UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

FRANCIELLE XAVIER DIAS

Representações sociais de doença mental construídas por profissionais de saúde

Ribeirão Preto

2015

FRANCIELLE XAVIER DIAS

Representações sociais de doença mental construídas por profissionais de saúde

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP – USP), como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre.

Área de concentração: Psicologia, Processos Culturais e Subjetivação.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Kodato

Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD).

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.

Catálogo na publicação

Serviço de Biblioteca e Documentação

Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Dias, Francielle Xavier

Representações sociais de doença mental construídas por profissionais de saúde, 2015.

154 f. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia, Processos Culturais e Subjetivação.

Orientador: Kodato, Sérgio.

1. Representações Sociais. 2. Saúde mental. 3. Doença mental. 4. Profissionais de saúde. 5. Serviços de saúde.

Nome: Dias, Francielle Xavier

Título: Representações sociais de doença mental construídas pelos profissionais de saúde

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia Ciências e Letras
de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho aos profissionais de
Saúde Mental por trabalharem com o que
há de mais complexo no ser humano.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Francisco e Nidia, pelo apoio incondicional nessa aventura.

Ao Fer, por ser meu achado e tornar tudo mais leve.

À minha irmã Nidilaine, pelos avisos prévios.

À Nyanne, pelos diversos ‘Resgates do soldado Ryan’ nessa nossa vida stalker.

Aos Leite: Solange, Paulo, Patrícia, Gustavo e Anna Paula, por fazerem da casa deles
a minha casa.

Às minhas amigas Anna Paula, Cachu (Mariana) e Ivonete, por escutarem minhas
lamúrias e acreditarem no meu potencial.

À Marcelinha, Fabíola, Rafael e Raquel, por para-alimentarem minhas loucuras.

À Milene, por incitar minhas andanças e pelos cinemas terapêuticos.

Ao Prof. Luiz, por me incentivar a saída da minha zona de conforto.

Aos profissionais do CAPS III, por me acolherem prontamente.

Ao Prof. Dr. Sérgio Kodato, pela orientação.

Ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e
Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP/USP), por oferecer subsídios a minha formação.

À Coordenação de Aperfeiçoamento do Ensino Superior (CAPES), pelo incentivo à
pesquisa.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pela concessão
da bolsa e apoio financeiro para a realização desta pesquisa (Processo Fapesp nº
2014/12341-0).

Em verdade, essa espécie de homens é muito ingrata comigo! Eles são os mais fiéis de meus súditos, no entanto têm tanta vergonha de usar meu nome em público que chegam até a reprová-lo nos outros, como um sinal de desonra e infâmia. Mas esses loucos perfeitos, que querem ser considerados sábios como Tales¹, acaso não merecem ser chamado de Morósofos², isto é *sábio-loucos*?

Erasmus de Rotterdam
(*Elogio da loucura*)

¹ Referência a Tales de Mileto, nascido em fins do século VII a. C. e morto entre 548 a. C. e 545 a. C., e considerado o fundador da filosofia ocidental.

² Moró vem de Moría (do grego = loucura), Sofo vem de sophos (também do grego = sabedoria). Logo, pode ser definido como louco sábio ou vice-versa.

RESUMO

Dias, F. X. (2015). *Representações sociais de doença mental construídas por profissionais da saúde*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2015.

A loucura teve sua representação elaborada historicamente e significada no contexto científico enquanto doença mental, possibilitando uma semiótica médica do diagnóstico, prognóstico e plano de tratamento. Diante disso, nesta pesquisa colocou-se o discurso sobre a doença mental no centro das investigações sobre os processos de interpretação e subjetivação, de sujeitos profissionais que lidam cotidianamente com o fenômeno. Nesse sentido, este trabalho objetivou investigar as representações sociais de profissionais de um serviço público de saúde mental sobre a doença mental, fundamentada no método de análise das representações sociais, segundo Moscovici (1978, 2004), Jodelet (2005a) e Jovchelovitch (1998). O contexto estudado foi um Centro de Atenção Psicossocial III no município de Ribeirão Preto, Brasil. É sabido que as representações de saúde e doença influenciam os paradigmas envolvidos nas práticas de diagnóstico e tratamento. Os procedimentos de coleta de dados contemplaram a observação participante e, a realização de entrevistas em profundidade, com roteiro temático. A escolha dos sujeitos (n=10) procurou contemplar a heterogeneidade do grupo estudado. As entrevistas foram analisadas de acordo com a técnica da análise de conteúdo (Bardin, 1979) e organizadas em categorias temáticas. Os resultados apontaram que as representações sociais dos profissionais foram construídas através da relação com os pares e a incorporação de novos conhecimentos. A doença mental permaneceu romantizada até o contato profissional com pacientes. A etiologia da doença mais aceita pelos profissionais foi a interacionista biopsicossocial. O discurso destes se diferencia dos leigos quanto às causas e melhores formas de tratamento, sendo que estas são idealizadas. As representações sociais dos profissionais compreendem a doença mental como algo imprevisível, incapacitante e permanente, sendo objetivada na imagem do deficiente como incapaz. Observou-se também que o paradigma psicossocial alimenta o discurso dos profissionais de saúde, mas ainda é um desafio para estes na prática.

Palavras-chaves: representações sociais, doença mental, saúde mental, profissionais de saúde, serviços de saúde.

ABSTRACT

Dias, F. X. (2015). *Social representations of mental illness developed by health professionals*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2015.

The madness had its representation developed historically and signified in a scientific context as a mental illness, enabling medical semiotics of diagnosis, prognosis and treatment. Therefore, this research put this speech on mental illness at the center of investigations into the processes of interpretation and subjectivity of subject professionals who labor daily with the phenomenon. Therefore, this study aimed to investigate the social representations of professionals from a public mental health service about mental illness, based on the method of analysis of social representations, according to Moscovici (1978, 2004), Jodelet (2005a) and Jovchelovitch (1998). The context studied was a Centro de Atenção Psicossocial III in Ribeirão Preto, Brazil. It is well known that health and illness influence paradigms involved in diagnosis and treatment practices. Data acquisition was made by observations and in-depth interviews. The subjects (n=10) were chosen in order to guarantee the heterogeneity of the group. The interviews were analyzed according to the technique of content analysis (Bardin, 1979) and organized into thematic categories. Data analysis pointed that professional's social representations were built by relationship with their peers and incorporation of new knowledges. Mental illness remained romanticized to the professional until it's contact with patients. The etiology of the disease more accepted by professionals was the biopsychosocial interactional. Their vision regarding the causes and treatment of mental illness are different from ordinary people, but it remains idealized. The social representation of professionals comprehends mental illness as something unpredictable, disabling and permanent, objectified in the image of the poor and helpless. It was also observed that the psychosocial paradigm feeds the speech of health professionals, but it is still a challenge for these in practice.

Keywords: social representations, mental illness, mental health, health professionals, health services.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização dos participantes.....	56
Quadro 2: Roteiro de Observação.....	147
Quadro 3: Detalhamento das observações realizadas	148

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CID – 10	Classificação Internacional de Doenças
FFCLRP	Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleo de Apoio Psicossocial
OMS	Organização Mundial de Saúde
TO	Terapia ocupacional ou Terapeuta ocupacional
TOC	Transtorno obsessivo compulsivo
UBDS	Unidade Básica e Distrital de Saúde
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UNESP	Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
USP	Universidade de São Paulo

APRESENTAÇÃO

A motivação inicial para a realização desse estudo foi uma situação conflituosa no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III (CAPSad III) da cidade de Uberlândia. Na ocasião, eu trabalhava como psicóloga clínica na instituição há cerca de um ano. E, num certo dia, em meio a uma confusão institucional generalizada sobrou para mim um soco no ouvido.

O trabalho em Saúde Mental implica em mobilizações psíquicas intensas exigindo uma elaboração constante das experiências vividas junto aos pacientes. O CAPSad III era um lugar de práticas vivas, com pulsões de vida e de morte em constante dinamismo. As agressões verbais e as relações violentas vividas na família ou na rua eram reeditadas pelos pacientes constantemente no cotidiano do tratamento. Mais frequentemente entre eles e, algumas vezes, direcionadas aos profissionais, especialmente a agressão verbal. No entanto, até então, nunca havia acontecido, na história da instituição, uma agressão física a um profissional.

Sempre que alguma briga eclodia a conduta praticada e legitimada era uma dupla de terapeutas conversarem individualmente com os pacientes envolvidos e, depois atendê-los conjuntamente. Quando as brigas verbais e físicas se acentuavam reuniam-se todos os pacientes presentes no momento para uma assembleia, com o intuito de discutir a situação e propor mudanças.

Alguns fatores eram potencialmente desencadeadores de brigas, como: pacientes sob o efeito de drogas; conflitos extra-CAPS, já que os pacientes se conheciam e se relacionavam fora da unidade; brincadeiras mal interpretadas; disputas amorosas; sentimento de injustiça e outros desentendimentos. Em minha avaliação, outro fator em especial, porém menos explícito, também possuía o mesmo potencial de desorganização institucional; o barulho.

No CAPSad III o barulho era a faísca anunciadora de conflitos e o código para o perigo. Como um arauto da desgraça, colocava todos em estado de alerta, nos forçando a assumir a posição de ataque, defesa ou apaziguamento. Frequentemente, os profissionais, utilizando-se do vínculo, do manejo verbal e da confiança na equipe para separar as brigas, apaziguar os ânimos e retomar as atividades.

No cotidiano da unidade tais situações eram constantes, em geral, a equipe estava adaptada; mas não conformada. O desejo de sair da instituição era recorrente em muitos

profissionais. Quando se uma situação beirava o insuportável, deixava-se a instituição, o que de fato aconteceu comigo.

No dia citado todos os elementos acima descritos estavam presentes, com exceção de um ingrediente a mais: sentimento de ciúme direcionado a mim, pela namorada de um paciente, cuja referência terapêutica eu assumia no momento. Esse paciente e eu tínhamos a mesma idade na época, algo que me impactava bastante, pois apesar dessa coincidência, as condições de existência eram totalmente destoantes. Ele possuía família, mas não tinha boa relação com o pai, chegando a ameaçar matá-lo. Estava envolvido com tráfico, roubo e portava-se como alguém que queria ser o ‘rei da quebrada’, mesmo estando em uma instituição de saúde. Devido ao seu envolvimento com a criminalidade, ele se espantava por ainda não estar morto, *“bandido morre é com 22, já tá na minha hora”*.

A namorada era uma paciente nova no CAPSad III, em processo de construção de vínculo terapêutico e definição de um técnico de referência. Pairava sobre ela uma suspeita de envolvimento com o tráfico. Após ter contraído o vírus Human Immunodeficiency Virus (HIV) ela se afastou da família, deixando os cuidados do seu filho a cargo dos avós maternos. O histórico da paciente remetia a um sistema de funcionamento interno concreto e compulsivo, solucionando os problemas por meio da violência. Diversas vezes houve agressões físicas ao namorado ou às pacientes que, supostamente, o paqueravam. Pode-se afirmar que o relacionamento deles era possessivo.

