjetivamente nossa condição, nos alienando.

A esse respeito Basaglia (2005, p. 97) afirma que

Se o encontro com o doente mental se efetua no corpo, só é possível efetuarlo num corpo presumidamente doente, operando-se uma ação objetificante de caráter pré-reflexivo, da qual se deduz a natureza da abordagem a estabelecer: nesse caso, impõe-se ao doente o papel objetivo sobre o qual virá a basear-se a instituição que o tutela. Assim, o tipo de abordagem objetificante acaba influenciando o conceito que o doente faz de si, conduzindo-o – por meio de tal processo – a só poder vivenciar-se como corpo doente, exatamente como é vivenciado pelo psiquiatra e pela instituição que trata dele.

Corroborando com nossos resultados e com a reflexão de Basaglia, Severo e Dimenstein (2009), referem que os “pacientes” identificam o uso dos medicamentos psicotrópicos como o que garantirá à manutenção da normalidade e ao não surgimento dos sintomas, pois essa é uma concepção por eles internalizada.

Ao analisarmos os discursos dos sujeitos, observamos que alguns reportam-se ao medicamento como sendo um “elixir”, o qual produz efeitos “miraculosos”, levando ao alívio e “cura” do insuperável, além da garantia da qualidade de vida.

(...) nada é insuperável que não possa ter tratado com medicações para ser aliviado... uma pessoa depressiva se ela tomar o remédio certinho ela fica bem... eu acho que é mais tratamento assim. (E4)

(...) ele fazendo o acompanhamento certinho no médico, tomando as medicações certinho, ele pode ter uma vida boa... eu acho que ele deve fazer isso. (E5)

Na verdade, o que se nota é que a medicalização gera uma diminuição da capacidade de enfrentamento, seja das dores ou das doenças, e a ação especializada do profissional de saúde em somente medicar leva a destruição da autonomia do “paciente” ao invés de conduzi-lo à autonomia, pois reivindica-o à submissão e alimentando sua dependência (TESSER, 2006).

Além dos fármacos atuarem nos sintomas, é comum que os profissionais vinculem a ele, equivocadamente, o papel de inclusão social, pois seu uso levaria à normalidade e restabelecimento da dignidade.

(...) quando a pessoa se trata, eu acho que ela consegue levar, 90% da vezes uma vida normal. Esse é o intuito da medicação, devolver a dignidade para pessoas. (E12)

Ao delegarmos ao medicamento a responsabilidade de “cura” isentamo-nos da nossa, impossibilitando as demais terapêuticas possíveis e muitas vezes, reforçamos a crença de que o acompanhamento em saúde mental baseia-se, fundamentalmente, na prescrição de medicamentos. Quando atuava como enfermeira, inúmeras pessoas portadoras de transtorno mental ou familiares faltavam às consultas e ao buscar novo agendamento, esclareciam que não haviam comparecido porque ainda dispunham de medicamentos e que, se as receitas fossem fornecidas nem necessitariam de atendimento, pois encontravam-se “estáveis”.

O retorno constante da pessoa portadora de transtorno mental aos serviços de saúde, e a crescente necessidade de utilizar os psicofármacos revelaria a cronicidade dos quadros desses indivíduos (DANTAS, 2008).

Segundo Severo e Dimenstein (2009), a medicalização é uma estratégia da biopolítica, um assujeitamento, pois leva o indivíduo a não refletir sobre sua condição, aceitando-a, além de não promover uma transformação social, pois busca apenas a “normalização”. Leva o sujeito incorporar o discurso de que o psicotrópico constitui a única prática necessária à sua vida e a sua condição de normalidade. Acrescenta ainda que, o médico deveria aproveitar-se dessa demanda destinada à medicação para promover uma cultura à outras terapêuticas, fora de sua formação, buscando o fortalecimento e desenvolvimento de outras estratégias de cuidado e não somente “regrar” a loucura.

A medicalização e a alienação pelo uso excessivo dos fármacos foi apontado apenas por um profissional, o qual cita que o uso indiscriminado dos psicofármacos leva a perda da identidade, e a alienação.

Só medicação cria dependência... dopa a pessoa, ela fica robotizada... ela começa nem saber quem ela é mais, a pessoa começa a perder a identidade, perde tudo. (E11)

O mesmo profissional reflete que nos dias atuais também há uma banalização e uma cultura na prescrição dos medicamentos.

Hoje a medicalização está demais... tudo agora: você está nervosa, toma um calmante... tá na moda... a gente acaba se acomodando... “ah tem remédio para isso”. (E11)

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007c), de uma maneira geral, quando pensamos em clínica, logo nos vem à mente um médico prescrevendo um fármaco ou solicitando exames para comprovação ou não de uma hipótese diagnóstica, no entanto, a

clínica deveria ser algo maior, pois as pessoas não podem ser limitadas às expressões das doenças que portam.

Uma outra relação estabelecida com o tratamento foi vinculá-la a figura médica, cedendo a esse profissional a escolha das abordagens terapêuticas.

(...) quando chega a gente passa pro doutor, aí se ele achar que tem a necessidade já dá a medicação. (E4)

(...) o doutor... ele entende do que ele tá fazendo. (E2)

De acordo com Pitta (2011, p. 4582), o simbolismo do fármaco e da figura do médico necessitam ser trabalhados na relação com o usuário, pois o enfrentamento do modelo médico hegemônico significará uma clínica desempenhada por todos os profissionais de saúde. Ainda acrescenta citando uma frase de Luiz Cerqueira, Psiquiatra e Coordenador Nacional de Saúde Mental dos anos 70: “a saúde mental é coisa muito séria para estar confinada em mãos apenas de psiquiatras”.

No cenário investigado, também encontramos que o médico é a figura a instituir o tratamento e as funções dos demais profissionais, em relação a pessoa portadora de transtorno mental e que, tal “relação de poder” exercido não é algo velado, mas uma prática explícita e aprovada, porque em nenhum momento durante as entrevistas, os profissionais trouxeram que essa relação era desconfortante, indevida ou impossibilitava e restringia suas práticas, mas fazia parte do funcionamento daquela instituição.

Eu acho que eu posso contribuir no sentido de que a figura do médico ainda é uma figura de formação de opinião, e ainda dentre os profissionais de saúde é a figura, meio que mitificada, mas nessa mitificação você tem alguns privilégios no sentido do convencimento, então você consegue abordar de maneira mais...é... convincente. (E1)

(...) agentes de saúde com a supervisão da medicação, com o suporte familiar, visita domiciliar... a enfermeira... gerenciando a tomada de medicação. (E1)

(...) o que a gente tem aqui é médico... ele é quem pode atender. (E5)

Ao utilizarmos das relações, por exemplo, médico-paciente, para determinarmos um tratamento ou uma conduta, estabelecemos “relações ou práticas de poder” entre as partes. Como consequência a essas práticas temos a instauração das normalizações, que segundo Foucault (2010), serão embasadas em mecanismos contínuos, reguladores e corretivos, os

quais avaliam, hierarquizam e (*des*)qualificam. Ainda segundo o mesmo autor, a medicina, na figura do médico, transforma-se em tática de disciplina e regulamentação social, normalizando, disciplinando o corpo adoecido e prescrevendo as condições ideais para se viver socialmente, normalizando os corpos e a sociedade (FOUCAULT, 2005).

Ainda segundo a terapêutica medicamentosa, outros dois aspectos foram mencionados pelos entrevistados: a recusa na prescrição e a não adesão ao tratamento.

Alguns profissionais, principalmente os médicos, afirmavam que as medicações psicotrópicas são específicas e deveriam ser prescritas por especialistas e que desse modo não poderiam prestar cuidados a essa população na Atenção Básica, cabendo-lhes encaminhá-los.

Muitas drogas que são usadas... eu não tenho experiência clínica, eu não tenho experiência com interação com outras drogas... e eu acho que a grande parte dos médicos que trabalha nessas unidades, eu diria que pelo menos 90% também não tem... eu vejo como uma situação de alto risco.... eu acho que essas situações são preocupantes. (E9)

Ao mesmo tempo que a medicação foi reconhecida como eficaz e a melhor terapêutica destinada à pessoa portadora de transtorno mental, sua utilização levou a recusa de atendimento e encaminhamento do paciente.

Tem alguns médicos que não gostam de estar receitando um determinado medicamento...aí ele encaminha para um outro lugar, isso sempre está acontecendo aqui. (E6)

A hora que vem pra cá e a gente tem que encaminhar mesmo, para eles serem medicados. (E11)

Ao nosso ver, esses encaminhamentos foram realizados de maneira indevida e facilitados pela não inserção desses indivíduos a outros tipos de abordagens terapêuticas e seguimento com demais profissionais de saúde como psicólogos e enfermeiros. Acreditamos que se esses indivíduos estivessem em acompanhamento multiprofissional o seu encaminhamento seria analisado de maneira mais cautelosa, pois além dos médicos, esses teriam outros vínculos, e no mínimo, tal situação seria discutida nas reuniões de equipe da unidade.

O segundo aspecto apontado sobre medicação foi a não adesão ao fármaco pelo fato de não aceitação do transtorno mental.

A pessoa que tem a doença mental... é difícil a adesão da pessoa que tem doença mental... difícil ela encarar... eu acho que é falta de aceitação. (E12)

O que chama a atenção no discurso acima é que primeiramente, a não adesão é vista como responsabilidade exclusiva da pessoa portadora de transtorno mental “ela encarar”, e em nenhum momento, o entrevistado sugeriu uma alternativa ou visualiza uma estratégia para que isso não ocorra ou no mínimo seja minimizado.

Quanto a adesão medicamentosa, um outro entrevistado citou vivenciar tal dificuldade, porém mencionou a estratégia adotada pela equipe para diminuir tal evento.

A gente faz como se fosse hospital-dia, se a pessoa estiver com adesão ruim ela vem tomar a medicação aqui. (E1)

Apesar da preocupação com o não abandono da medicação, e de pensar alternativas para o problema e de se co-responsabilizarem pela não adesão à medicação, a tática escolhida baseia-se na tutela, no assujeitamento e objetivação dos sujeitos, muito parecida com aquelas cenas das “filas de medicação” dos manicômios.

Faz-se necessário a idealização de métodos que levem a pessoa portadora de transtorno mental a refletir sobre suas dificuldades, suas responsabilidades, a trabalhar a sua não aceitação ao tratamento, a transformar-se.