No dia em questão, em minha perspectiva, o CAPSad III se desorganizou após o barulho causado por um paciente que caiu da maca devido aos efeitos do uso abusivo de álcool. Apesar da minha intervenção, após levantar-se ele insistia em percorrer a unidade, desorganizando a rotina dos demais pacientes. A abordagem de um segurança, junto a esse paciente, despertou nos demais um sentimento de injustiça, fazendo com que falassem alto e saíssem das atividades. No calor desses acontecimentos o CAPSad III transformou-se numa zona de conflito, aonde aconteciam várias emergências ao mesmo tempo.

Como já mencionado, nesses momentos reunia-se o máximo de pacientes com o máximo de profissionais, que na ocasião eram poucos, devido às urgências paralelas, e realizava-se a assembleia. Nesse momento, eu, munida de todos os instrumentos já mencionados e, de uma segurança profissional, pois já havia feito isso antes, iniciei às pressas a assembleia.

Reunidos, os pacientes verbalizavam suas indignações com os seguranças, com a equipe e com outros pacientes. Em meio a tantas falas, procurei organizar o grupo para propor uma solução, que fosse a curto, médio ou em longo prazo. Então, a namorada propôs: *“vamo*

todo mundo pro pátio”, sua fala aumentou o alvoroço e angariou adeptos. Minha intervenção foi a de afirmar que no CAPSad III não resolvíamos as coisas dessa maneira. Minha fala soou como um enfrentamento e um convite para a demonstração de forças. Em um terreno simbólico, uma disputa pelo namorado, e, na concretude a medição da força física.

Em seguida a paciente se direcionou a mim, soltando a máxima brasileira: “*você sabe com quem está falando?*”; e, de punho cerrado, deu-me um soco no ouvido. Eu, que nunca havia sofrido qualquer tipo de agressão, regredi chorando e outra profissional me retirou da sala. Do lado de fora os barulhos aumentavam, alguém caía no chão e vários outros pequenos conflitos se desenrolavam.

Não cabe nesta apresentação relatar detalhadamente as consequências desse dia, mas a título de esclarecimentos vale saber que a equipe entendeu a situação como um ato perverso da paciente, que se aproveitando da tensão na instituição, agrediu a terapeuta de referência de seu namorado. Posteriormente, ambos receberam alta administrativa para outro CAPSad da cidade.

O CAPSad III ficou em recesso dos atendimentos por uma semana, organizando-se internamente para voltar a trabalhar. Quanto a mim, foi registrada uma Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), após tentei trabalhar temporariamente em um CAPS II, porém não consegui voltar a exercer a função de psicóloga imediatamente. Fiquei afastada por quatorze dias e, em seguida optei pela transferência.

Esse episódio colocou todos os profissionais em choque, pois era comum, ainda que desconfortável, os pacientes se agredirem, mas nunca, um paciente agredir um profissional. No momento subsequente à agressão busquei por respostas nos mecanismos de transferência e contratransferência.

No âmbito da terapia individual foi possível apropriar-se da situação e implicar-se pessoalmente, obtendo algumas respostas. A agressão representou, pessoalmente, uma revisão de conceitos e posicionamentos, com o agravante de ter sido aquele meu primeiro emprego. Como continuar sendo psicóloga após uma agressão física? Em que medida uma postura onipotente contribuiu para tal? O que tem o CAPS III com isso tudo? Como se agenciou essa agressão?

Então, o mestrado e a pesquisa representaram uma via de outra qualidade para a abordagem do fenômeno, uma vez que muitas já haviam sido realizadas: na terapia, na mesa do bar com os amigos e viajando. O estudo estruturado, através desta pesquisa, propiciou uma investigação mais apurada nesse grande campo que é a Saúde Mental. Inicialmente a questão motivadora era o que fazia as pessoas trabalharem na saúde mental? Em que premissas elas se

baseavam? Teriam elas noção dos fundamentos ideológicos, científicos e históricos da própria fala? Estaria o CAPSad tratando ou aprisionando seus pacientes?

O modo como os profissionais estruturam suas percepções e consequentemente suas práticas é um interesse antigo de pesquisa. Minha pesquisa de iniciação científica³ investigou as percepções dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde sobre a atuação do psicólogo. Os resultados apontaram que o psicólogo é um profissional considerado importante e necessário. Porém, com uma identidade ambígua, devido às diferentes demandas que necessita atender, relativas à saúde mental e à atenção primária. Nesse contexto, era esperado que o psicólogo cumprisse um papel de mediador.

Já esta pesquisa busca o acesso ao conhecimento aplicado à prática, para além da ciência que lhes deu fundamento para a escolha da profissão. O objetivo é acessar a estrutura do pensamento dos profissionais. Conhecer como eles pensam para poder entender como trabalham. E, quem sabe entender qual a vocação do CAPS, para além do que está posto nas leis e portarias. Dessa conjuntura de fatores, surgiu o despertar para a pesquisa estruturada no âmbito acadêmico.

³ Pesquisa de iniciação científica vinculada ao Programa Institucional de Apoio à Iniciação Científica da Universidade Federal de Uberlândia (PIAIC/UFU). Sob o título **“O papel do psicólogo na equipe das Unidades Básicas de Saúde de Uberlândia: a visão da equipe”** os resultados da pesquisa foram publicados na modalidade trabalho completo nos Anais do 16º Encontro Nacional ABRAPSO: Psicologia social e seus movimentos, Recife, 2011.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	27
1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE DOENÇA MENTAL.....	29
2 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III.....	37
3 JUSTIFICATIVA.....	43
4 OBJETIVOS.....	45
4.1 Objetivo geral.....	45
4.2 Objetivos específicos	45
5 METODOLOGIA	47
6 PROCEDIMENTOS	51
6.1 Observação participante.....	51
6.1.1 Diário de campo	53
6.2 Entrevista em profundidade	54
7 DESAFIOS METODOLÓGICOS.....	59
8 RESULTADOS.....	63
8.1 Análise Institucional	63
8.2 Síntese das entrevistas.....	72
8.2.1 Síntese Entrevista Sujeito1 - Psicólogo1	72
8.2.2 Síntese Entrevista: Sujeito2 – Terapeuta Ocupacional	74
8.2.3 Síntese Entrevista Sujeito3 – Enfermeiro	76
8.2.4 Síntese Entrevista Sujeito4 – Auxiliar de Enfermagem1	77

8.2.5 Síntese Entrevista Sujeito5 – Psicólogo 2	79
8.2.6 Síntese Entrevista Sujeito6 – Auxiliar de Enfermagem2	81
8.2.7 Síntese Entrevista Sujeito7 – Psicólogo3	84
8.2.8 Síntese Entrevista Sujeito8 – Psiquiatra1	87
8.2.9 Síntese Entrevista Sujeito9 – Assistente Social.....	88
8.2.10 Síntese Entrevista Sujeito10 – Psiquiatra2	92
8.3 Categorias de análise	98
8.3.1 Categoria 1: Convívio com a diferença	98
8.3.2 Categoria 2: Experiências com a doença mental/loucura	99
8.3.3 Categoria 3: Vocação profissional para a Saúde Mental	101
8.3.4 Categoria 4: Representações das causas da doença mental	102
8.3.5 Categoria 5: Representações de doença mental.....	103
8.3.6 Categoria 6: Representações de tratamento de doença mental	105
8.3.7 Categoria 7: Representações sociais de CAPS	106
8.3.8 Categoria 8: Cotidiano de trabalho	108
8.3.9 Categoria 9: Representações sociais de profissionais de Saúde Mental.....	109
8.3.10 Categoria 10: Epistemologia e conhecimento científico	111
8.3.11 Categoria 11: Transcendência e espiritualidade	112
9 DISCUSSÃO	115
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	133
11 CUIDADOS ÉTICOS.....	137
REFERÊNCIAS	139
APÊNDICES	147
APÊNDICE A: ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO.....	147

APÊNDICE B: DETALHAMENTO DAS OBSERVAÇÕES REALIZADAS	148
APÊNDICE C: ROTEIRO DA ENTREVISTA	150
APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	151
APÊNDICE E: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CONSTITUIÇÃO DE BANCO DE DADOS	153

ANEXO.....	155
-------------------	------------

ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA DA FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO – USP	155
---	-----

INTRODUÇÃO

O termo doença mental se apresenta como uma operacionalização conceitual do fenômeno da loucura desde que os loucos foram isolados e classificados em categorias diagnósticas, sendo então submetidos à epistemologia médico-científica. Desse modo, o termo doença mental é um representante desse fenômeno multifacetado e amplo que é a loucura. Esta pesquisa se propôs a ampliar os conhecimentos científicos relativos à doença mental, mais especificamente sobre os indivíduos que a têm enquanto objeto de trabalho.

Situações de doença mental impactam economicamente e socialmente indivíduos em diversos países. Em termos econômicos, o custo agregado da saúde mental para os Estados Unidos correspondeu a 2,5% do produto nacional bruto. Na Holanda, essa relação foi de 23,2%. E, no Reino Unido, os gastos com doentes internados representaram 22% do produto nacional bruto (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2002).

Além desses, outros custos escapam à quantificação, como o impacto na dinâmica familiar e nos profissionais de saúde. As doenças mentais acarretam em diminuição da produtividade, reprodução de estereótipos, sobrecarga aos demais membros da família e, em alguns casos violação dos direitos humanos. Nos países desenvolvidos elas são responsáveis por uma proporção maior de incapacidade do que qualquer outro grupo de doenças, incluindo câncer e doenças cardíacas (Bruckner et al., 2011; Reeves et al., 2011).

A OMS atribui aos transtornos mentais 14% do total de mortes prematuras e anos de vida vividos com alguma deficiência (Bruckner et al., 2011). Estima-se que, em 1990, as doenças mentais tenham sido responsáveis por 10% do total de anos de vida vividos com incapacitação. No ano 2000 essa proporção chegou a 12%.

Prevê-se que, até 2020, a ocorrência dos transtornos mentais terá crescido para 15% (OMS, 2002). Levando em consideração os transtornos mentais severos e persistentes (psicoses, neuroses graves, deficiência mental acompanhada de problemas psicossociais graves, demências que acarretam transtornos graves na autonomia e participação na vida social), estima-se que cerca de 3% da população necessita de cuidados contínuos e permanentes, como os que são oferecidos nos centros de atenção diária (Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e Núcleo de Apoio Psicossocial - NAPS). No Brasil, isto equivale a cerca de cinco milhões de pessoas (Ministério da Saúde (MS), 2002).

Acrescentando à estimativa já apresentada um número elevado de pessoas com problemas graves decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, avalia-se que no

Brasil, uma parcela considerável da população (mais de cinco milhões de habitantes) necessita de cuidados regulares e contínuos de saúde mental (MS, 2002).

O aumento da compreensão pública do modelo biológico de explicação da doença mental contribuiu para uma maior visibilidade do fenômeno, favorecendo a busca por ajuda profissional (Schomerus et al., 2012). Com isso, houve um aumento significativo da demanda por serviços públicos de saúde mental, porém nem sempre acompanhada do aumento dos respectivos serviços.

Do total de pessoas que precisam de atendimento somente uma pequena minoria recebe tratamento. Essa lacuna é especialmente alta em países de média ou baixa renda, aonde, segundo o Banco Mundial, 85% da população mundial reside. O acesso ao tratamento nesses países está entre 30 a 50% do total de pessoas que necessitam (Bruckner et al., 2011; Machado & Pereira, 2013; Reeves et al., 2011; OMS, 2002).