Perussi (2010), afirma que a lógica asilar não acabou, embora leitos estejam sendo fechados ou destinados a hospitais gerais, A “noção de lógica asilar”, ainda pode ser percebida nas práticas destinadas a pessoa portadora de transtorno mental. Essa lógica consiste em atitudes de tutela, enquadramento moral.

Ainda sobre as práticas destinadas à pessoa portadora de transtorno mental, somente três profissionais apontaram outros tipos de abordagens terapêuticas realizadas ou necessárias.

(...) envolver o psicólogo, psicoterapia, que é o medicamento mais a psicologia, ajuda bastante. (E4)

(...) associando... o tratamento farmacológico, a terapia para ele, junto com a medicação, essa é a dupla... que dá certo. (E11)

(...) médico, psicólogo... uma equipe que leve ajuda a esse enfermo. (E12)

Podemos concluir que referente às terapêuticas, os profissionais que compõem o cenário de nosso estudo, baseiam-se em estratégias farmacológicas, poucos são os que

buscam construir outras alternativas. Questões relativas ao olhar biopsicossocial não foram relatadas, reforçando nossa percepção de que busca-se somente a remissão dos sintomas e não o entendimento do processo de adoecer.

Outro ponto a ser discutido nesse estudo vincula-se aos discursos de exclusão e, ao analisarmos os discursos como um todo, podemos inferir que as práticas de alguns profissionais de saúde à pessoa portadora de transtorno mental também estão condizentes com tal representação.

Posso estar sendo... pouco inclusivo talvez... mas realmente, com sinceridade, respondo que depende do diagnóstico... viver como as pessoas não doentes mentais... é realmente restrito... o prognóstico não é bom. (E1)

(...) alguns transtornos são realmente nocivos. (E2)

(...) quem vai cuidar do doente mental, que necessita de cuidados, acho que é a grande questão. (E9)

Tal hipótese acima emerge porque foram poucas as possibilidades vislumbradas pelos profissionais de saúde e ínfimas foram as estratégias encontradas para uma prática inclusiva e totalizadora com uma visão otimista sobre as possibilidades desses indivíduos. Entretanto, inúmeros foram as dificuldades e as perspectivas consideradas como não promissoras.

Realização na vida?... é bem mais comprometedor.. porque a vida... o sucesso na vida já tem sido difícil pra todo mundo... para pessoas que não tem esse transtorno. (E11)

Hoje a sociedade ela tem um aspecto muito competitivo...alta exigência...faz com que elas não consigam se inserir. (E9)

Não podemos desmerecer as tentativas e possibilidades de inclusão apresentada por alguns profissionais, todavia, essas eram investidas de ambiguidade, ao mesmo tempo em que seus discursos direcionavam para práticas de inclusão, logo em seguida eram excludentes.

Enquanto profissional eu posso buscar alternativas de integrar esse indivíduo à sociedade, então a gente, às vezes, tenta algo de uma atividade. (E10)

(...) é tratar e controlar se já existe um diagnóstico e uma avaliação de um especialista...eu não tenho como fazer um atendimento para um transtorno assim grave mental. (E10)

Tais ambiguidades, talvez possam ser justificadas pela própria história da psiquiatria, pois observamos que “ciência” e prática vivem em constante litígio.

A esse respeito, Oliveira e Alessi (2005) afirmam existir um paradoxo entre transtorno mental versus cidadania, pois ao longo da história a psiquiatria concebeu o transtorno mental a partir de uma norma e o ser humano como desprovido de razão, não podendo dessa forma ansiar por seus direitos, instaurando-se uma lacuna intransponível.

Diante disso, os objetivos da Reforma Psiquiátrica não podem ser compreendidos como a busca de uma melhora e humanização dos serviços de saúde, mas como uma transformação no discurso científico, principalmente no entendimento do que seria o transtorno mental. Se nossa visão for limitada por essa concepção, continuaremos excluindo a autonomia dos indivíduos, mesmo que o consideremos usuários voluntários dos serviços e não mais um paciente. O fato de se cuidar em serviços substitutivos não garante uma assistência de natureza não manicomial e de qualidade (BATISTA, 2014).

Para superarmos as práticas baseadas na tutela e na exclusão, precisamos resolver os conflitos existentes em nossas concepções quanto a representação da pessoa portadora de transtorno mental. É preciso compreender a maneira como ancoramos e objetivamos tais indivíduos e trabalharmos essas imagens pois, caso nos neguemos a confrontar nosso “imaginário”, nossas falas e práticas serão constituídas de uma eterna ambiguidade.

Conforme afirma Saraceno (2001), os conceitos de cidadania, autonomia e socialização apresentam-se conflituosos para profissionais de saúde, instituindo processos psicossociais divergentes. Embora os serviços extra-hospitalares facilitem a superação das práticas custodiais, essa facilitação não garante a efetivação de projetos terapêuticos transformadores. Faz-se necessário assimilar as pretensões da Reforma Psiquiátrica, que para o Ministério da Saúde compreende:

Um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do “louco” e da “loucura”, mas especialmente em torno das políticas públicas para lidar com a questão. Trata-se de um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (BRASIL, 2007a, p. 63).

Consideramos que reconhecer a falta de capacitação para uma prática qualificada foi algo positivo, pois julgamos que o primeiro passo para a mudança surge no reconhecimento das nossas debilidades.

(...) eu não sei como lidar... a gente não tem capacitação para lidar com o doente mental. (E2)

Será que eu estou fazendo a coisa certa? Será que eu estou fazendo errado?... pois às vezes você acha que está colaborando e você pode não estar. (E3)

São pacientes que vem frequentemente na Unidade, não fomos preparados para receber, capacitados... mas a gente acolhe dessa maneira, tenta fazer algo, algo mais pontual. (E10)

Olha a formação do médico hoje não lhe dá estrutura adequada para dar seguimento a um transtorno mental severo... falta ao clínico reconhecer melhor os sinais e sintomas da doença psiquiátrica. (E12)

As falas acima demonstram que os profissionais além de reconhecerem não possuir capacidade técnica para desenvolver suas práticas, preocupam-se em não prestar uma assistência iatrogênica.

Uma das estratégias capazes de garantir possibilidades de novas práticas é a capacitação dos profissionais de saúde para assistir pessoas portadoras de transtorno mental. Não será a realocação do “doente mental” em serviços extra hospitalares que garantirá projetos que sejam terapêuticos e que respeitem a autonomia e a inclusão desses indivíduos (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Uma das dificuldades encontradas para a introjeção dessas novas práticas dá-se pela formação essencialmente biomédica que não permite transformar em prática esse novo conceito de saúde mental (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Em um estudo com profissionais da atenção básica, foi encontrado que a não inclusão de atendimentos à pessoa portadora de saúde mental em USF eram por desconhecimentos dos objetivos da Reforma Psiquiátrica e falta de capacitação em saúde mental (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007). Profissionais de saúde do interior de São Paulo apontaram que enfrentavam inúmeras dificuldades no atendimento à pessoa portadora de transtorno mental, levando-lhe a sentirem-se angustiados e impotentes. Identificaram ainda a necessidade de aprimoramento, almejando capacitação ou profissional especialista em Saúde Mental para compor a equipe (BARBAN; OLIVEIRA, 2007).

As falas abaixo também podem ser compreendidas como não inclusivas, uma vez que, ao nos sentirmos limitados e impotentes por falta de capacitação técnica, nos distanciamos da pessoa portadora de transtorno mental ou não propomos um projeto terapêutico adequado.

(...) quando chega na Unidade... você não sabe muito o que fazer com a pessoa... a equipe acaba se afastando. (E8)

Eu me sinto limitado... estou lidando com algo que eu sei que eu não sou apto. (E9)

A não capacitação para atenção em saúde mental também não é condição exclusiva da atenção básica, em um artigo sobre percepções dos profissionais de enfermagem referente às mudanças na atenção em saúde mental, os profissionais de enfermagem de um hospital psiquiátrico, também reconhecem não ser capacitados para assistir esses indivíduos pois seus conhecimentos sobre abordagens terapêuticas e psicopatologia são insuficientes para a prática (GUIMARÃES et al., 2015).

Além de serviços substitutivos estruturados é necessário profissionais de saúde com capacidade afetiva-cognitiva adequadas para prestar assistência a pessoa portadora de transtorno mental, visando a ressocialização e inclusão social (AVELINO et al., 2014).

Desse modo, percebemos que o cenário, por nós investigado não difere de outros, sendo a falta de capacitação uma problemática a ser trabalhada. Essa falta de capacitação também pode conduzir os profissionais que atuam com saúde mental a não compreender os sentimentos despertados por tal vivência, levando-os a experimentar inúmeras sensações que os perturba, incomoda e quiçá os adoeece.

Concebe-se que os profissionais que atuam na área de saúde mental retêm “a miséria do mundo”, são obrigados a conviver e a “dar conta” daquilo que a sociedade rejeita, o “louco”, o “drogado” e o “suicida” (LIMA; VIEIRA; SILVEIRA, 2015). Entram em contato com situações extremas e nem sempre estão preparados para “digeri-las”. O trabalho em saúde mental demanda habilidades, competências, postura e recursos afetivos que não são ensinados em livros, e perpassam o conhecimento formal, podendo gerar uma sobrecarga, estresse e outros desconfortos no trabalhador (OLIVEIRA; LEME; GODOY, 2009). Tais situações podem despertar nos trabalhadores de saúde os mais diversos sentimentos. Em decorrência desse aspecto julgamos ser necessário abordarmos tais sentimentos por eles vivenciados.

Nosso estudo também encontrou sentimentos “ambivalentes” como apontados por Vietta e Kodato (2001), tais sentimentos expressam impotência, pela falta de capacitação e falta de resultados, ou seja, não se obtém “cura”. Essas vivências levam, como em um dos relatos abaixo ao desequilíbrio, o “abalo” do profissional

Eu tenho crianças assim que eu não consigo resultado porque eu não tenho a especialidade, eu não tenho como ajudar. (E2)

Eu me sinto limitado... passando por um constrangimento... sem dominar realmente aquela questão de uma forma adequada. (E9)

Eu vejo alguns casos ... eu chego em casa muito abalada. (E2)

Segundo Basaglia (2005), a impotência gerada pela da doença ou pelo “doente mental” leva-nos a considerar esses indivíduos “desagradáveis” aos nossos olhos, levando-nos ao distanciamento.