A dificuldade de acesso ainda é um entrave para a melhoria dos índices de saúde mental. Os serviços existentes são numericamente insuficientes e têm pouca capacidade de absorção, devido à crescente demanda e à cronificação dos pacientes, observada através dos baixos índices de alta.

A complexidade na organização da assistência e os impactos próprios do trabalho conferem aos CAPS uma necessidade de constante acompanhamento e análise (Campos et al., 2009). Observa-se também que o tipo de cuidado produzido não avança na produção de cuidados em núcleos de base comunitária (Dimenstein, Santos, Brito, Severo & Moraes, 2005).

Os profissionais de Saúde Mental estão inseridos entre a pressão da demanda por atendimento e as diretrizes do Ministério da Saúde. A produção de cuidados é resultante do modo como eles representam a doença mental e seus reflexos nas práticas de tratamento. No entanto, apesar disso, suas representações são pouco investigadas pelo campo científico.

Desse modo, a investigação das representações dos profissionais poderá fornecer indicações sobre o olhar que o profissional direciona ao paciente, uma vez que a maneira como os homens representam a sua realidade dirige e orienta suas condutas (Sá, 1998).

1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE DOENÇA MENTAL

As representações sociais de doença mental são caracterizadas pela diversidade, coexistindo em seu cerne simultaneamente a familiaridade e o estranhamento. A compreensão dos profissionais está longe de ter uma ancoragem definitiva, de modo que as representações são caracterizadas por muito debate, questionamento e negociação (Morant, 2006).

O processo de representação da doença mental apresenta-se em um estado dinâmico de transformação, constituindo-se pela relação entre o universo reificado e os saberes do universo consensual (Cetolin, 2011). Os elementos constitutivos das representações sociais de doença mental incluem crenças e valores apropriados através da socialização e saberes adquiridos pela formação profissional.

A compreensão social da loucura está refletida no modo como os desarrazoados são tratados e manejados. Em geral, ela é classificada através dos comportamentos que não atendem às expectativas sociais, sendo que os divergentes são interpretados, geralmente, com base em valores estigmatizantes e discriminatórios.

Na representação do doente mental, os indivíduos recorrem a diversos tipos de conhecimentos para torná-la mais familiar. Os elementos explicativos a respeito do comportamento apresentado pelo portador de transtorno mental estão ancorados ora como um desvio de ordem moral, ora religiosa, ora social e ora orgânica (Colvero, Ide, & Rolim, 2004).

O doente mental é descrito como potencialmente perigoso para a sociedade, estando intimamente ligado ao desvio social e ao comportamento criminoso (Dixit, 2005). Assim percebe-se que as representações permanecem ancoradas no estereótipo do louco do manicômio, mantendo essa imagem estigmatizada arraigada no ideário dos profissionais de saúde.

Por estigma, compreende-se uma relação entre atributo individual e o estereótipo, cuja origem está ligada à construção social dos significados através da interação. Os atributos avaliados como inconsistentes com o nosso estereótipo sobre como deve ser os indivíduos são estigmatizados (Goffman, 1993). Portanto, o indivíduo é visto em desvantagem em relação aos demais, produzindo amplo descrédito na sua vida social. Os atributos inconsistentes expõem a discrepância entre uma identidade social virtual e uma identidade real.

Praticamente todos os pacientes em tratamento vivenciam danos causados pelo estigma social da doença mental. Eles relatam situações de discriminação, falta de qualidade

de vida e excesso de atitudes paternalistas (Dinos, Stevens, Serfaty, Weich, & King, 2004; El-Badri & Mellsop, 2007).

O significado social da doença mental é compreendido em termos da funcionalidade social e do comportamento normatizado (Dixit, 2005). Desse modo compõem a representação da doença mental o levantamento de suas possíveis causas, os problemas decorrentes, a impossibilidade da cura, a relação com a normalidade e a inviabilidade em estar no mercado produtivo. Os discursos dos profissionais destacam a cronificação, a incapacidade e a instabilidade no curso da doença (Leão & Barros, 2008).

Na classificação das possíveis causas da doença mental destacam-se discursos multifatoriais, bifatoriais e unifatoriais, sendo a causalidade interacionista biopsicossocial a de maior destaque. A causalidade bifatorial associa o “biológico” aos fatores ambientais e a causalidade unifatorial atribui aos processos neurobiológicos a causa da doença mental (Martins, 2013).

Em geral, o fator social é considerado o desencadeador e mantenedor da doença, sendo papel dos profissionais a manutenção do doente mental em seu ambiente apesar das diversas intempéries que possam existir nele (Machado & Pereira, 2013). O descontrole emocional e a dificuldade em lidar com a frustração também são levantados como estopins para a crise (Leão & Barros, 2008).

A causalidade da enfermidade mental também pode ser compreendida como a amputação severa das funções vitais do sistema de realidade do paciente. Como consequência, fica impossibilitada uma reorganização efetiva do sentimento de realização (Moffatt, 1981). Fazendo com que o vínculo com a comunidade, enquanto provedora de significados, fique comprometido.

Na definição causal da doença mental, a concepção de locus de controle interno favorece novas aprendizagens e causa um efeito moderador na ansiedade dos pacientes. Ao passo que a atribuição causal externa representa uma defesa identitária (Amaral, 1992). A causalidade ancorada num fator interno favorece a possibilidade de mudanças no desenvolvimento da doença, uma vez que o paciente dispõe dele mesmo como instrumento de tratamento.

Na negociação social da representação de doença mental pelos profissionais, observa-se uma tensão conceitual entre uma abordagem funcional e uma perspectiva biológica. Na primeira, considera-se o bem-estar subjetivo, a percepção de auto-eficácia, a autonomia, a competência e a auto realização do potencial intelectual e emocional de uma pessoa (Gomes, Mendonça, & Pontes, 2002). A perspectiva biológica, por sua vez, toma a doença mental

como um desequilíbrio químico no funcionamento do cérebro que vai se tornando instável, afetando a mente e a personalidade do indivíduo (Foster, 2001).

A compreensão funcional da doença mental evidencia uma falência no modo de funcionar e produzir dentro do modelo atual de organização social e econômica. Tal aspecto encontra ressonância na definição de saúde mental dos pacientes: “a capacidade para o trabalho e recuperação da autonomia nas atividades da vida diária” (Prebianchi & Falleiros, 2011, p. 37).

Os profissionais de Saúde Mental, em especial os do contexto hospitalar, tendem a considerar a doença mental fruto de uma predisposição genética associada a uma “estrutura psíquica deficitária” ou, por vezes, apenas ao fator genético isoladamente (Leite, 2012). A representação da doença mental, enquanto condição crônica pode acarretar numa prática profissional impotente e paralisada na busca pela reinserção social, já que não se pode eliminar a causa da doença.

Os profissionais atuantes no hospital psiquiátrico demonstraram uma representação social objetivada com mais clareza na causa biomédica. Diferentemente destes, os profissionais da rede substitutiva demonstraram uma influência dos conhecimentos da Psicanálise (Leite, 2012). Na rede de atenção primária à saúde observam-se discursos semelhantes aos dos profissionais do hospital psiquiátrico, em que a doença mental está ligada a fatores biológicos e centralizada no modelo médico (Machado & Pereira, 2013). Os discursos dos profissionais apontam como o contexto participa da formação das representações sociais.

Na construção do diagnóstico, os profissionais de saúde utilizam-se dos protótipos de cada patologia, construídos com base no saber médico e nas crenças acumuladas a respeito da patologia. O uso de estereótipos se mostra útil devido ao pouco tempo que o profissional tem com o paciente, especialmente no serviço público. Aspectos pessoais dos profissionais também influenciam o processo de diagnóstico, como seu estado de humor, empatia com o paciente e suas características individuais (Costa, 2009).

Os termos psiquiátricos compõem as representações sociais de doença mental dos profissionais, atuando como uma terminologia comum e auxiliando na comunicação entre os membros de diferentes formações inseridos numa equipe multidisciplinar. Mesmo que eles não concordem quanto às causas ou às melhores formas de tratamento, quando compartilham uma mesma terminologia decidem qual a enfermidade mental do paciente (Morant, 1995). A utilização da Classificação Internacional de Doenças (CID – 10) pelo sistema de saúde é o instrumento principal de comunicação entre os profissionais.

Na prática cotidiana os profissionais expõe saberes ligados ao seu *modus operandi* como profissionais combinados com suas posturas pessoais e o conhecimento do senso comum, que nem sempre correspondem com as práticas pertinentes ou com os conteúdos relatados (Cetolin, 2011). Apesar do status de especialistas, os profissionais não se utilizam tão somente de sua *expertise* nas atividades de trabalho.

O “saber profissional” sustenta discursos imbuídos de concepções ideológicas, sociais, biológicas, psicológicas e/ou psicanalíticas (Leite, 2012). Os saberes adquiridos na formação acadêmica sustentam elementos relativos à causa, evolução e tratamento da doença mental. De grande importância, eles compõem os conhecimentos científicos que circulam nas equipes, construindo e transformando a representação do doente mental através das práticas engendradas por esses saberes.

No entanto, apesar do aperfeiçoamento dos conhecimentos sobre a doença mental, a imagem do doente mental mantém-se associada à ideia de periculosidade, mantendo a tendência de esquivar-se do contato com eles (Maciel, Barros, Camino, & Melo, 2011). Mesmo com novas informações obtidas nas pesquisas no campo da Saúde Mental, a representação de doente mental ainda está ancorada na imagem do louco perigoso.

Por conseguinte a exclusão social do doente mental não é produto tão somente da instituição de tratamento, mas da concepção que temos de doença mental, uma vez que ela vai determinar a maneira como lidamos com ele (Leão & Barros, 2008). Logo, a representação construída sobre a doença mental determina sobremaneira a relação estabelecida com os doentes mentais.

As representações sociais de profissionais podem ser distinguidas das representações de outros grupos sociais porque emergem da relação única com seu objeto de representação. Como profissionais, eles estão em contato diário com a doença mental, além de estarem equipados com um corpo de conhecimentos técnicos relativos às causas e formas de tratamento. Ademais, elas são construídas dentro de um contexto institucional, passíveis de serem detectadas no trabalho diário de construção de um modelo de tratamento dentro dos hospitais e nos centros de saúde (Morant, 1995). Por estas características, espera-se que as representações construídas pelos profissionais de saúde contenham elementos diferenciados daqueles do conhecimento do senso comum.

No entanto, alguns elementos são comuns entre as representações dos profissionais e as dos leigos. As crenças e atitudes negativas sobre os doentes mentais, assim como entre leigos, são difundidas entre profissionais de saúde, ou até maiores (Hansson, Jormfeldt, Svedberg, & Svensson, 2013). Ainda que as atitudes positivas prevaleçam sobre as negativas,

estas estão relacionadas especialmente à aceitação social do paciente (Wahl & Aroesty-Cohen, 2010). A simultaneidade de aspectos positivos e negativos na estrutura das representações expressa tensões.

Deslocar da representação, instituída no senso comum, a informação de que todo louco é imprevisível para um olhar instrumentado pelo saber técnico-científico demonstrou-se ser uma das tarefas mais complexas no tratamento do doente mental (Cetolin, 2011). Há uma considerável ambivalência nas representações dos profissionais de saúde sobre a doença mental. Ela é frequentemente descrita como alteridade, alimentando um senso de alienação e incapacidade empática, especialmente com os pacientes psicóticos. Mas, por outro lado, também é significada como uma vivência humana a qual todos estamos sujeitos.

Em geral, os profissionais associam a periculosidade e o medo a momentos de surto e personalidades perversas. O risco existe, porém é atenuado pelas precauções tomadas, pela confiança na equipe e a experiência com a doença mental (Leite, 2012). Sem negar os riscos envolvidos, a confiança no grupo e a experiência são caminhos possíveis para a desmistificação do doente mental como um risco constante à sociedade.

Os profissionais desconstruíram a imagem que possuíam da loucura após a convivência com os pacientes no cotidiano de trabalho (Machado & Pereira, 2013). Dados semelhantes também foram obtidos por Leite (2012), em que o tempo e a proximidade apareceram como um aliado na mudança da representação dos profissionais sobre a doença mental.

Apesar disso, observa-se a manutenção do medo especialmente no caso dos familiares. As famílias com um membro adoecido mentalmente relatam dificuldade de relacionamento decorrente de condutas de agressão, abandono e isolamento social da família pela comunidade (Pereira, 2003), o que acaba gerando a não aceitação da presença do portador de transtorno mental no convívio diário (Silva & Sadigursky, 2008).

Desse modo, fica evidente que um melhor conhecimento e o contato frequente não atuam como fator de proteção quando se trata da prevalência de estereótipos em relação às pessoas com doença mental, ou maior disposição para interagir com essas pessoas. Ou seja, nem sempre evita crenças estigmatizantes e estereotipadas sobre as pessoas com doença mental (Hansson et al., 2013).

A proximidade física diária pode aumentar o senso de alteridade como uma forma de manutenção de uma distância psicológica segura entre os profissionais e os doentes mentais (Jodelet, 2005b). A outra hipótese é de que as representações mais próximas à da população leiga se dá pela falta de treinamento profissional específico.

A vivência da doença mental é representada pelos pacientes como um descontrole, uma instabilidade emocional e, conseqüentemente, identificada como um desvio ao padrão de normalidade. Para os profissionais, a doença mental está relacionada a causas internas (desvio moral, carências e conflitos), perda do contato com a realidade ou pelas conseqüências da doença (estigma, falta de autonomia, invalidez) (Rodrigues & Figueiredo, 2003). Tais diferenças representacionais podem ser decorrentes das posições diferenciadas que profissionais e pacientes ocupam no fenômeno.

Na perspectiva dos profissionais o tratamento oferecido é capaz de possibilitar a inserção social, mesmo eles reconhecendo a exclusão social a que os doentes mentais estão sujeitos (Machado & Pereira, 2013). Percebe-se um esforço em dar um sentido pessoal para o próprio trabalho, fazendo dele algo transformador do sujeito e da sociedade.

Os profissionais destacam a importância de o doente mental reconhecer-se como um indivíduo diferente, enquanto um requisito para o início do tratamento (Leite, 2012). Percebe-se aí uma necessidade de diferenciação entre o profissional e o paciente como um sustentáculo importante para a relação terapêutica, mas que possui um limiar tênue, pois os profissionais afirmam que o adoecimento mental é uma possibilidade inscrita na condição de ser humano.

Os profissionais demonstram dificuldades em acolher adequadamente o doente mental por não se reconhecerem inseridos na temática da saúde ou por possuírem dificuldades subjetivas para lidar com a loucura. Demonstrando que não basta deter o saber técnico, é preciso contextualizá-lo e, se dispor subjetivamente para o cuidado (Machado & Pereira, 2013).

É sabido que existem implicações mútuas entre representações e práticas, sendo que o núcleo central das representações fornece significado às ações cotidianas e estas, por sua vez, podem atuar na transformação das representações (Rosa, Bocci, & Pedreira, 2012). O conceito de doença mental é central nas representações social dos profissionais de saúde (Morant, 1995). Através da conceptualização é possível construir teorias a respeito das suas causas e melhores formas de tratamento, demonstrando o esforço de compressão da doença mental através da construção de um conceito-guia para lidar com os pacientes no cotidiano de trabalho.

Observa-se na conceituação da doença mental uma variedade de conteúdos representacionais. Em geral, ela é significada como “alteração”, “transtorno”, “limitação” ou “incapacidade” que *a posteriori* condiciona e limita o funcionamento (Martins, 2013). A doença mental apresenta-se como uma condição existencial deficitária, apontando um

trabalho cognitivo de comparação entre os doentes mentais e a maioria estatística enquadrada nos parâmetros da normalidade.

Investigar as representações sociais de doença mental implica em analisar, em seu processo constitutivo, a influência das formações ideológicas e do conhecimento supostamente científico (Vietta & Kodato, 2001). Para tanto, este trabalho investigou as representações sociais da doença mental construídas por profissionais da área de saúde pública, atuantes no campo da Saúde Mental.

2 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III

As primeiras instituições de cuidado da loucura datam de muito antes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs). O agenciamento social da doença mental tomou novas formas desde que Pinel libertou os loucos das correntes e os submeteu ao tratamento asilar. A premissa do isolamento social não mais fundamenta o tratamento dos loucos na contemporaneidade. Ainda que existam resquícios dessas premissas nas modalidades atuais de tratamento, atualmente é o paradigma psicossocial que fundamenta os serviços públicos de Saúde Mental no Brasil.

Os CAPSs são dispositivos criados a partir das transformações engendradas pela Reforma Psiquiátrica, as quais desnaturalizaram a necessidade de isolamento social para o tratamento da doença mental. A Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, no início do século XX, questionaram as condições desumanas e a eficiência terapêutica dos hospitais psiquiátricos. O alvo central das críticas foi o paradigma psiquiátrico tradicional que reduzia a experiência da loucura a uma categoria diagnóstica, focada na sintomatologia e não nos sujeitos (Amarante, 1995).

No Brasil, inspirado nas formulações de Franco Basaglia, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial se tornou o representante da crítica ao modelo do hospital psiquiátrico, propondo a desinstitucionalização da loucura através do fechamento dos manicômios e a promoção de uma cultura de tratamento, de convivência e de tolerância, no seio da sociedade.

Os CAPSs destacam-se como lugar de referência e tratamento para pacientes com diagnóstico de transtorno mental, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário e personalizado. O objetivo é realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (MS, 2004).

Os CAPS III possuem capacidade operacional para o atendimento de municípios com população acima de 200.000 habitantes. A assistência prestada aos pacientes no CAPS III inclui as seguintes atividades: atendimento individual; atendimento em grupos; atendimento em oficinas terapêuticas; visitas/atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias e acolhimento noturno.

Nos últimos anos, a rede CAPS se expandiu e se interiorizou. Ao final de 2010, 40% dos CAPS estavam em cidades de pequeno porte (com menos que 50.000 habitantes). Do total de CAPS em 2010 58% localizados estavam localizados em municípios com menos de

100.000 habitantes e, os 42% restantes estavam em cidades com mais de 100.000 habitantes, onde residem 55% da população brasileira, segundo o Censo 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). No entanto a expansão dos CAPS III ficou aquém do esperado para o período, abaixo de 50% (MS, 2011).

Para a melhoria da assistência aos doentes mentais é preciso não somente expandir a rede de atenção psicossocial, mas também fortalecer os CAPS como dispositivo transitório na interface com a comunidade. Para tanto se faz necessário potencializar os recursos de suporte sociais existentes e, promover a discussão da cultura manicomial que perpassa os mais diferentes espaços de convívio (Dimenstein, et al., 2005).

As instituições de tratamento para a doença mental, como os CAPSs se estruturam através de mecanismos merecedores de estudo e acompanhamento. O arranjo de cuidados gerenciados por um grupo de profissionais insere este estudo na perspectiva da Análise Institucional enquanto instrumento de investigação e elucidação dos dados coletados no âmbito do grupo estudado.

Para a Análise Institucional o conhecimento da história da instituição é importante para que o grupo tome consciência de seus determinantes históricos e suas potencialidades, assim, poderá criar uma nova versão para a instituição através da palavra e da participação ativa de seus membros. Desse modo, a Análise Institucional propõe a criação de dispositivos para que o grupo se reúna e discuta, exaustivamente, os analisadores, visando ao processo de auto-análise e autogestão.

Por dispositivos analisadores compreende-se “aquilo que permite revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar” (Lourau, 2014, p. 303). Podem ser construídos ou espontâneos, os primeiros são aqueles criados pelo analista e o grupo para deflagrar o processo de análise. Já os espontâneos são fenômenos pertencentes ao cotidiano da instituição (Pereira, 2007).

O campo das relações nas instituições é estudado partindo da prerrogativa comum de que o conflito é inerente à realidade. O entrelaçamento do estudo do psíquico e o do social se torna possível através da análise do poder nos fenômenos institucionais (Mendel, 1974).

É comum em todas as instituições que as tensões em torno da realização da tarefa afetem as relações pessoais e profissionais entre os membros da equipe, as quais interferirão, por sua vez, na própria tarefa. É importante que estejam bem delimitadas as funções, papéis, status e as vias de comunicação para que a equipe trabalhe como um grupo operativo (Bleger, 1984).

O processo de auto-análise e auto-gestão mobiliza forças de tensão no interior da instituição, podendo provocar transformações. Quando as forças são as produtoras de mudanças, gerando novos códigos institucionais, elas são chamadas instituintes. O produto dessa transformação é denominado instituído (Baremlitt, 1996). Os instituídos são úteis e funcionais se estão acompanhados de uma transformação da vida social capaz de produzir cada vez mais novos instituídos, que sejam incorporados nas estruturas sociais.

Numa instituição os instituídos têm a função da reprodução do que está posto. Caso sejam relações de exploração, mistificação e dominação, elas serão mantidas até que novos instituintes possam gerar mudanças. As forças instituintes trabalham em prol dos objetivos da instituição, ainda que utópicos, para instaurar relações de autonomia e exercício político.

Cada instituição tem seus objetivos e sua própria organização, com a qual tende a satisfazer tais objetivos. “Por responder às mesmas estruturas sociais, as instituições tendem a adotar a mesma estrutura dos problemas que têm de enfrentar” (Bleger, 1984, p.62), por uma dissociação entre os objetivos explícitos e implícitos. Como exemplo o autor cita as instituições que atendem os doentes mentais, explicitamente elas têm por objetivo tratá-los, porém, elas tendem a defender a sociedade do doente mental, segregando-o e aumentando seu estado de alienação.

Nos manicômios não existiam tarefas que organizassem o esquema corporal do paciente, era um corpo sem inserção na realidade. A ausência de atividades/tarefas expunha que o único papel esperado do internado era o de louco, de acordo com seu diagnóstico e os sintomas esperados. O trabalho, que é o principal vínculo do trabalhador com a realidade, não existia nas instituições totais (Moffatt, 1981).