Os entrevistados do estudo também expressam, pena, dó e compaixão e, muitas vezes chegam a se emocionar com suas histórias que para nós foi compreendido como “vontade de chorar”.

Eu me emociono, mas eu tento segurar. (E3)

(...) pena, dó... a pessoa tá naquele estado... naquele transtorno. (E5)

Eu tenho dó, porque no fundo não é isso que a pessoa queria ser, de forma alguma. (E7)

Sentimentos como dó, pena e compaixão refletem uma representação do “louco” como um coitado, não conseguindo enxergar em tais sujeitos potencialidades para o enfrentamento de situações adversas (VIETTA; KODATO, 2001). O que leva a comportamentos de estigma e exclusão desses sujeitos.

(...) sinto compaixão. Infelizmente, é algo que ela tem que carregar. (E6)

Ainda segundo os autores acima, a forma de enfrentamento dos próprios sentimentos constitui-se ferramenta a ser utilizada por esses profissionais na compreensão do comportamento da pessoa portadora de transtorno mental (VIETTA; KODATO, 2001).

Contudo, necessitam de capacitação para transformar tais sentimentos em instrumentos úteis a suas práticas.

De acordo com alguns autores, a relação estabelecida entre profissional de saúde e pessoa portadora de transtorno mental pode ocasionar ansiedade e frustração, tal exposição, ao longo do tempo, pode ou não interferir no equilíbrio dinâmico desses profissionais (AVELINO et al., 2014; GOMES; ARAÚJO; SANTOS, 2011).

Corroborando com os autores acima, segue o relato de alguns profissionais evidenciando sentimentos de frustração e ansiedade despertados por essa relação.

(...) uma frustração... dá uma impressão que a pessoa não está entendendo nada. (E8)

Se é um paciente mais difícil você fica um pouco... com aquela ansiedade. (E3)

Eu me sinto limitado... passando por um constrangimento... sem dominar realmente aquela questão de uma forma adequada. (E9)

Cuidar de pessoas portadoras de transtorno mental, ou em situação de sofrimento psíquico, demanda, muitas vezes, que os profissionais dispensem mais tempo, atenção e dedicação, gerando uma sobrecarga de trabalho. (AVELINO et al., 2014; AMARANTE, 1998). Como apontado no discurso abaixo.

O indivíduo portador de doença mental, ele... realmente necessita de tempo pra ser... pra ser cuidado, ele demanda... um cuidado diferenciado. (E9)

Outros sentimentos como medo ou insegurança também foram relatados e talvez essa sensação possa ser explicada pelo estigma de periculosidade ancorados à figura do “louco”.

(...) a gente sempre tem medo. (E4)

Basaglia (2005, p. 55), ao referir-se sobre a representação social de periculosidade atrelada ao “louco”, reflete que cabe ao psiquiatra “quebrar” tal visão existente entre “doente e sociedade” e que, ao aceitar tal concepção, a qual é estúpida e incompreensível, sancionará “o último ato de condenação do doente, a quem só restará uma possibilidade: serializar-se, à mercê do poder que o determina”. Desse modo, aproprio-me da reflexão de Basaglia para

ampliá-la, refletindo que não somente cabe ao psiquiatra trabalhar esse “imaginário social”, mas este deve ser o papel de todos os profissionais de saúde, pertencentes ou não a área de saúde mental, sendo inconcebível que sentimentos como medo, repulsa, ódio sejam sentidos ao assistirmos tais indivíduos.

Nessa Unidade temática “As potencialidades”, trouxemos os relatos que sinalizam uma prática condizente ao apregoada pela Reforma e que, tem como intuito garantir a cidadania da pessoa portadora de transtorno mental concebendo-a como pessoa dotada de autonomia e possibilidades.

Em relação aos aspectos positivos e que convergem para as propostas voltadas à pessoa portadora de transtorno mental, encontramos como dispositivos de atenção o acolhimento e a escuta terapêutica.

(...) posso contribuir escutando... ouvindo eles. (E3)

Eu tenho uma certa habilidade, porque eu gosto de conversar, então isso favorece a chegar perto do paciente. (E2)

A escuta terapêutica, embora reconhecida como prática de assistência, ainda é pouco utilizada por escolha pessoal ou por desconhecimento sobre seu processo. Esta pode contribuir para que os serviços tenham como foco a valorização do sujeito e suas necessidades (LIMA; VIEIRA; SILVEIRA, 2015).

Apesar de nem todos os entrevistados terem abordado esses dispositivos como práticas à pessoa portadora de transtorno mental, os entrevistados que relataram tal assistência além de praticá-la reconhecem tais atitudes como sendo benéfica a esses indivíduos exercendo-a da melhor maneira possível.

Elas precisam ser ouvidas, compreendidas... se elas forem bem acolhidas, ficarem à vontade... isso já é muito curativo. (E11)

(...) acolhimento... a gente tem aqui um acolhimento muito bom... falam que a unidade tem mel... é o acolhimento. (E7)

Uma fala que nos chamou a atenção, foi a de um entrevistado que trouxe que o acolhimento deveria acontecer como prática da própria instituição, acreditando que o acolhimento cabe a todos, seja profissional de saúde, escriturários das UBS/USF, ou a própria família.

(...) acolhimento... ela tem que ser acolhida, tanto pelo profissional de saúde, pelo médico, como também por todas as outras pessoas, atendente, pela própria família. (E6)

Almejamos que essa fala possa transformar-se em um ideal a ser introjetado por todos os profissionais, pois como nos alertou Bleger (1991), as instituições tendem a “reproduzir a lógica do problema” que se tende combater, ou seja, os serviços transformam-se em espaços de exclusão e de objetivação dos sujeitos.

Segundo Moretto e Terzis (2010, p. 43), tal lógica pode ser explicada pelo fato que

A instituição é um conjunto simbólico, pois é constituída por mitos, ritos, rituais simbólicos de iniciação e de passagem relacionados com sua história, fundação, fundadores reais ou imaginários. Esse conjunto simbólico sustenta e fundamenta a ação dos membros da instituição, dando sentido às suas práticas e vida. Ela pode, então, oferecer-se como objeto ideal a ser interiorizado, a qual seus membros devem manifestar lealdade e mesmo se sacrificar. As instituições são também sistemas imaginários; oferecem a ilusão de que nela o sujeito terá todos os seus apelos atendidos, sejam seus desejos, fantasias, angústias, medos, sejam pedidos. Capturam o indivíduo nas armadilhas do próprio desejo, garantindo proteção e satisfação.

Nesse sentido, conhecer as concepções que embasam as práticas dos profissionais de saúde torna-se essencial, pois só assim poderemos “trabalhá-las” e construirmos um ambiente que impugne tal lógica.

A hipótese acima é válida, pois não é incomum nos depararmos com profissionais de saúde realizando uma prática de saúde reducionista e voltada a um recorte diagnóstico ou burocrático. Tal prática é notória e direcionou o MS a criar dentro da Política Nacional de Humanização a clínica ampliada e o projeto terapêutico singular. Tais instrumentos foram instituídos com a finalidade de ampliar o olhar dos profissionais e gestores de saúde, o qual encontrava-se ou ainda encontra-se fragmentado (BRASIL, 2007b).

Ainda de acordo com o MS, lidar com os usuários enquanto sujeitos, buscando sua participação e autonomia é um desafio, e quanto mais longo for o seu acompanhamento e seu tratamento, mais importante será seu projeto terapêutico, tornando vital o diálogo com esses indivíduos, ou seja, qualificando os serviços por meio do acolhimento e escuta (BRASIL, 2007b).

O acolhimento e a escuta, na atenção básica, constitui-se eixos norteadores na assistência devendo ser destinado à pessoa portadora de transtorno mental, pois assegura uma

prática humanizada (BRASIL, 2002b; CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011). Além de prática humanizada, estas estratégias nos aproxima das pessoas a serem cuidadas, nos levam a compreendê-las e ajudá-las.

Dois entrevistados, concebendo a escuta terapêutica como eixo norteador da prática profissional, relataram que:

O que eu posso fazer dentro da minha consulta... é estar entendendo o que a pessoa precisa, é o que eu posso fazer para ajudá-la. (E2)

(...) são pacientes que você precisa ter um olhar diferente... melhor coisa é ouvir. (E3)

As falas acima, trazem certo entusiasmo, quando nos fazem pensar que esses indivíduos embasam suas práticas considerando a pessoa portadora de transtorno mental como um indivíduo complexo, e não somente como ser biológico, precisando ser compreendido. A prática do acolhimento e escuta constrói vínculo, leva-nos ao envolvimento afetivo.

As práticas do acolhimento e escuta, utilizadas nos serviços de saúde mental, são vistas como instrumentos de atuação não complexos (OLIVEIRA; LEME; GODOY, 2009). Contudo, acreditamos que as mudanças ocorrem a partir de pequenas práticas e que, a escuta e o acolhimento possibilitam tal transformação.

Validando nossa reflexão, alguns autores acreditam que para ocorrer mudança das práticas de saúde faz-se necessário investir no acolhimento, pois esse garante vínculos que geram otimização das resolutividades, as quais transformam os processos sociais de produção de saúde, resgatando a valorização da vida e as relações existentes no processo de cuidar (SCHNEIDER et al., 2008).

Oferecer abertura de se expressar, por meio de um acolhimento, uma escuta e não julgamento proporciona o reconhecimento das necessidades e fragilidades dos sujeitos. Quando esses processos são bem conduzidos o profissional de saúde passa a ser reconhecido como referência e a integrar a rede social de apoio desses indivíduos (ALBUQUERQUE, 2014). Ao realizarmos a prática da escuta, executamos os princípios fundamentais do SUS como a integralidade e a resolutividade das dificuldades identificadas (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

Eu deixo ele falar... muitas vezes eles vêm só para serem escutados... então às vezes, a gente tem que ter mais ouvido do que boca. (E4)

(...) é o que posso fazer... tento conversar... tento ver o que eu posso fazer para ajudar. (E5)

Outro ponto a ser evidenciado como positivo ao realizarmos o acolhimento e escuta da pessoa portadora de transtorno mental é o fato de valorizarmos e considerarmos o sujeito como pessoa capaz a exprimir seus desejos e anseios, pois, é muito comum que não valorizemos o contato com esses indivíduos e busquemos em sua família as informações que desejamos.