O tempo do manicômio é um enorme e vazio presente. O passado é idealizado e mítico, dado às perdas do internamento e, a instituição não oferece nenhum meio de projetar o futuro. O projeto vital fica estagnado, pois a alta é incerta e totalmente imprevisível. Assim, o tempo adquire uma só dimensão: a do presente indefinido e contínuo (Moffatt, 1981).

Elaborar um projeto de vida significa traçar um futuro de maneira dinâmica, com uma adaptação ativa à realidade, pautada na singularidade e percepções sobre a própria vida, incluindo a concepção própria da morte. A terapêutica consistiria na diminuição da ansiedade paranoide (medo de ataque ao ego) e, da ansiedade depressiva (medo da perda objetal). O grupo operativo, proposta de abordagem da doença, se organiza em torno da tarefa, pois através dela é possível resolver situações de ansiedade. Com vistas à diminuição desses medos que paralisam a ação do ego, tornando-o impotente (Pichon-Rivière, 2005).

No grupo a tarefa prioritária é o estabelecimento de um referencial comum, sendo essa a condição fundamental para a comunicação. Cada integrante leva ao grupo esquemas de referência e, o alcance de um denominador comum irá constituir o ECRO grupal. Os membros, compartilhando um referencial comum, podem restabelecer suas redes de comunicação, fortalecendo o ego para destruir a resistência à mudança, reorganizando o grupo para com base em na adaptação ativa à realidade (Pichon-Rivière, 2005). As instituições são depositárias da sociabilidade sincrética ou da parte psicótica, o que explica sua tendência à burocracia e para a resistência à mudança (Bleger, 1991).

As instituições terapêuticas possuem indivíduos que, por natureza, ocupam posições assimétricas, em que os indivíduos tratados jamais serão membros ativos dessas instituições, o paciente não será um médico no hospital. Desse modo a arbitrariedade é estruturante. O sujeito objeto das ações terapêuticas vivenciará a perda do sentido e da possibilidade de construí-lo. Não há espaço para a criação (Enriquez, 1991).

Os profissionais dessas instituições se vinculam a elas por motivos diversos, porém algumas constâncias são percebidas. Dentre elas, ser marginal ao se preocupar com sujeitos que a sociedade pouco se interessa. Podem também ser pessoas preocupadas com seus problemas psíquicos ou insuficientemente resolvidas, bem como seres em constante transformação; com abertura para a descoberta do outro sobre seu processo de constituição (Enriquez, 1991).

Os CAPS, enquanto a tecnologia brasileira mais recente de cuidado em saúde mental tem por premissas a liberdade de ir e vir e a reabilitação psicossocial. Tem por instrumentos de trabalho o acolhimento, a escuta e o plano terapêutico, alicerçados na individualidade do sujeito e a inserção da família e comunidade no tratamento (Wetzel & Kantorski, 2004).

Os serviços de Saúde Mental são alvo de críticas, como a falta de sistematização da assistência, falhas nos registro das características dos pacientes e protocolos de assistência inadequados. As ações, em geral, estão pautadas em intervenções empíricas e senso comum. O enfoque do tratamento é essencialmente individual, atendendo geralmente às demandas físicas. Por fim, a centralidade no trabalho médico, ficando exclusivamente a critérios deste a hipótese diagnóstica, o encaminhamento e a prescrição de medicamentos (Junqueira & Pilon, 2011).

A manutenção do modelo biomédico vai à contramão dos princípios doutrinários e norteadores de toda a organização dos serviços de atenção à saúde no Brasil, representado pelo Sistema Único de Saúde, e mais especificamente os de saúde mental, simbolizados pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica (Junqueira & Pilon, 2011). Ainda que o discurso sobre a

saúde mental tenha se modificado, a observação da prática mostra a dificuldade visceral de sua concretização.

A diversidade de métodos e formas de tratamento mostra que as representações de doença mental são influenciadas por uma determinada visão de ciência e de mundo, pois estão articuladas aos sistemas ideológicos hegemônicos. Assim, atuam como um indicador do grau de desenvolvimento científico e tecnológico referente aos processos de diagnóstico e tratamento (Vietta & Kodato, 2001).

3 JUSTIFICATIVA

O acesso ao significado da doença mental passa pela investigação da conexão entre o saber individual e as ações e conhecimentos sociais nelas implícitos. Processo que pode ser investigado através da Teoria das Representações Sociais (Dixit, 2005). A realização deste estudo se justificou pelas implicações das representações dos profissionais no tratamento ofertado nos sistemas públicos de saúde. A busca pela compreensão da estruturação das representações sociais de doença mental possibilitou uma maior compreensão das condições subjetivas que envolvem o trabalho dos profissionais da Saúde Mental.

A doença mental, enquanto objeto de trabalho, exige condições psíquicas mínimas para atuar em momentos críticos, como surtos psicóticos. No entanto, observa-se um despreparo geral para lidar com a questão, seja por falta de treinamento ou mesmo por representações estereotipadas.

Outros fatores também atuam como impeditivos para uma boa assistência, como a falta de programas de capacitação, infraestrutura física precária, grande número de famílias, distância das Unidades de Saúde da Família em relação aos serviços de apoio em Saúde Mental, sobrecarga de trabalho, falta de uma rede estruturada de referência e contra referência e falta de apoio de gestores municipais (Dimenstein et al., 2005; Junqueira & Pillon, 2011).

Além disso, os profissionais são pressionados a atender uma demanda crescente de pacientes, que associada a um sistema de saúde caótico, não fornece condições adequadas de trabalho, gerando sobrecarga, insegurança e sentimento de impotência (Mello & Furegato, 2008).

Para alcançar o cuidado comunitário bem sucedido é preciso uma mudança significativa nas representações leigas da doença mental (Morant, 1995), bem como nas representações dos profissionais de saúde, compostas por aspectos das representações leigas.

É preciso não somente expandir a rede de atenção psicossocial, mas também fortalecer os CAPS como dispositivo transitório que funcione na interface com a comunidade. Para tanto se faz necessário potencializar os recursos de suporte sociais disponíveis e promover a discussão da cultura manicomial que perpassa os mais diferentes espaços de convívio.

A transformação da condição de adoecimento mental passa por um encontro intersubjetivo do paciente com o profissional de saúde, pautado na confiança e na escuta acolhedora, os quais demanda tempo e uma disposição interna do profissional (Machado &

Pereira, 2013), que por sua vez é amplamente influenciada pela representação que este possui da doença mental.

No trato com os pacientes não basta aos profissionais deterem o saber técnico, é importante que compreendam a influência do social, com vistas à construção de estratégias operativas que visem à melhoria da assistência em saúde mental (Machado & Pereira, 2013; Schomerus et al., 2012). Os estudos a respeito das percepções dos profissionais indicam de maneira expressiva que os preconceitos e estereótipos são frequentes e muitas vezes determinantes (Prebianchi & Falleiros, 2011).

Acredita-se que a transformação no tratamento para o paradigma psicossocial tenha produzido reverberações no modo como os profissionais compreendem a loucura/doença mental. No entanto, pouco se investigou a respeito das percepções dos profissionais em relação à doença mental. O estudo de suas concepções e práticas se mostra relevante por serem os profissionais os mediadores entre as diretrizes das políticas de saúde e a população (Morant, 2006).

Em Portugal, Martins (2013) afirma não ter encontrado estudos referentes à representação social dos profissionais de saúde sobre a doença mental. Desse modo, torna-se premente o estudo compreensivo das representações sociais de loucura/doença mental dos profissionais de saúde, pela possibilidade de se viabilizar uma aproximação aos processos ideológicos, culturais e políticos que se fazem presentes neste contexto, pelo impacto que as demandas de saúde mental causam nos serviços de saúde e, por sua relevância social.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Investigar as representações sociais da doença mental construídas por profissionais da área de saúde pública, atuantes no campo da Saúde Mental e, compreender como as representações afetam e são afetadas pelo funcionamento institucional.

4.2 Objetivos específicos

- A. Investigar os aspectos estruturantes e constitutivos das representações sociais da doença mental construídas pelos profissionais da área da saúde;
- B. Compreender as significações da doença mental por parte dos profissionais da saúde visando subsidiar a formulação de políticas públicas voltadas para a prevenção da doença mental e
- C. Contribuir para reflexões teórico-práticas sobre o tema das representações sociais da doença mental, visando auxiliar na formulação de políticas públicas voltadas para a saúde mental.

5 METODOLOGIA

Fundamentado nos pressupostos da pesquisa qualitativa, com orientação teórica e epistemológica da Teoria das Representações Sociais, este estudo entrevistou 10 profissionais atuantes no Centro de Atenção Psicossocial III da cidade de Ribeirão Preto e, concomitantemente, realizou observações de campo com vistas à contextualização e mapeamento das relações de poder no interior da instituição.

Tem-se que a representação social é sempre a representação de algo ou de alguém, sendo que ela tem com seu objeto de representação uma relação de simbolização e interpretação. A quantidade de informações sobre o objeto; os meios pelos quais elas se tornam acessíveis aos sujeitos; o grau de interesse intrínseco ou circunstancial e a necessidade de seu conhecimento para o grupo são as variáveis que certamente afetarão o conteúdo e a estrutura de uma representação (Sá, 1998).

Por meio das representações, os seres humanos constroem e revelam suas singularidades no espaço político. A socialização, resultante da interação entre os indivíduos e o grupo de pertença, ocasiona em um conjunto de representações a respeito de si, da sociedade, dos outros e do mundo. Além de uma organização específica desse conhecimento (Moscovici, 1978).

As representações sociais funcionam como um sistema de referências para classificar pessoas e interpretar acontecimentos da realidade cotidiana. As interações sociais criam universos consensuais que vão sendo produzidos e comunicados, tornando-se “teorias” do senso comum que buscam dar conta da complexidade do objeto, facilitando a comunicação e orientando a conduta. Estas “teorias”, por sua vez, ajudam a forjar a identidade grupal e a sensação de pertencimento ao grupo (Alves-Mazzotti, 2008). Por isso, elas servem de orientação para os comportamentos.

Desse modo as representações sociais permitem a assimilação da realidade social pelo indivíduo, realizando uma reconstrução dos dados apreendidos no contexto das experiências, valores, regras e informações sobre determinado objeto social composto de figuras e expressões socializadas. Elas são uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, contribuindo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social (Jodelet, 2005b; Moscovici, 1978; Moscovici, 2004).

As representações se modificam na medida em que novos conceitos e ideias vão sendo agregados a outros já existentes para então se materializarem. Ou seja, os discursos surgem e

se legitimam, num processo contínuo (Leite, 2012). As práticas sociais e a interação grupal fornecem informações, que associados à ideologia, à cultura e ao conhecimento científico, irão fornecer elementos para a construção das representações sociais de algum objeto social.

A atividade representativa consiste em tornar familiar e presente no nosso universo interior um objeto distante e ausente. Nesse processo o novo objeto entra em uma série de relações com os objetos já existentes no interior, tomando suas propriedades para si, na mesma medida em que lhes apresenta suas características (Alves-Mazzotti, 2008). Os processos envolvidos no esforço representativo são a ancoragem e objetivação.