Pedir pra vir alguém... que tem entendimento melhor para poder estar conversando. (E8)

Habitualmente solicitamos informações referente a pessoa portadora de transtorno mental a algum familiar. Tal fato ocorre por privilegiarmos as informações dos “não doentes” (LIMA; VIEIRA; SILVEIRA, 2015).

Dos 12 entrevistados, apenas um, relatou sentir-se bem ao assistir as pessoas portadoras de transtorno mental. Esse profissional de saúde, durante a entrevista relatou-nos que possuía interesse em realizar uma pós-graduação na área de saúde mental.

(...) eu me sinto bem. (E1)

Contudo, foi interessante a continuidade de sua fala quando mesmo não sendo questionado concluiu seu pensamento reforçando entender os sentimentos de angústias dos demais profissionais, dando-nos a entender que tais sentimentos permeiam aquele ambiente.

Eles se sentem angustiados no sentido de que não vêem o resultado. (E1)

Atenção Básica: UBS e USF

Na Unidade Temática “Atenção Básica: UBS e USF” reportamo-nos à Atenção Básica, buscando obter as opiniões dos profissionais de saúde das UBS e USF sobre considerar ou não esses locais como adequados às práticas que envolvem a saúde mental.

Primeiramente, julgamos ser pertinente situarmos brevemente os objetivos da Atenção Básica e porque esta constitui-se um recurso estratégico no atendimento e acolhimento da pessoa portadora de transtorno mental.

A Atenção Básica tem como um dos seus princípios garantir o primeiro acesso ao SUS, inclusive a pessoa portadora de transtorno mental. Este serviço visa a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, devendo assistir o indivíduo e a coletividade, considerando as singularidades, por meio de uma atenção integral que impacte na saúde e na autonomia das pessoas (BRASIL, 2013).

A proximidade com famílias e comunidades, faz com que a Atenção Básica se apresente como recurso estratégico nos agravos vinculados ao uso de álcool, drogas e nos transtornos mentais. De acordo com Brasil (2005b), a saúde mental e física geralmente ocorrem simultaneamente tornando necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica. Acrescenta que nem sempre a Atenção Básica possui condições para esta tarefa, sendo essencial estimular políticas de expansão, formulação e avaliação da Atenção Básica, com diretrizes que englobem a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais prevalentes de saúde mental (BRASIL, 2005b).

Brasil (2005, p. 2b), reconhece que grande parte das pessoas portadoras de transtornos mentais leves ou severos é atendida pela Atenção Básica. Com isso a Atenção Básica assume um compromisso de responsabilização à produção da saúde, busca eficácia das práticas e “promoção de equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo, especialmente em relação aos pequenos municípios (grande maioria dos municípios brasileiros), onde não é necessária a implantação de Centros de Atenção Psicossocial”.

Devido aos fatos acima narrado, questionamos aos profissionais de saúde se a pessoa portadora de transtorno mental poderia ser assistida nas UBS e USF. A maioria dos entrevistados (75%) acredita que a Atenção Básica, tanto UBS como USF não possui condições adequadas para conduzir atendimento à pessoa portadora de transtorno mental.

Algumas falas referiram que a Atenção Básica não é o local adequado pois as práticas destinadas a pessoa portadora de transtorno mental são complexas (“difíceis”), demandam tempo e que tais atendimentos são inviáveis pois levariam a uma sobrecarga de trabalho.

(...) dentro da atenção básica é muito difícil tratar esses transtornos. (E2)

(...) olha, é diferente... você não consegue dar aquele atendimento que tem que ser, você não consegue fazer no PSF... é muito corrido. (E3)

(...) para a atenção básica eu acho que fica difícil. (E8)

A demanda de saúde mental na atenção básica possui características singulares, merecendo uma visão mais abrangente e específica, que somente a Psiquiatria e a Psicologia clássicas não conseguem contemplar e nem cuidar (PEREIRA, 2006; TÓFOLI; FORTE, 2007). Alguns autores exemplificam que essas especificidades referem-se à nosologia, epidemiologia, diagnóstico, tratamento, prognóstico, além de formações deficientes e limitação de tempo para às práticas de saúde (GARCÍA-CAMPAYO et al., 2001; TÓFOLI; FORTE, 2007).

Concordamos parcialmente com as reflexões acima, pois mesmo que nossa formação não contemple a assistência voltada à saúde mental, existem inúmeras possibilidades de obtermos conhecimento, quando nos disponibilizamos. Atualmente há programas voltados à educação permanente que são gratuitos e muitos ainda, on-line em parcerias com Universidades ou instituições reconhecidas, Diretrizes para tratamento. Nem sempre necessitamos de um diagnóstico, um rótulo para cuidar de um indivíduo, ou nomear seu conjunto de sintomas.

Yasui (2010) reflete que o trabalho dos profissionais de saúde acabam sendo precários, por não haver, fortalecimentos das ações e investimento na organização, levando as equipes de saúde a executar apenas as práticas tradicionais, porém o trabalhador, os profissionais de saúde que antes eram protagonistas políticos, inventores de possibilidades e produção de cuidados, tornaram-se acomodados e conformados em seguir apenas normas ministeriais.

Um outro discurso que esteve presente, em nosso estudo, foi o de referir que o CAPS seria o local “adequado” para receber pessoas portadoras de transtorno mental na Atenção Básica. Tais discursos são por nós considerados como desencontros às políticas voltadas à desinstitucionalização, pois segregar a pessoa portadora de transtorno mental a um local específico, mesmo que esse seja um serviço substitutivo é retroceder, pois estaremos com o mesmo pensamento das pessoas que conceberam que os “loucos” deveriam ocupar espaços próprios, como os manicômios.

Eu penso que realmente uma solução ... é a ampliação dos CAPS. (E9)

(...) que eu saiba há quase uma década são os CAPS... tipo um hospital-dia.. que tem função de lidar com o doente mental. (E12)

(...) no PSF a gente não tem tanto contato assim, eles fazem mais acompanhamento no CAPS... é em outros lugares. (E4)

Os CAPS são responsáveis pelo acolhimento em saúde mental, norteados ações em todos os níveis de atenção à saúde. De acordo com Leão e Barros (2011), os CAPS representam espaços de inclusão social ao acolher e cuidar, todavia, a pessoa portadora de transtorno mental, muitas vezes, somente é destinada a esses espaços, ou seja, dentro dos “muros” do CAPS. É preciso percebermos quando estamos apenas promovendo uma Reforma superficial e “pseudodesinstitucionalizando”, promovendo práticas segregantes com subjetividade manicomial (DIMENSTEIN, 2004).

Amarante (2003, p. 62), adverte-nos para a não "capsização do modelo assistencial", reduzindo a Reforma a implantação desses serviços substitutivos. Isso conduziria somente a uma desospitalização e não a uma desinstitucionalização, pois não superaria o paradigma psiquiátrico. Além disso, transferir e reduzir a pessoa portadora de transtorno mental a espaços específicos, é manter a reprodução de práticas cronificadoras e segregadoras, como as praticadas nos manicômios.

Nenhum entrevistado citou que dispunham de apoio matricial de saúde mental, ou ajuda de especialista para consultorias técnicas ou atendimentos conjuntos. Talvez isso tenha ocorrido porque Marília, apesar de possuir quatro NAPS, não há um psiquiatra ou profissionais que atuam como Apoio Matricial de Saúde Mental, o que existe são atendimentos pontuais em alguns casos.

O apoio matricial em saúde mental, quando garantido e aplicado às ESF, podem auxiliar em consultorias técnico-pedagógicas, atendimentos conjuntos e práticas específicas que devem ser dialogadas e elaboradas conjuntamente com a equipe de referência; além de realização de assistência individual por um tempo limitado. As equipes de apoio matricial não necessariamente precisam ter médicos especialistas (TÓFOLI; FORTES, 2007).

Também foram constantes, em nosso estudo, falas concebendo que esses indivíduos deveriam ser seguidos por especialista, visto a complexidade destinada ao seu seguimento.

Eu acho que teria que ter um acompanhamento psiquiátrico mesmo, porque às vezes tem muita procura e eles não conseguem [atendimento]. (E8)

Tinha que ter psiquiatra, psicólogas com formação, ou enfermeiras com formação em saúde mental para poder estar acompanhando. (E8)

Eu acho que é primordial que ela tenha atendimento com alguém que consiga realmente domínio sobre o transtorno ela tem que ter o diagnóstico. (E9)

A gente precisa é estar encaminhando para um ambulatório especializado de saúde mental. (E11)

Observa-se que médicos generalista, e estendemos tal entendimento para os demais profissionais de saúde, possuem competência mais voltada à habilidades de comunicação do que conhecimento técnico e teóricos dos transtornos mentais (BALLESTER et al., 2005; PEREIRA, 2006; TÓFOLI; FORTES, 2007). Esse também é o entendimento do MS, e foi por isso que o apoio matricial foi escolhido por ele, como sendo a estratégia oficial a orientar as ações de saúde mental na atenção básica, embora ainda haja dificuldades para financiar esse programa (BRASIL, 2007b).

Alguns especialistas tendem a insistir que a pessoa portadora de transtorno mental possui uma complexidade de cuidado que necessita de ajuda especializada, reforçando diálogos que acreditam que a complexidade das práticas de saúde à saúde mental não cabem ao generalista (PEDUZZI, 2001).

Para Alves e Guljor (2003, p. 225-6)

As questões do sofrimento mental precisam ser detectadas por toda rede de serviços, mesmo na atenção primária, na rede básica, não sendo necessário o especialista para reconhecê-las. No entanto, não se pode ter para esse grupo de problemas uma perspectiva simplista, ou seja, resumir as dificuldades da vida cotidiana a um conflito psicológico. Essa simplificação grosseira, em determinadas circunstâncias, nas décadas de 60 e 70, foi denominada "psicologização" dos problemas sociais. É importante que a questão da subjetividade seja do conhecimento dos profissionais de saúde, mas que não se banalizem os instrumentos de intervenção do campo da saúde mental, transformando-os em pretensos "anestésicos sociais".

Um outro discurso contrário a lógica da Atenção Básica, foi o de considerar que a atenção à saúde mental não é uma estratégia a ser abordada pela Atenção Primária.

A Rede Básica, ela se compõe de pessoas que estão voltadas para Atenção Primária. Elas não têm especialidade, uma condição técnica suficiente, pra ter o cuidado integral dessas pessoas. (E9)

Ele não vai ter solução, na Rede Básica, eu acho que você está criando um problema. Se você tivesse um indivíduo capacitado na Rede para tratar, acho que não teria problema nenhum, mas você não tem. (E9)

Lima, Siciliani e Drehmer (2012), corroboram com nossos achados ao citarem que um dos principais obstáculos para o cuidado da pessoa portadora de transtorno mental na Atenção Básica é a falta de preparo emocional e técnico.

Encontramos falas referindo que ao assistirmos a pessoa portadora de transtorno mental na Atenção Básica, cria-se um problema a esses indivíduos. Essa fala, para nós, demonstra que tal profissional não se inclui como sendo responsável pelo cuidado, pois o problema não foi visto como pertencente a usuários do serviço e profissionais de saúde.

Você dá alta do secundário e põe o indivíduo na Rede Básica sem ele ter acesso... você acaba criando um problema para essa pessoa. (E9)

A gente acaba fazendo um serviço de Pronto Socorro. Aqui é paliativo. (E11)

De acordo com Basaglia (2005, p. 65), “se a figura do “doente” não for a finalidade da instituição, toda a organização fica esvaziada de qualquer significado”, mas acrescente que a qualquer momento pode-se mudar tal realidade.

Uma prática revelada pelos profissionais foi o de encaminhar a pessoa portadora de transtorno mental, pois concebem que a Atenção Básica não é responsável pelo acompanhamento desses indivíduos.

Na hora que vem pra cá, a gente tem que encaminhar mesmo. Casos complicados assim, que é da saúde mental mesmo, é um caso para especialista mesmo. (E11)

Os transtornos mentais graves, eles são mesmo pro CAPS. Eles são encaminhados. (E11)

Porque aqui dentro a gente não tem nenhum... algo que possa ajudar de falta eles. (E10)

Profissionais da Equipe Saúde da Família, mostram-se despreparados em assistir a pessoa portadora de transtorno mental, deparando-se com limitações de atuação e suas ações são voltadas ao encaminhamento desses indivíduos a serviços especializados (MARTINS et al., 2015).

Dos 12 entrevistados apenas um referiu que na Atenção Básica dever-se-ia prestar atendimento às pessoas portadoras de transtorno mental, pois profissionais generalistas devem dedicar-se a todas as áreas da saúde.

O médico generalista ele tem que saber cuidar de doentes mentais e se dedicar a esta área também. (E1)

É o paciente mais mal cuidado que existe. A gente tem saúde da mulher, para o homem, idoso, mas para o doente mental, falta tudo para cuidar dele. (E2)

Em síntese, quando abordamos se a UBS e USF possui condições de acolher e conduzir os casos voltados à saúde mental encontramos que, na visão de 11 profissionais de saúde, esses não são espaços para a ocorrência dessas práticas. Por mais que os mesmos realizem escuta terapêutica e acolhimento, tenham compaixão, dó, pena da pessoa portadora de transtorno mental, ainda não conseguem representar esses indivíduos nesse ambiente, como observamos nos discursos abaixo.

Eu penso que aqui [UBS] é mais algo de baixa complexidade. Alta complexidade aí não é mais com a gente. (E10)

A finalidade [da atenção básica] é triar e encaminhar ao especialista. (E12)

As RS encontradas em nosso estudo sobre a “figura do louco” foram embasadas mais por aspectos negativos do que positivos, nem todos os entrevistados conseguiram ancorar aspectos positivos. A maioria dos entrevistados representou a pessoa portadora de transtorno mental como sem razão, perigosa/agressiva, desequilibrado e incapaz de viver socialmente. Foi comum caracterizar esses indivíduos como possuindo dificuldades de relacionamento interpessoal, comprometendo o convívio social e as relações familiares e de trabalho. A sexualidade também foi relatada e associada a causa de descontrole e erro da pessoa portadora de transtorno mental.

A visão estigmatizada e legitimada ao longo da História esteve sempre presente nos discursos, bem como signos de rejeição, visão negativista em relação à pessoa portadora de transtorno mental. Além dos discursos virem implícitos e explícitos de preconceito, distanciamento e segregação, alguns profissionais de saúde consideraram a pessoa portadora de transtorno mental como sendo diferentes das pessoas não portadoras de transtorno mental. O distanciamento do objeto de nosso cuidado pode conduzir a práticas de menosprezo e “chacota”, tais atitudes podem conduzir a própria pessoa portadora de transtorno mental a também distanciar-se tanto física como socialmente, podendo ocasionar o distanciamento de si mesmo, para “fugir” dessa realidade imposta e que o segrega, o exclui e o “encarcera”.

Outro ponto evidenciado em nosso estudo foi que a maioria dos profissional de saúde somente concebem relacionar-se com a pessoa portadora de transtorno mental em espaços sociais, pois a presença dessas “figuras” em suas casas geraria medo. Houve o estabelecimento da relação entre “loucura” e falta de autonomia, pois o transtorno mental gera necessidade de ajuda e limitação, invalidando a condição autônoma dos indivíduos. Essa relação levou alguns profissionais a práticas limitadas, pois consideraram o “louco” dependente, incapaz de escolhas e sem possibilidade de superação.

As representações sobre “loucura” foram fundamentadas em aspectos emocional/psicológico, espiritual, hereditário/genético e congênito, biológica e social. Relações de multicausalidade também citadas. Stress, ansiedade, modo de vida, família, adversidades e as implicações de um sistema capitalista também foram justificativas para a gênese da “loucura”.

Observamos em nosso estudo que os profissionais ainda baseiam sua prática profissional na prescrição ou na administração de psicofármacos e que muitas vezes não visualizam outro tipo de abordagem. Esse fato pode talvez ser entendido ou por uma formação acadêmica voltada ao biológico e também pelo fato desses indivíduos não possuírem uma

capacitação técnica destinada à saúde mental, onde teriam acesso a demais abordagens e poderiam estar utilizando-as em sua prática assistencial.

Nosso estudo não teve o intuito de questionar os benefícios e necessidade da terapia medicamentosa, mas de alertar a carência de outras possibilidades terapêuticas e acautelar para que retrocessos não ocorram ao considerar a pessoa portadora de transtorno mental apenas como ser biológico, um corpo a ser medicado e medicalizado. A medicalização, alienação e banalização, pelo uso excessivo dos fármacos, também foi evidenciada. A medicalização foi compreendida como capaz de diminuir o enfrentamento do adoecimento e destruir a autonomia dos sujeitos, ao invés de conduzi-los a autonomia, levando-os à práticas submissas e tutelas, além de alimentar a dependência e condição crônica.

O médico foi considerado pelos sujeitos do estudo como figura a instituir e escolher a terapêutica adequada e determinar as funções dos demais profissionais em relação à pessoa portadora de transtorno mental. Essa “relação de poder” exercida nesse cenário foi algo explícito e aceito por todos os profissionais, conduzindo a práticas de normalizações, que regulam, corrigem, avalia, hierarquizam, qualificam e tutelam tanto os demais profissionais como os indivíduos a serem cuidados.

A terapêutica medicamentosa também gerou recusa e encaminhamentos dos pacientes, por parte dos médicos, pois esses consideram que a prescrição de psicotrópicos é algo complexo, levando a inúmeros eventos adversos e interações medicamentosas, e que caberia somente ao especialista sua prescrição.

Pudemos concluir que as práticas voltadas à pessoa portadora de transtorno mental baseiam-se em estratégias farmacológicas, poucos são os que buscam construir novas alternativas. Questões relativas ao olhar biopsicossocial não foram apontadas, reforçando a tendência em voltar-se aos sintomas e não ao processo de adoecer. Práticas inclusivas e totalizadoras, representando uma visão otimista quanto às possibilidades desses indivíduos foram poucas, porém inúmeras foram as dificuldades por eles indicadas.

Outra fragilidade identificada foi a falta de capacidade técnica e os sentimentos desencadeados pela relação profissional-paciente, apesar de reconhecerem tal carência, não mostraram alternativas para lidar com essas demandas. Desse modo, identificar nossas fragilidades, porém não buscarmos alternativas para saná-las e comportar-nos como meros expectadores torna-nos responsáveis pelas omissões ou falhas no atendimento à pessoa portadora de transtorno mental. Enquanto mantiver-nos acomodados estamos pactuando com

as situações desencadeadas por essa acomodação e somos co-responsáveis pelas ações que deixamos de praticar de maneira eficaz e resolutiva.

Em relação aos aspectos positivos e que convergem para as propostas voltadas à pessoa portadora de transtorno mental, encontramos o acolhimento, a escuta terapêutica. Contudo, a prática da escuta e do acolhimento devem ser políticas institucionais, todos os profissionais devem realizá-las. É necessário que os serviços ofereçam capacitação para a realização dessas práticas, bem como, o interesse dos profissionais em realizá-las.

Tal visão contribui para que esses serviços substitutivos não se transformem em espaços de exclusão e estigma.

Nesse sentido, identificar as concepções que alicerçam nossas práticas torna-se essencial, pois desse modo podemos trabalhá-las e construirmos um ambiente de cuidado que impugne a lógica manicomial.

Acreditamos que para ocorrer mudanças em cenários com essa problemática é vital investirmos no acolhimento e escuta terapêutica para desenvolvimento de vínculo terapêutico, o qual transforma nosso processo de cuidar, valoriza a pessoa portadora de transtorno mental, possibilita reinserção social, assegurando autonomia para que esses indivíduos conjuntamente com a equipe de saúde discuta e institua seu plano terapêutico. Oferecer abertura para os mesmos se expressarem e expressarem seus desejos e anseios, sem julgá-los, proporcionará o reconhecimento das necessidades, fragilidades e potencialidades desses sujeitos.

Necessidade de serviços substitutivos estruturados e profissionais com capacidade afetiva-cognitiva foi relatado por quase todos os sujeitos da pesquisa. O desenvolvimento de sentimentos como frustração, ansiedade, pena e dó foram despertados pela relação profissional-paciente. Concluímos com isso, que a relação profissional-pessoa portadora de transtorno mental desperta os mais ambíguos sentimentos, sendo necessário que os identifiquemos e os trabalhemos, para não realizarmos uma prática que contra-transfira tais sensações conflitantes. Uma possibilidade para tal fragilidade seria solicitar a profissionais psicólogos da própria rede de serviço para que trabalhasse essas questões com a equipe, ou que no mínimo houvesse reuniões de equipe onde os profissionais tivessem abertura e fossem estimulados a relatarem seus sentimentos e dificuldades ao abordarem esses indivíduos.