Quando o objeto se apresenta como uma novidade incontornável, faz-se um trabalho de ancoragem visando familiarizá-lo, transformando-o para integrá-lo no universo do pensamento pré-existente, trabalho que corresponde à função cognitiva essencial da representação, podendo incluir todo elemento estranho ou desconhecido no ambiente social e ideacional (Jodelet, 2001). A posição ou inserção social dos indivíduos nos grupos é um dos principais pontos de ancoragem (Sá, 1998).

A objetivação é o processo pelo qual buscamos tornar concreto e visível uma realidade. Aliamos um conceito com uma imagem, com isso ela deixa de ser símbolo e passa a ser uma cópia da realidade (Oliveira & Werba, 2003).

A ancoragem e a objetivação são formas de lidar com a memória, da qual retiramos as imagens, linguagens e gestos necessários para incorporar o não familiar. A ancoragem está voltada para dentro, retirando e colocando pessoas e objetos aos quais classifica e rotula. E a objetivação está voltada para fora, retirando conceitos e imagens para juntá-los e reproduzi-los no mundo exterior (Moscovici, 2004). Por isso é de interesse conhecer as relações prévias entre quem representa e o que é representado.

O processo de ancoragem, relacionado dialeticamente à objetivação, articula as três funções básicas da representação: a função cognitiva de integração da novidade, a função de interpretação da realidade e a função de orientação das condutas e das relações sociais (Alves-Mazzotti, 2008).

A comunicação é a base sobre a qual se formam e se disseminam as representações sociais (Cetolin, 2011). Elas apresentam-se através dos hábitos, costumes, crenças individuais, comunicação informal e comunicação formal (Guareschi, 2000).

Através da observação da existência de formas diferenciadas de conhecer, guiadas por objetivos diferentes, Moscovici qualificou o pensamento social contemporâneo segundo sua dinâmica e diversidade. Cada modalidade de conhecimento gerava um universo próprio e

dinâmico, aos quais ele nomeou de universo consensual e universo reificado (Reis & Bellini, 2011).

O universo consensual é aquele constituído pelas conversações e práticas interativas informais, aonde a sociedade é feita de iguais, uma vez que todos podem falar com a mesma competência, como representantes de seus grupos. Cada um compartilha seu estoque implícito de imagens e de ideias que são consideradas certas e mutuamente aceitas. Já no universo reificado a sociedade é vista como um sistema de papéis e classes, cujos membros são desiguais. A competência adquirida determina o grau de participação, o que dá o direito de proferir opiniões como especialista. O contraste entre os dois universos produz um impacto psicológico, dividindo a realidade coletiva em duas. Para se compreender o universo reificado as ciências são o meio privilegiado, enquanto as representações estão para o universo consensual (Moscovici, 2004).

O não familiar, que exige o trabalho de representação, muitas vezes é gerado no universo reificado, sendo transferido para o universo consensual, como na representação da psicanálise estudada por Moscovici (1978). As representações sociais não se alimentam apenas de conhecimentos científicos, mas também da cultura, da ideologia, das práticas e das comunicações cotidianas (Leite, 2012).

A comparação dos resultados convergentes e divergentes obtidos através de diversos procedimentos de coleta de dados permitiu averiguar as dimensões estruturantes de uma dada problemática, conferindo maior segurança ao trabalho interpretativo dos investigadores.

Uma peculiaridade nos estudos sobre as representações sociais é que a sua matéria-prima é constituída por recolhas de opinião e de atitudes individuais, sendo necessário reconstituir os princípios organizadores comuns aos conjuntos de indivíduos. Para tanto é preciso utilizar diferentes técnicas de análises de dados (Cabecinhas, 2009).

6 PROCEDIMENTOS

6.1 Observação participante

O objetivo da observação participante foi obter dados da realidade prática dos sujeitos de pesquisa. Segundo Fernandes e Moreira (2013), a observação participante se faz necessária nas situações em que o pesquisador investiga as relações entre pessoas e instituições, assim como as práticas estabelecidas, opiniões e visões de mundo; aspectos que não seriam captados adequadamente através de outras técnicas de pesquisa.

Desse modo, a utilização da observação participante representou uma tentativa de colocar o observador e observado próximos, propiciando ao investigador vivenciar e trabalhar dentro do sistema de referências do grupo. Como ambos são da mesma natureza, em certa medida, toda observação torna-se uma participação (Alves-Mazzotti & Gewandsznajder, 1998; Marconi & Lakatos, 2008).

Sendo as representações sociais construídas em um espaço e tempo cultural, elas demandam uma investigação “in situ”, ou seja, no terreno. Pela complexidade dos fenômenos que representa, nenhuma metodologia isolada é suficiente na sua investigação. É preciso se assumir um “politeísmo metodológico” no estudo das representações sociais, conforme indicado por Moscovici (Cabecinhas, 2009). Nesse sentido as observações vêm compor os procedimentos de pesquisa como meio de inserir as representações sociais num contexto histórico e cultural, pertinente à sua formação.

A observação torna-se uma técnica científica a partir do momento em que passa por sistematização, planejamento e controle da objetividade. O processo de observação participante se inicia com a aproximação do pesquisador ao grupo estudado.

Na inserção o pesquisador deve procurar atenuar a distância que o separa do grupo social que pretende investigar. Uma vez inserido o pesquisador deverá concentrar seu esforços na obtenção de uma visão de conjunto do grupo. Através de documentos, entrevistas não diretivas, observações do cotidiano e reconstituição da história do grupo obtém-se uma melhor compreensão da realidade. Para não ocorrer perda de informações relevantes e detalhadas os dados devem ser imediatamente registrados em um diário de campo. Por fim, realiza-se a sistematização e organização dos dados, submetendo-os a análise do pesquisador (Queiroz, Vall, Souza, & Vieira, 2007). A imersão na realidade do grupo estudado e o

domínio do referencial teórico pertinente fornecem ao pesquisador, no âmbito da pesquisa qualitativa, parâmetros para análise dos dados obtidos.

Além do diário de campo, o pesquisador deve-se valer-se de um roteiro de campo, do contato com informantes-chave e de recursos tecnológicos, como gravadores ou câmeras. O roteiro de campo é construído previamente, nele são estabelecidas as diretrizes a serem exploradas de acordo com os objetivos da pesquisa. Os informantes-chaves são aqueles sujeitos que podem facilitar a obtenção dos dados, dada a sua inserção no meio observado.

Os recursos tecnológicos dão suporte à coleta de dados, através da captação de imagem e áudio, facilitando o processo de registro das informações no diário de campo, outro recurso crucial na observação participante (Fernandes & Moreira, 2013). Aliados ao aporte teórico-metodológico da Teoria das Representações Sociais e da Análise do Discurso, os recursos foram utilizados tendo como objetivo conhecer as condições práticas em que são construídas as representações da doença mental.

Na atividade de pesquisa o conhecimento se constrói entre o saber, elaborado e incorporado nos pressupostos do pesquisador e, o fazer enquanto uma produção contínua que organiza a ação investigativa (Rocha, 2006). O roteiro de campo privilegiou as atividades terapêuticas e administrativas desenvolvidas pelos profissionais (Apêndice A).

Neste aspecto vale ressaltar que minha experiência como psicóloga de um CAPSad III serviu como um guia sobre quais atividades forneceriam melhores informações sobre as relações interinstitucionais e intrainstitucionais entre profissionais e destes com os pacientes. Nesse sentido, justifica-se a permanência prolongada no campo, devido ao conhecimento prévio da complexidade de um serviço de Saúde Mental.

Conforme também realizado por Souza, Kantorski e Luis (2011), o roteiro contemplou a estrutura física, funcionamento, dinâmica e relações do serviço, oferta de atendimentos, planejamento das ações, organização do processo de trabalho, atividades de capacitação, acompanhamento de grupos terapêuticos, oficinas, passeios, reuniões, registros, encaminhamentos, recepção e eventos comemorativos, enfim, qualquer atividade realizada pelo CAPS durante o período da observação.

A coleta de dados iniciou desde o primeiro contato com a instituição. O tempo total de imersão no campo foi de nove meses consecutivos (Apêndice B). As observações se concentraram no período diurno devido ao maior fluxo de atividades e pacientes. A minha presença constante despertou nos profissionais maior interesse pela pesquisa, bem como demandas de maior intervenção do cotidiano através do convite para participação em algumas atividades. Fernandes e Moreira (2013) explicam que os dados obtidos pela observação

participantes são produto da conjugação da tríade: participação do pesquisador, ação dos sujeitos observados e situação contextual.

6.1.1 Diário de campo

Constam no diário de campo as notas, observações e percepções da pesquisadora decorrente da sua inserção no grupo observado. O registro seguiu a orientação de Bogdan e Biklen (1994) de que o diário contivesse notas descritivas e reflexivas.

O componente descritivo consistiu do registro detalhados de fatos do campo como; atividades, transcrição de falas dos sujeitos, comportamentos, procedimentos de trabalho, ações e relações entre os sujeitos. A parte reflexiva constou de comentários, questionamentos, levantamentos de hipóteses, pontos a serem esclarecidos, reflexões metodológicas, sentimentos e estranhamentos da pesquisadora.

Beaud (1998 citado por Roese, Gerhardt, Souza, & Lopes, 2006) orienta que ao escrever uma observação é preciso se perguntar se cada detalhe mencionado é compreensível para alguém que não esteve na observação e se é indispensável para a compreensão da situação. Com isso pode-se evitar simultaneamente insuficiências de explicações e detalhes inúteis. Dessa forma, legitima-se que a validade da observação reside na interpretação do observador e não nela mesma. É preciso se ater ao processo dos fatos observado, salientando os aspectos mais significativos, sendo este o desafio de análise da observação.

O registro no diário de campo possibilitou a captação de aspectos da relação dos sujeitos no contexto da instituição no momento em que aconteciam, os quais não seriam captados adequadamente por outro meio. Malinowski cunhou a expressão “*imponderável da vida cotidiana*” para tratar dos elementos cotidianos que não são levados em consideração na investigação do funcionamento da sociedade, mas que, no entanto, tem substancialidade, concretude e portam significados consistentes para a compreensão da cultura do grupo (Fernandes & Moreira, 2013).

Ao longo do período de observação, o envolvimento no campo assumiu diferentes contornos. O facilitador do contato com o CAPS foi o coordenador de Saúde Mental do município. Ainda que os profissionais tivessem me recebido bem, foi preciso realizar um trabalho de desvinculação deste informante para obter acesso à perspectiva dos demais profissionais. Para tanto, forneci mais informações sobre mim, especialmente as relacionadas à minha vida profissional como funcionária do CAPSad III de Uberlândia. Com isso, me

coloquei em condição de semelhança com os demais sujeitos aumentando meu espaço de inserção no campo.

Foi possível perceber que se estabeleceu uma relação de confiança com os sujeitos quando, devido à uma situação de emergência, uma das psicólogas me solicitou que continuasse seu grupo terapêutico, o qual eu estava observando e fazendo pontuações quando convidada.

A princípio os registros, principalmente das reuniões de equipe, eram feitos no momento em que aconteciam. Posteriormente, esta tática foi abandonada, para diminuir os sentimentos de desconfiança e aumentar a atenção da pesquisadora para o funcionamento do grupo em detrimento do registro fiel das falas.