Também consideramos que por meio de capacitação técnica, sensibilização para questões voltadas à saúde mental e estratégias que visem desconstruir e reconstruir nosso “imaginário social” sobre a “loucura” e o “louco” e trabalharmos os sentimentos gerados por

esse contato são táticas que auxiliam transformar nossas práticas e desconstruir nossos manicômios mentais.

Quanto à UBS e USF essas foram concebidas como espaços inadequados ao cuidado da pessoa portadora de transtorno mental, também ficou evidente que consideram que o CAPS é, na Atenção Básica, o único espaço que “consegue” receber esses indivíduos, demonstrando um discurso desencontrado às políticas voltadas à desinstitucionalização, pois ao destinarmos esses indivíduos a locais específicos, mesmo que sejam substitutivos, estamos conduzindo esses indivíduos a “manicômios simbólicos”, pois não conseguem ainda conceber que o “louco” possa transitar nas UBS e USF, como um indivíduo qualquer.

Outro discurso contrário a lógica das políticas de saúde foi desvincular a Atenção Básica com a Saúde Mental, considerando que esta não faz parte das estratégias abordadas pela Atenção Básica. Acreditamos que a falta de conhecimento dessa política institucional se deva a alguns fatores. Primeiro, todos os profissionais de saúde alocados na Atenção Básica deveriam receber em suas admissões o descritivo de suas funções e os objetivos da assistência na atenção básica. Reuniões com os gestores para conhecimento da implantação de novas políticas como a da atenção em saúde mental deveriam ser realizadas periodicamente. Os próprios profissionais deveriam buscar compreender os objetivos de sua prática voltada à atenção em saúde mental ou buscar entender se esta deve ou não atuar na assistência à saúde mental. E por último, esses profissionais deveriam entender que mesmo sendo especialistas, atuam nesses serviços como generalistas e portanto, a área da saúde mental deve ser contemplada.

Em suma, concluímos que o estigma é a maior lacuna para a conquista de autonomia e cidadania desses indivíduos e esse nasce ao representarmos a pessoa portadora de transtorno mental. Se objetivamos resgatar essa cidadania, primeiramente precisamos construir um novo “imaginário social”, onde admitamos que a figura do “louco” sempre esteve vinculada à marginalização e exclusão, pois só assim iremos reconstruir nosso “imaginário” a partir de signos que representem esses indivíduos como iguais, como pessoas e atores social capazes de encenar e escrever sua própria história. Enquanto negarmos nossas representações sociais e não as confrontarmos, nossas falas e práticas serão ambíguas, conflituosas e excludentes.

Nesse sentido, nosso estudo contribuiu para reforçar que:

- As práticas profissionais encontram-se ancorada nas representações sociais sobre o “louco” e a “loucura” do senso comum e não do conhecimento científico.

Embora alguns profissionais tentem realizar uma prática inclusiva, em algum momento, apresentam atitudes estigmatizantes e acabam excluindo os sujeitos.

- Não podemos nos acomodar e nos isentarmos de nossas responsabilidades, esperando que os serviços ou os gestores nos capacitem, também devemos buscar nosso aprimoramento e nos preocuparmos com a assistência prestada.
- As UBS e USF necessitam de gestores atuantes e que busquem identificar as fragilidades envolvidas na relação entre os profissionais e os usuários dos serviços, não permitindo e não pactuando com práticas que violam os direitos de seus usuários, como o estigma, o não acolhimento e não atendimento. Há espaço para a instauração de serviços de verificação da qualidade do atendimento.
- As Universidades e cursos de formação técnica devem investir na formação dos profissionais generalistas, para que estes sejam capazes de atuar nas mais diversas áreas, inclusive na saúde mental.
- Ministério da Saúde, Universidades, cursos de formação em saúde, escolas e demais setores da comunidade devem trabalhar as representações sociais que envolvem a pessoa portadora de transtorno mental, para que possamos ter um novo “IMAGINÁRIO SOCIAL”, por meio de campanhas, cursos de sensibilização, entre outros.
- É recomendado a realização de futuros estudos investigando quais práticas encontram-se contrárias aos princípios da Reforma, quais os fatores que são entraves para essas mudanças. Por que apesar das Leis e Portarias, nossas práticas ainda são omissas e estigmatizantes e não nos responsabilizamos por esses processos.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS⁴

ABREU JUNIOR, L. M.; CARVALHO, E. V. O discurso médico-higienista no Brasil do início do século XX. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 427-451, nov. 2012.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. **Encontro com a loucura**: transicionalidade e ensino de psicopatologia. 1999. 343 f. Tese (Livre Docência) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

ALBUQUERQUE, L. M. **Construção de um subconjunto terminológico do CIPE[®] para crianças e adolescentes vulneráveis à violência doméstica**. 2014. 176 f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 299-316, dez. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000200003>>. Acesso em: 15 abr. 2012.

ALVES, D. S. N.; GULJOR, A. P. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 221-240.

ALVES, H.; KESSLER, F.; RATTO, L. R. C. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, supl. 1, p. 51-53, maio 2004.

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, P. A clínica e a Reforma Psiquiátrica. In: _____. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003. p. 45-66.

ANTUNES, S. M. M. O.; QUEIROZ, M. S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 207-215, jan. 2007.

⁴ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023:2002.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Caderno de Pesquisa**, São Paulo, n. 117, p. 127-149, nov. 2002.

AVELINO, D. C. et al. Trabalho de enfermagem no centro de atenção psicossocial: estresse e estratégias de coping. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 4, p. 718-726, out./dez. 2014.

BALLESTER, D. A. et al. The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 123, n. 2, p. 72-76, mar. 2005.

BARBAN, E. G.; OLIVEIRA, A. A. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no Programa Saúde da Família do município de São José do Rio Preto (Capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica). **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 14, n. 1, p. 52-63, jan./mar. 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, D. D. **Jardins de Abel**: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Lemos Editorial, 1994.

BARROS, M. M. M.; CHAGAS, M. I. O.; DIAS, M. S. A. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 227-232, 2009.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2005.

BERZINS, M. A. V. S. **Violência institucional contra a pessoa idosa**: a contradição de quem cuida. 2009. 184 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade**: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

BLEGER, J. O grupo como instituição e o grupo nas instituições. In: KAËS, R. et al. (Org.). **A instituição e as instituições**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991. p. 41-52.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca. **O que é a Reforma Psiquiátrica**. Brasília, DF, novembro de 2005b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929>. Acesso em: 12 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Portaria n. 95/GM de 26 de janeiro de 2001. Dispõe sobre a Norma Operacional de Assistência a Saúde – NOAS/SUS 01/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 de janeiro de 2001a. Seção 1, p. 27. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em 25 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2002b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001b. Seção 1, p. 2. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 25 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011b. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2011. Seção 1, p. 59. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 25 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 336 de 19 de fevereiro de 2002a. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 fev. 2002a. Seção 1, p. 22. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial**: relatório final. Brasília, 2010. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, 2005a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica: relatório de Gestão 2007-2010**. Brasília, 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiquiatrica.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, 2007a. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Brasília, 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2015.
BREDA, M. Z. **A assistência em saúde mental: os sentidos de uma prática em construção**. 2006. 157 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

CASSIANI, S. H. B. **A coleta de dados nas pesquisas em enfermagem: estratégias, validades e confiabilidade**. 1987. 156 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1987.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CASTEL, R.; HAROCHE, C. **Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi**: entretiens sur la construction de l'individu moderne. Paris: Fayard, 2001.

CECCARELLI, P. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 471-477, dez. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722005000300015>>. Acesso em: 3 jun. 2012.

CEDRAZ, A.; DIMENSTEIN, M. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não?. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 5, n. 2, p. 300-327, set. 2005.

CESARINO, A. C. Hospital-dia "A Casa": conversando sobre dez anos de experiência. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde e loucura**. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 33-45.

CETOLIN, S. K. **Representações sociais da loucura**: um estudo com profissionais do Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia - HCT/BA. 2011. 135 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

CHAUÍ, M. Uma Ideologia Perversa. **Folha de São Paulo**, São Paulo, Caderno Mais!, p. 3, 1999, 14 de março.

COLVERO, L. A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 197-205, jun. 2004.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, dez. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032>>. Acesso em: 26 jul. 2015.

DANTAS, M. A. **O sofrimento psíquico e as tensões da autonomia na sociedade de indivíduos**. Porto: Portal dos Psicólogos, 2008. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0422.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2015.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DIMENSTEIN, M. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 24, n. 4, dez. 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 1 ago. 2015.

DRUMMER, C. A. **Práticas profissionais na saúde mental, lógica manicomial e processos de resistência**: uma cartografia do CAPS Escola de Pelotas. 2010. 133 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2010.

EHRENBERG, A. **La fatigue d'être soi**. Paris: Odile Jacob, 1998.

FALEIROS, V. P. **Violência contra a pessoa idosa**: ocorrências, vítimas e agressores. Brasília: Universa, 2007

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2010.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

GARCÍA-CAMPAYO, et al. Programa de formación en salud mental para residentes de medicina de familia y comunitaria: el modelo Zaragoza. **Atención Primaria**, Barcelona, v. 27, n. 9, p. 667-672, 2001.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2004.

GOMES, D. J.; ARAÚJO, T. M.; SANTOS, K. O. B. Condições de trabalho e de saúde de trabalhadores em saúde mental em Feira de Santana, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 35, supl. 1, p. 211-230, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/157/152>>. Acesso em: 29 jul. 2015.

GRAY, D. E. **Pesquisa no mundo real**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

GUARESCHI, T.; NAUJORKS, M. I. As representações sociais de professores acerca da aprendizagem de alunos com distúrbios globais do desenvolvimento. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 29., 2006, Caxambu. **Anais...** Caxambu: ANPED, 2006. Disponível em: <<http://29reuniao.anped.org.br/trabalhos/trabalho/GT15-2192--Int.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

GUIMARÃES, A. N. et al. Mudanças na atenção à saúde mental e correntes da Reforma Psiquiátrica: percepções de profissionais de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 830-838, jan./mar. 2015.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 169-190, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-11682007000100011&script=sci_arttext>. Acesso em: 3 abr. 2011.