No momento da observação, se necessário, eram feitas pequenas anotações que remetesse aos momentos considerados relevantes para a pesquisa. Após finalizada a observação no CAPS III, o registro detalhado era feito, de preferência no mesmo dia da observação, para evitar esquecimentos. Já que a memória é uma das principais aliadas do pesquisador que registra de forma qualitativa a realidade estudada em diários de campo (Queiroz et al., 2007).

Tendo coletados os dados no campo foi preciso organizá-los para composição do corpus de análise. Beaud (1998 citado por Roesse et al., 2006) orienta que se faça a triagem e classificação do material através de temas e cronologia. Podem-se organizar fichas que resumam a cronologia da observação, incluindo os encontros mais significativos, ausências e desistências. É aconselhável que se realize uma reconstituição da série de posições que o pesquisador ocupou ao longo do processo, além de uma elaboração da problemática observada procurando levantar questões e hipóteses que foram progressivamente surgindo. Vale ressaltar que no momento em que se deita o olhar para a organização do material inicia-se o processo de interpretação.

6.2 Entrevista em profundidade

Na medida em que a pesquisa se utilizou da observação participante, participaram dela todos os profissionais que estiveram em contato com a pesquisadora no transcorrer das observações. No entanto, para efeito de representatividade, 10 profissionais foram convidados a participar da entrevista.

A escolha desses sujeitos pautou-se nos seguintes itens: 1) relação com o problema da pesquisa; 2) atender à heterogeneidade do grupo ou condição estudada: quanto maior a heterogeneidade, maior a quantidade de sujeitos e observações a serem realizadas; 3) pela saturação de dados: momento em que já se consegue classificar os dados disponíveis em determinados padrões, de modo que os novos dados coletados tenderiam a reproduzir os padrões anteriormente observados. Vale salientar que a saturação se dá a partir de um conjunto significativo de dados (Minayo, 2008).

Os profissionais de saúde entrevistados estiveram de acordo com os seguintes critérios de inclusão: 1) aceitar participar da pesquisa; 2) ser funcionário efetivo do quadro funcional da Secretaria de Saúde do Município de Ribeirão Preto; 3) trabalhar há pelo menos dois anos no sistema público de saúde e 4) possuir experiência com pacientes com algum diagnóstico de doença mental.

Acredita-se que os profissionais, sendo efetivos do quadro funcional há pelo menos dois anos, tenham incorporado representações sociais de saúde e doença mental compartilhadas na convivência grupal com seus pares. O sistema de valores produzidos por meio da identidade grupal está incorporado na estrutura das representações sociais dos sujeitos (Jodelet, 2005a)

Os participantes escolhidos atenderam a todos os critérios acima citados, além de serem os funcionários envolvidos nas atividades terapêuticas e nos processos decisórios da instituição. Desse modo, compôs-se um grupo de participantes caracterizado pela diversidade e multiplicidade do grupo, obtendo-se um total de 10 profissionais atuantes no CAPS III.

Quadro 1: Caracterização dos participantes

Identificação	Idade	Sexo	Formação	Instituição de Ensino	Escolaridade	Cargo	Tempo no cargo	Tempo de experiência na Saúde Mental
Sujeito 1	30 anos	Masculino	Psicologia	USP/RP	Mestrando	Psicólogo	2 anos	Desde o 4º ano da graduação
Sujeito 2	29 anos	Feminino	Terapia ocupacional	UFSCar	Especialista	Terapeuta Ocupacional	2 anos	Desde 2008
Sujeito 3	45 anos	Masculino	Enfermagem	Barão de Mauá	Mestrando	Enfermeiro	6 anos	No CAPS III
Sujeito 4	34 anos	Masculino	Auxiliar de Enfermagem e Psicologia	Escola Técnica de Reabilitação Física	Graduação	Auxiliar de Enfermagem	1 ano e ½	Voluntariado no antigo Sanatório São Vicente de Paula
Sujeito 5	30 anos	Feminino	Psicologia	Universidade de Ribeirão Preto	Graduação	Psicóloga	2 anos	No CRAS
Sujeito 6	57 anos	Feminino	Técnico em Enfermagem e Serviço Social	Colégio Bandeirantes e Barão de Mauá	Graduação	Auxiliar de Enfermagem	6 anos	Na triagem do Programa de Saúde da Família
Sujeito 7	48 anos	Feminino	Psicologia	UNESP/Assis	Mestre	Psicóloga	5 anos	Estágio na graduação
Sujeito 8	39 anos	Masculino	Medicina/Psiquiatria	UFPR	Mestre	Médico Psiquiatra	6 anos	Experiência pessoal e Estágio em Saúde Mental Comunitária
Sujeito 9	56 anos	Feminino	Serviço Social	Universidade de Ribeirão Preto	Graduação	Assistente Social	5 anos	No CAPS III
Sujeito 10	55 anos	Masculino	Medicina/Psiquiatra	USP/RP	Graduação	Coordenador/ Médico Psiquiatra	8 anos	Desde o 4º ano da graduação

Na identificação dos participantes da entrevista optou-se pela utilização do termo Sujeito como forma de facilitar a leitura ao longo do texto. A numeração se refere à ordem cronológica de realização das entrevistas.

Um roteiro (Apêndice C) foi utilizado para conduzir as entrevistas de acordo com os objetivos da pesquisa. Todas as entrevistas foram realizadas no CAPS III em horário combinado com cada participante. Elas foram gravadas e posteriormente transcritas, respeitando as pausas e expressões peculiares de cada entrevistado.

A opção teórica pela Teoria das Representações Sociais visa à superação de dicotomias do individual/social e do saber teórico/prático, através do mapeamento das significações dos indivíduos e como estes mantêm relações com seus grupos de pertença (Guareschi, 2000). Nesse sentido a entrevista demonstrou ser um instrumento adequado para a captação do significado individual, para em seguida ser analisado na sua vinculação com o grupo, através das observações anotadas no diário de campo.

As vidas individuais inserem-se nas culturas, as quais possuem instituições e normas formais, desencadeando uma socialização, concomitantemente à individualização, de modo que não existe sistema sem sujeito, nem sujeito sem sistema. As representações sociais mantêm a tensão entre estes dois processos no limite do suportável na representação dos objetos sociais (Jovchelovitch, 2000).

Para a organização e a análise das entrevistas foram utilizadas as etapas sistematizadas por Bardin (1979). Estando as entrevistas devidamente transcritas iniciou-se a exploração do material através da leitura exaustiva e repetida, buscando o contato da pesquisadora com os discursos dos Sujeitos.

A realização da leitura exaustiva buscou levantar os pontos principais enunciados, nomeados neste estudo como unidades de significado. Concomitantemente, foram extraídas do discurso as marcas discursivas referentes a cada unidade de significado detectada. As unidades de significado foram organizadas em categorias, cujos critérios de criação foram tanto a relevância dos elementos presentes nos discursos quanto a repetição.

A realização dessas etapas buscou detectar os elementos da comunicação, cuja presença e frequência representassem algo para o objeto analisado, demonstrando estruturas de relevância presentes no discurso. As categorias construídas remontam às representações sociais de doença mental.

Através da concretização dessas etapas buscou-se compreender as diferentes construções das representações dos sujeitos, através do processo de ancoragem e objetivação.

Neste sentido, entende-se que o discurso dos sujeitos “é, ele mesmo, um sistema representacional” (Jovchelovitch, 1998, p.59).

Por fim deu-se início ao tratamento das entrevistas através da articulação entre o corpo teórico e os dados obtidos. A realização dessas etapas instrumentalizou a proposição de inferências e interpretações pautadas no referencial teórico desenhado inicialmente, abrindo novas dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material.

7 DESAFIOS METODOLÓGICOS

O trabalho de observação no campo mostrou-se profícuo, fornecendo dados valiosos sobre o grupo estudado, além de preparar o terreno para a aplicação das entrevistas. Foi possível perceber a importância de nutrir-se da maior quantidade possível de leitura sobre observação participante antes de iniciar a observação de fato. No entanto, ainda que haja um grande preparo teórico metodológico, é no fazer que se aprende, ficando a cargo do pesquisador esse desafio.

A observação como técnica de pesquisa forneceu dados do ambiente em sua naturalidade e complexidade. Diferentemente do ambiente controlado do setting do consultório, lugar que costumeiramente treinamos nossa habilidade de observação durante a formação em Psicologia, observar no âmbito da pesquisa exige estar entre a neutralidade e a imersão num contexto que funciona independentemente da nossa presença. Nós precisamos entrar nas regras do jogo, mas ao mesmo tempo se negar a jogá-lo. Pois, não se trata do simples ato de observar passivamente, mas estar atento e se envolver quando necessário, uma vez que não há observação neutra.

Diante da intensidade da observação *in situ*, o registro no momento em que aconteciam as observações funcionou como uma maneira da pesquisadora reafirmar seu papel de observadora: só registrando. Refletindo posteriormente, percebi que essa atitude foi uma forma de me desvincular, para mim mesma, da posição anterior de funcionária da Saúde Mental, diferenciando-me dos meus sujeitos de pesquisa e reafirmando-me como pesquisadora. Foi válida a princípio, mas depois se mostrou um empecilho.

O registro no momento da observação atrapalhou o processo de participação, algo que os sujeitos observados solicitavam. Tendo percebido isto abandonei esse modo de registro e passei a escrever as notas de campo a partir de minha capacidade mnemônica.

A observação participante foi realizada durante nove meses consecutivos. Neste período foi possível aproximar-se dos sujeitos e suas atividades, entrando em contato com as dificuldades e a escassez de profissionais frente à quantidade crescente de pacientes.

No transcorrer da pesquisa a instituição engajou-se em um processo de mudança a fim de se aproximar da proposta de CAPS prevista. Isso implicou na realização de novas atividades, as quais exigiam o rearranjo dos profissionais. No entremeio dessas transformações, a equipe me convidou a participar do Grupo de Acolhimento.

Minha inserção nas atividades foi nomeada no diário de campo como “*pesquisadora-trabalhadora*”. Tendo em vista que já fui trabalhadora de um CAPS III antes de iniciar a pesquisa. Quando iniciei o Grupo de Acolhimento entrei em contato com as relações entre profissionais e pacientes, algo que trouxe uma reflexão sobre minhas práticas anteriores colocando-me no lugar de trabalhadora, porém agora afetado pelo lugar de pesquisadora em primeiro plano.

Claramente, as funções de pesquisadora e trabalhadora no âmbito de uma instituição de saúde são diferenciadas. Pois, o trabalhador lida com a demanda dos pacientes, os quais muitas vezes chegam impacientes buscando respostas rápidas. No entanto, no campo da Saúde Mental não há soluções milagrosas para as demandas e as respostas levam tempo para serem dadas.

Na posição de pesquisadora o foco da atenção foi nos processos de representação e funcionamento que sustentam as práticas. Houve certo desconforto diante das demandas dos pacientes, que naquele momento, não eram foco da minha atenção. Com isso pude vivenciar a importância de se ter em mente o objetivo da pesquisa para não se perder o foco durante a observação.