JODELET, D. Representações sociais: histórias e avanços teóricos: vinte anos da teoria das representações sociais no Brasil. In: OLIVEIRA, D. C.; CAMPOS, P. H. F. (Org.). **Representações sociais: uma teoria sem fronteiras**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005. p. 11-21.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 17-44.

LEÃO, A.; BARROS, S. Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 137-152, mar. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000100011>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

LIMA, D. W. C.; VIEIRA, A. N.; SILVEIRA, L. C. A escuta terapêutica no cuidado clínico de enfermagem em saúde mental. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 154-160, jan./mar. 2015.

LIMA, F. G.; SICILIANI, C. C.; DREHMER, L. B. R. O perfil atual da saúde mental na atenção primária brasileira. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 143-148, 2012.

LOCH, A. A. et al. O estigma atribuído pelos psiquiatras aos indivíduos com esquizofrenia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 173-177, 2011.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, A. L. **Espaços de representação da loucura**: religião e psiquiatria. 1999. 127 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

MACHADO, M. C. L. **Universo em desencanto**: conceitos, imagens e fantasias de pacientes psiquiátricos sobre loucura e/ou doença mental. 1995. 436 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

MACIEL, S. C. et al. Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico. **Temas em psicologia (online)**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 193-204, jun. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2011000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2015.

MARINHO, A. M. et al. Reflexões acerca da reforma psiquiátrica e a (re)construção de políticas públicas. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 141-147, jan./mar. 2011.

MARQUES, E. F. O ser humano da sociedade capitalista na concepção de Erich Fromm. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, v. 10, n. 110, p. 23-31, 2010.

MARTINS, I. K. L. et al. Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo exploratório. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 1905-1914, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3463/pdf_1427>. Acesso em: 25 jul. 2015.

MARTINS, L. A. M.; PEIXOTO JUNIOR, C. A. Genealogia do biopoder. **Psicologia & Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 157-165, 2009.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A. T. et al. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 25. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

MINAYO, M. C. S. Fase de análise ou tratamento do material. In: _____. (Org.). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. Cap. 4, p. 197-248.

MINAYO, M. C. S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.783-791, mai./jun. 2003.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 513-531, nov. 1997/fev. 1998.

MIRANDA, F. A. N.; FUREGATO, A. R. F. Instrumento projetivo para estudos de representações sociais na Saúde Mental. **SMAD Revista Eletrônica em Saúde Mental, Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38635/41482>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

MORETTO, C. C.; TERZIS, A. O sofrimento nas instituições e possibilidades de intervenção grupal. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 3, p. 42-47, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672010000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2015.

MOSCOVICI, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes, 2012.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigação em psicologia social**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

NUNES, M. O.; TORRENTE, M. Abordagem etnográfica na pesquisa e intervenção em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2859-2868, out. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000010>>. Acesso em: 26 jul. 2015.

NUNES, M.; JUCA, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000012>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. A reforma psiquiátrica e o processo de trabalho das equipes de saúde mental. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 31-42, jan./abr. 2003.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 191-203, mar. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100026>>. Acesso em: 22 jul. 2015.

OLIVEIRA, T. T. S. S.; LEME, F. R. G.; GODOY, K. R. G. O cuidado começa na escuta:: profissionais de saúde mental e as vicissitudes da prática. **Mental**, Barbacena, v. 7, n. 12, p. 119-138, jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272009000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2015.

OSINAGA, V. L. M. **Estudo comparativo entre o conceito de saúde e de doença mental e a assistência psiquiátrica, segundo portadores e familiares**. 2004. 164 f. Tese (Doutorado em enfermagem psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

PASSOS, I. C. F.; BEATO, M. S. F. Concepções e práticas sociais em torno da loucura: alcance e atualidade da história da loucura de Foucault para investigações etnográficas. **Psychê**, São Paulo, v. 7, n. 12, p. 137-158, jul./dez. 2003.

PATRIOTA, L. M. Teoria das Representações Sociais: contribuições para a apreensão da realidade. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 10, n. 1, jul./dez. 2007. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v10n1_lucia.htm>. Acesso em: 25 jul. 2015.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEREIRA, A. A. **Propuesta educativa em salud mental para medico e enfermeros de La Atención Primaria em Sobral, CE - Brasil**. 2006. Dissertação (Mestrado em Educação Médica) - Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba, Escola de Formação em saúde da Família Visconde de Sabóia, La Habana / Sobral, 2006.

PEREIRA, M. A. O. et al. Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 567-572, 2007.

PEREIRA, M. A. **Representações sociais de pacientes psiquiátricas sobre a loucura, a internação e o sofrer psíquico: a triste passagem e a triste paisagem**. 1997. 199 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

PEREIRA, M. E. C. De uma hereditariedade não-fatalista: o “endógeno” e o Typus melancolicus, segundo Tellenbach. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 159-163, 1999.

PERUSSI, A. A lógica asilar acabou?: uma crítica da crítica à assistência psiquiátrica . In: FONTES, B. A; FONTE, E. M. (Org.). **Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental**: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife: UFPE, 2010. p. 71-112.

PERUSSI, A. **Imagens da loucura**: representação social da doença mental na psiquiatria. São Paulo: Cortez, 1995.

PESSOTTI, I. Conceito de loucura na antiguidade. In: _____. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994. p. 12-51.

PESSOTTI, I. Sobre a teoria da loucura no século XX. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, dez. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2006000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2015.

PIAI-MORAIS, T. H.; ORLANDI, F. S.; FIGUEIREDO, R. M. Fatores que influenciam a adesão às precauções-padrão entre profissionais de enfermagem em hospital psiquiátrico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 473-480, jun. 2015.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, dez. 2011.
POLIT, D. F.; BECK C. T.; HUNGLER; B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

PROVIDELLO, G. G. D.; YASUI, S. A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. **História, ciências, saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1515-1529, out./dez. 2013.

REIS, S. L. A.; BELLINI, M. Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**, Maringá, v. 33, n. 2, p. 149-159, 2011.

RODRIGUES, J. T. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 13-22, jan./jun. 2003.

ROGERS, C. R. **Tornar-se pessoa**. 6. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.

ROTELLI, F. O inventário das subtrações. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 61-64.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Corá, 2001.

SCHEFFER, M.; PASA, G. G.; ALMEIDA, R. M. M. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 533-541, jul./set. 2010.

SCHERER, Z. A. P. et al. Grupo de Estudos Interdisciplinar sobre Violência (GREIVI): a construção de saberes e práticas. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 60-65, jun. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702008000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 jul. 2015.

SCHERER, Z. A. P. Manifestação de violência no ambiente universitário: o olhar de acadêmicos de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 17, n. 1, p. 69-77, jan./mar. 2015.

SCHNEIDER, D. G. et al. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana de Florianópolis. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 81-89, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/09>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

SEVERO, A. K. S.; DIMENSTEIN, M. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 14, n. 1, p. 59-67, jan./abr. 2009.

SILVA, A. L. A.; FONSECA, R. M. G. S. Os nexos entre concepção do processo saúde/doença mental e as tecnologias de cuidados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p. 800-806, nov./dez. 2003.

SILVA, C. R.; GOBBI, B. C.; SIMÃO, A. A. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organizações Rurais & Agroindustriais**, Lavras, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005.

SILVA, E. P. Ética, loucura e normalização: um diálogo entre a psicanálise e Michel Foucault. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 16-25, dez. 2001.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932001000400003>>. Acesso em: 9 ago. 2015.

SILVA, M. S.; ZANELLO, V. M. Religiosidade e loucura: a influência da religião na forma como o “doente mental” enfrenta a doença. **Psicologia IESB**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 37-47, 2010.

SILVEIRA, F. A.; SIMANKE, R. T. A Psicologia em história da loucura de Michel Foucault. **Fractal Revista de Psicologia**, Niterói, v. 21, n. 1, p. 23-42, jan./abr. 2009.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência em saúde mental. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 591-595, jul./ago. 2005.

SPADINI, L. S.; SOUZA, M. C. B. M. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 123-127, mar. 2006.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 477-486, mar./abr. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200016>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

TAVARES, L. A. T.; HASHIMOTO, F. A alienação mental e suas (re)produções na contemporaneidade. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p.4-10, dez. 2008.

TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 347-362, jul./dez. 2006.

TÓFOLI, L. F.; FORTES, S. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral-CE: o relato de uma experiência. **SANARE Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 6, n. 2, p. 34-42, jul./dez. 2007.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 151-164, jan./mar. 2009.

VECHI, L. G. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 3, p. 489-495, set./dez. 2004.

VIETTA, E. P.; KODATO, S. Representações sociais de doença mental em enfermeiros psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 28, n. 5, p. 233-242, 2001.

VIETTA, E. P.; KODATO, S.; FURLAN, R. Reflexões sobre a transição paradigmática em saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 97-103, mar./abr. 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório Mundial da Saúde: saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Geneva, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2015.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

Nome da Pesquisa: **Representações de doença mental produzidas por agentes de saúde na atenção básica.**

Pesquisadores Responsáveis: Nely Regina Sartori (Coren 108811) e Prof. Dr.^a Zeine Alves Pires Scherer

Estamos realizando um estudo para compreender as representações sociais construídas pelos profissionais da saúde à experiência de cuidar e acolher a pessoa com transtorno mental na atenção básica. A sua participação neste estudo é voluntária. Caso decida participar, você irá responder a uma entrevista sobre sua percepção ao acolher e assistir a pessoa com transtorno mental pós-alta ambulatorial. O tempo de entrevista é de aproximadamente 60 minutos. Esta entrevista será gravada por um gravador digital - COBY e transcrita em sua íntegra. Este estudo não oferece qualquer risco ou desconforto e asseguramos que você não será identificado. Embora sua participação não lhe traga nenhum benefício diretamente, os resultados deste estudo nos ajudarão a atingir os objetivos pretendidos e entender a relação entre os profissionais de saúde e as pessoas com transtorno mental na atenção básica. Se decidir não participar da nossa pesquisa, ou resolver parar no meio da entrevista, sua decisão será acatada.

Nely Regina Sartori
Doutoranda da EERP-USP
Telefone: 14 81624270/ E-mail: nely@usp.br

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar da pesquisa gravada.

1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa e o tratamento a que serei submetido.
2. A liberdade de retirar o meu consentimento e deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo algum.
3. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada à minha privacidade.

Marília, _____ de _____ de 2013.

Assinatura do participante

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista**Parte I: Dados de caracterização pessoal e profissional****I Caracterização pessoal****Entrevistado nº** _____

Sexo: () feminino () masculino

Idade: _____ anos completos

Naturalidade: _____ Procedência: _____

Estado civil: _____ Religião: _____ Cor: _____

II Caracterização profissional

Formação profissional: _____ Ano: _____

Instituição: _____

Especialização: _____ Ano de conclusão: _____

Instituição: _____

Residência: _____ Ano de conclusão: _____

Instituição: _____

Outros Cursos: _____ Ano de conclusão: _____

Instituição: _____

Função exercida na instituição: _____ Carga horária: ____/sem

Tempo de vínculo com a instituição (em anos): _____

Capacitação para atendimento de pessoas com transtorno mental: () sim () não

Experiência para atendimento de pessoas com transtorno mental: () sim () não

Parte II: questões abertas (gravadas)

1. Conte-me uma experiência sua com a doença mental na infância ou na adolescência.
2. Qual a diferença entre louco e pessoa portadora de transtorno mental?
3. O seu conceito sobre doença mental e doente mental mudou com a sua formação profissional, ou é o mesmo da formação de antes? Qual que hoje é o seu conceito?
4. O que você acha que deve ser feito com uma pessoa com transtorno mental?
5. Como este serviço de saúde pode contribuir para que esta pessoa se reintegre à
6. Como *você* pode contribuir para que esta pessoa se reintegre à sociedade para viver uma vida normal?
7. Como se sente ao cuidar e atender uma pessoa com transtorno mental?
8. Tem medo de enlouquecer? Por que?
9. Há a possibilidade de cuidado da pessoa com transtorno mental na atenção básica?
10. Na sua família há pessoas com transtorno mental? Elas são iguais as que você cuida?
11. Você contrataria uma pessoa com transtorno mental?
12. Tem algum comentário?

APÊNDICE C – Estudo Piloto

Masculino, 35 anos, natural e procedente de Marília, casado, espírita, branco. Médico, formado há 8 anos em instituição particular. Fez residência em Infectologista (instituição pública) e especialização em nutrologia (1 ano). É médico especialista, contratado pela Secretaria Municipal de Marília há 4 anos em um Ambulatório de Infectologia, com carga-horária de 30h/sem. Atende também pacientes com transtorno mental.

Questionário

- 1- Quando criança tinha um vizinho adolescente que tinha algum problema neurológico que fazia com que ele tivesse atraso no desenvolvimento mental e o tornava agressivo, muitas vezes. Não tinha medo dele, mas muito receio quando ele estava muito perto de mim. Me lembro também de uma menininha que tinha um defeito no quadril e tinha muita dificuldade para andar, eu brincava com ela e com os irmãos dela e ficava imaginando que ela devia estar sofrendo muito e que sofreria bastante quando crescesse.
- 2- Passei por estágio no Hospital Psiquiátrico Santa Tereza e via pessoas com doenças graves sendo tratadas por profissionais que me davam a impressão de tratar estes pacientes como se eles não tivessem jeito e que nunca sairiam de lá. Esta é a impressão que eu tinha. Em ambulatórios, via casos de depressão abordados muito superficialmente, com antidepressivos e nada mais.
- 3- Apesar de não ter muita familiaridade com o assunto, atendo muitos pacientes com depressão, e muitos usuários de drogas. Tem uma assistente social no serviço e um psicólogo, mas se queixam de não criar vínculo com eles. Tento abordar com medicamentos quando me sinto capaz e encaminhar casos mais graves, principalmente os de dependência química, mas na maioria dos casos estes pacientes recusam o encaminhamento. Dizem que não querem ir ao CAPS porque lá tem muito bandido e drogado e não querem internar no HEM pois dizem que já passaram por muitas internações e que não resolveram, pois lá não trata, só desintoxica. Então em grande parte dos casos, fico impotente e frequentemente encontro alguns desses pacientes presos meses depois, normalmente, devido crimes relacionados às drogas.
- 4- Suas histórias de vida me intrigam, no caso de dependência química, principalmente. Já os pacientes com depressão me deixam muitas vezes frustrados e por vezes irritado, quando se tornam redundantes e repetitivos. Tento não transparecer isto, tento ouvi-los e fazer o que for possível farmacologicamente e convencê-los a aceitar seguimento com especialista.
- 5- Apresento mais dificuldade no manejo de pessoas com doença mental, sobre tudo no convencimento da necessidade de tratamento de sua doença de base (no caso HIV)
- 6- Devem ser atendidas no mesmo local que as demais, porém, nós profissionais que as atendemos deveríamos ter melhor preparo para isto, na graduação e na residência.
- 7- Não são. Não temos conhecimento teórico o suficiente, não sabemos fazer diagnóstico adequadamente e temos dificuldade para fazer o seguimento. Além disso, há muito preconceito, estereótipos e falta de respeito por parte dos profissionais que atendem estes pacientes na rede básica, fazendo inclusive piadinhas e chacotas sobre seus problemas.
- 8- Acredito que estas doenças tem controle e remissão. Talvez casos mais leves e iniciais possam evoluir para cura quando bem conduzidos. Conheço o tratamento farmacológico, grupos de apoio, psicanálise, terapia comportamental, terapia de grupo.
- 9- Esquizofrenia, dependência de álcool, dependência de drogas, principalmente cocaína e crack, Porque estes pacientes parece ser inatingíveis, inacessíveis.
- 10- Boa estrutura familiar, boas relações na infância e adolescência. Evitar o uso de bebidas e drogas.
- 11- São necessárias, muito bem vindas, porém necessitam de melhor estruturação e capacitação até mesmo de alguns profissionais que atuam na saúde mental.
- 12- A principal característica é a carência de atenção. Outra característica é o fato de apesar de quererem atenção, têm dificuldade em receber as terapias propostas. Não sei porque chama atenção exatamente, talvez por que estas pessoas me fazem sentir importante para eles, por ouvi-las, mas ao mesmo tempo impotente por não conseguir sucesso no seu tratamento.

ANEXO A – Parecer do projeto de pesquisa enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia de Marília - UNESP

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO" Campus de Marília
Parecer do Projeto nº. 0004/2000	
IDENTIFICAÇÃO	
1. Título do Projeto: Violência institucional: atitudes de não cuidado à pessoa com transtorno mental na atenção primária	
2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Autor(a): NELY REGINA SARTORI	
3. Instituição do Pesquisador: Faculdade de Filosofia e Ciências – UNESP/Marília	
4. Apresentação ao CEP: 22/01/2012	
5. Apresentar relatório em: Semestralmente durante a realização da pesquisa.	
Objetivos	
Compreender os significados atribuídos pelos profissionais da saúde à experiência de cuidar e acolher a pessoa com transtorno mental na atenção básica; Identificar, na visão dos profissionais, o envolvimento e responsabilização ao cuidar da pessoa com transtorno mental. Identificar possíveis atitudes e condutas, expressões, e/ou sentimentos sinalizados e/ou verbalizados pelos Tamanho da Amostra no Brasil: 30 profissionais da saúde, relativos ao cuidado e acolhimento a pessoa com transtorno mental que caracterizem violência institucional; Desenvolver um modelo teórico representativo da experiência de profissionais de saúde inerente ao cuidado e acolhimento a pessoa com transtorno mental desencadeadores de violência.	
SUMÁRIO DO PROJETO	
A pessoa com transtorno mental traz estigmas arraigados, e a sociedade e inúmeros profissionais de saúde ainda não aboliram tal visão. O não preparo para assisti-lo e/ou acolhê-lo, vem, em grande parte, dessa herança histórica que "o louco" carrega, pois crescemos e nos tornamos profissionais em uma cultura concebida de estigmas e preconceitos que acreditava que eles deveriam ser tratados em instituições manicomiais, retirados do convívio social e submetidos, sem escolha, ao tratamento que lhes fosse proposto. O presente projeto tem objetivos compreender os significados atribuídos pelos profissionais da saúde à experiência de acolher/assistir a pessoa com transtorno mental; identificar atitudes, expressões, e/ou sentimentos, sinalizados e/ou verbalizados pelos profissionais da saúde, relativos ao acolhimento/assistência a pessoa com transtorno mental; desenvolver um modelo teórico representativo da experiência de profissionais de saúde inerente ao acolhimento/assistência a pessoa com transtorno mental. Este estudo tem como base os pressupostos dos métodos qualitativos de investigação. Para a presente investigação será utilizada a Teoria Fundamentada nos Dados como referencial metodológico. Os locais do estudo serão as Unidades Básicas de Saúde e as Unidades Saúde da Família de uma cidade do interior paulista. Será utilizada a técnica de análise temática para o tratamento dos dados. Acreditamos que para a mudança ocorrer não basta apenas um cenário e roteiro favorável, necessitamos de atores sociais dispostos a viver e assimelhar-se a Reforma Psiquiátrica, que não ocorrerá se o seu intento não se encontrar internalizado nos indivíduos que a representam em suas	
Pág. 1 de 2	
Faculdade de Filosofia e Ciências Avenida Hygino Muzzi Filho, 737 CEP 17.525-900 Marília São Paulo Brasil Tel 14 3402-1300 fax 14 3402-1302

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
 Campus de Marília

práticas assistenciais e/ou na elaboração de estratégias

COMENTÁRIO DO RELATOR

parecer favorável para a realização do protocolo de pesquisa: **"VIOÊNCIA INSTITUCIONAL: ATITUDE DE NÃO CUIDADO A PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE UM CIDADE DO INTERIOR PAULISTA"**, de autoria da pesquisadora: **NELY REGINA SARTORI**.

PARECER FINAL

O CEP da FFC da UNESP após acatar o parecer do membro relator previamente aprovado para o presente estudo e atendendo a todos os dispositivos das resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como também todos os anexos incluídos na pesquisa resolve aprovar o projeto de pesquisa supracitado.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

DATA DA REUNIÃO

Homologado na reunião do CEP da FFC da Unesp em 18/04/2012.

Simone Aparecida Capellini
 Presidente do CEP

Mariângela Spotti Lopes Fujita
 Diretora da FFC