O grau de envolvimento do pesquisador é algo amplamente discutido nos trabalhos de metodologias de pesquisa qualitativas, especialmente quando a participação torna-se mais intensa. Há vantagens e desvantagens, sendo o maior benefício entrar em contato com a rotina e as atividades incomuns do grupo estudado. Porém, estes mesmos estudos destacam o perigo do observador ‘virar nativo’, adotando a maneira de o grupo perceber e interpretar o ambiente (Lima, Almeida, & Lima, 1999). Na realização da observação participante esse foi o maior desafio, uma vez que já fui “nativa” de um serviço de Saúde Mental.

O delineamento da pesquisa propunha a observação participante como uma das estratégias de coleta de dados, com vistas à contextualização das entrevistas. No decorrer da pesquisa ela foi se mostrando uma das vias mais frutíferas de coleta de dados, pois não apenas contextualizou, mas forneceu dados suficientes para a realização de uma análise institucional do CAPS, algo que não estava previsto como parte dos resultados.

Na medida em que as entrevistas eram realizadas foi possível perceber que elas extrapolaram a expectativa de informações esperadas. O aspecto que me chamou mais atenção foi o formato que elas assumiram no momento da aplicação. No projeto da pesquisa eu as classifiquei como semiestruturadas, contudo ao apresentá-las, na íntegra, na qualificação do mestrado, a banca legitimou a mudança da classificação para entrevista em profundidade.

Os entrevistados forneceram informações de suas vidas pessoais com tranquilidade e disposição. Alguns ao final da mesma eles afirmaram terem resignificado episódios pessoais e suscitado questões para levar para a terapia. Posteriormente, percebi que isto se deu devido a uma boa relação construída durante o período de observação.

8 RESULTADOS

8.1 Análise Institucional

Momento da institucional

O CAPS III - Dr. André Santiago foi inaugurado em 2008, no mesmo prédio do antigo Sanatório São Vicente de Paula. Antes do início desta pesquisa, a instituição vinha atendendo urgências e emergências psiquiátricas desviando-se da proposta inicial de tratamento. De acordo com a Portaria MS nº 336-02, os CAPS III visam oferecer atendimento à população realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Os procedimentos desta pesquisa tiveram início logo após a fase de “*emergencialização*” do CAPS III (diário de campo). Desse modo, os profissionais afirmavam que a instituição se encontrava em processo de reformulação. A ‘emergencialização’ do CAPS III desgastou-os, fazendo com que muitos pedissem afastamentos ou transferências. Nesse período chegou-se a registrar quatro Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT) em um mesmo dia. Quanto aos pacientes, nessa fase eles intensificaram as escritas nas paredes, interpretada como forma de expressão da angústia e do ócio.

Demandas institucionais

Os profissionais, de modo geral, ansiavam por transformações em termos de público-alvo, gerência e funcionamento. A queixa da falta de “*identidade*” do CAPS III pôde ser explicitada pela equipe durante uma oficina com todos os serviços de Saúde Mental, organizada pela Secretaria Municipal de Saúde como etapa preparatória para a visita do Ministério da Saúde, onde estiveram presentes em torno de 25 profissionais do CAPS III.

Nessa reunião os profissionais enunciaram a necessidade de um espaço de expressão e compartilhamento de opiniões, sentimentos e propostas. Como o espaço político na instituição estava empobrecido os profissionais não conversavam sobre as situações, gerando um mal-

estar nas relações intrainstitucionais, o que complicava a detecção e articulação de recursos na solução dos problemas.

Durante o período de observação, o Núcleo de Saúde Mental foi fechado devido ao rompimento da parceria entre a Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto e a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP). Apesar do CAPS III ter sido afetado com essa decisão devido à obrigatoriedade no acolhimento dos pacientes remanescentes, o mesmo teve pouca governabilidade na questão, considerada um problema externo e secundário, diante dos demais problemas internos.

No entanto, o Núcleo foi assunto de reunião em diversos momentos, distraindo os profissionais de suas demandas mais urgentes. Num dado momento cogitou-se como solução a criação de uma página no Facebook para exposição da história da instituição, destacando sua relevância para a região atendida. Diante dessa proposta, os profissionais calaram-se, apesar de não concordarem com a mesma e, em conversas informais trataram-na com sarcasmo. O levantamento de soluções como essa expunha a desorganização e a falta de foco, além de ser uma tentativa irrealista e desorganizada de salvar a unidade, que já estava em vias de fechamento.

A demanda por identidade trazia em seu bojo a insatisfação com o modelo de gestão, sendo que o cargo de gerente não existia no organograma do CAPS III. No entanto, como o coordenador da Saúde Mental tinha sua mesa no CAPS III, ele assumia essa função. O estilo de gerência, considerado conflituoso e não mediador, gerava um desconforto entre os profissionais. Logo, o mesmo era coordenador, gerente e médico, já que também realizava atendimentos psiquiátricos. Desta forma, o acúmulo de funções expressava confusão na divisão de papéis na instituição.

Porém, quando surgiam problemas entre os membros da equipe não havia quem os mediasse, fazendo com que se atingisse alto nível de tensão, gerando rompimento nas relações e prejuízo na troca de informações entre os profissionais. Conforme expresso por um profissional *“cachorro de dois donos morre de fome”* (diário de campo), ou seja, haviam muitos encarregados para algumas funções, mas diante do surgimento dos problemas os ‘responsáveis’ desapareciam, expondo o estilo *laissez-faire* de liderança.

Além dos reflexos nas relações intrainstitucionais, tais questões geravam ainda impactos na relação entre a instituição e seu público alvo, os pacientes. Esses efeitos não foram aqui investigados, mas podem ser refletidos: haveria impactos nos pacientes ao serem atendidos pelo coordenador de Saúde Mental, ou, em casos opostos, por outro psiquiatra, sabendo que poderiam ser atendidos pelo coordenador? E para os profissionais, o que isso

acarretava? Como os profissionais mediavam as crises dos pacientes? Como os pacientes se orientavam nessa inexistência de atribuições profissionais na instituição?

Recursos materiais e humanos

O prédio em que está instalado o CAPS III possui dois andares. No piso térreo funcionava a recepção e as salas de atendimento, grupo, enfermagem e da assistência social. No piso superior funcionava a enfermaria com alguns quartos, um posto de enfermagem, salas de oficinas, televisão e um refeitório.

Quanto ao material humano, o CAPS III dispunha de 50 profissionais distribuídos nos três turnos da instituição (manhã, tarde e noite): 2 agentes de administração; 1 Agente de Segurança, 1 Assistente Social, 1 Atendente de Enfermagem, 24 Auxiliares de Enfermagem, 1 Auxiliar de Serviços Gerais, 8 Enfermeiros, 1 Farmacêutico, 1 Médico Clínico Geral, 6 Médicos Psiquiatras, 3 Psicólogos e 1 Terapeuta Ocupacional. Totalizando 50 profissionais. Entre os profissionais entrevistados, o grau de escolaridade era elevado: dois mestrados, uma mestra e dois profissionais de nível médio com formação superior.

A equipe era distribuída desigualmente entre os turnos, sendo que a maior variedade de categorias profissionais concentrava-se no período da manhã. Nos períodos da tarde e da noite predominavam os profissionais de enfermagem. A dinâmica de trabalho também era diferenciada entre os turnos e, além disso, as categorias profissionais mantinham um funcionamento diverso entre si, em que *“a equipe médica funciona de uma forma, a equipe de psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais funciona de outra forma, a equipe de enfermeiros funciona de outra forma (Sujeito1)”*.

Pelo turno matutino concentrar a maior quantidade de profissionais de nível superior, as reuniões de equipe eram realizadas durante a manhã. As decisões eram tomadas por esses profissionais e repassadas aos demais. Como a comunicação não era eficiente haviam desencontros nas condutas tomadas.

A dificuldade comunicacional era uma queixa constante entre os profissionais. Decisões tomadas em um turno não eram transmitidas aos outros, gerando contradições nas condutas terapêuticas. Somando-se a isso, a equipe queixava-se de outros colegas por suas condutas inadequadas para uma instituição de Saúde Mental, tais como o descrédito nas orientações terapêuticas dadas aos pacientes ou o desrespeito entre os profissionais quanto às condutas terapêuticas tomadas, gerando sentimentos de desânimo e desrespeito. A principal causa a que atribuíam isso era a falta de formação dos profissionais.

Como o CAPS III ainda não estava cadastrado no Ministério da Saúde havia uma limitação de recursos financeiros. A Prefeitura financiava o serviço sem o repasse de valores do Governo Federal, fazendo com que o CAPS III ‘disputasse’ verba com todos os programas de saúde do município. Até o fim desta observação o credenciamento não havia sido realizado. De acordo com a percepção dos profissionais, adivinha daí a falta de materiais para a realização das atividades e da supervisão institucional.

Rotinas de tratamento para a doença mental

Através da participação nas atividades terapêuticas observei a coexistência de três modalidades de atendimento: a Semi-internação, a Observação e o Ambulatório (escritos com letra maiúscula para se diferenciarem das palavras de grafia igual, mas aplicação diferente neste texto). Cada modalidade funcionando à sua maneira: *“a semi-internação funciona de uma maneira, o ambulatório funciona de outra, a observação funciona de outra”* (Sujeito1).

A Semi-internação cabia à equipe multidisciplinar (enfermagem, psicologia, serviço social, terapia ocupacional), que realizava atividades terapêuticas variadas: oficinas, grupos terapêuticos, atendimentos individuais e passeios, com regularidade semanal. Enquanto isso, os técnicos de enfermagem se dividiam entre os cuidados com os pacientes em Observação, o atendimento na recepção e o trabalho com os médicos, realizando agendamentos e pré-acolhimentos.

Essas atividades terapêuticas estavam concentradas no período da manhã. No período da tarde havia, em geral, consultas médicas ou atendimentos individuais psicológicos. No período noturno permaneciam no CAPS III os pacientes da enfermaria.

Os pacientes que participavam das atividades eram, em geral, homens e mulheres acima de 30 anos. Tive contato com aproximadamente 12 pacientes, os quais iam ao CAPS quatro manhãs na semana. A rotina incluía também café da manhã e almoço. Os pacientes aguardavam o início das atividades em uma sala aonde também as auxiliares de enfermagem faziam suas anotações nos prontuários. Esse espaço era conhecido como a *‘sala da semi’* (diário de campo). A forma de ocupação da sala transparecia apatia: *“Duas pacientes estavam deitadas no sofá, e outro pintava um desenho infantil”* (diário de campo).

A inserção dos pacientes na Semi-internação dependia da indicação médica. Discutia-se sobre os pacientes indicados nas reuniões de equipe. Porém, pelo fato de não haverem médicos na reunião e os motivos das indicações médicas não constarem nos prontuários, as discussões sobre as inserções se inviabilizavam, impossibilitando também a chance de, em a

cada discussão aprimorarem-se os critérios gerais para as inserções dos pacientes. Após as discussões na reunião de equipe os profissionais se organizavam para entrar em contato com os pacientes que não eram admitidos na Semi-internação, a fim de propor-lhes outra modalidade de tratamento.

A Observação era a nomeação dada pelos profissionais para a enfermaria. Conforme já dito, o CAPS fora instalado aonde anteriormente funcionara um sanatório. Desta forma, uma parte da estrutura predial se assemelhava a uma enfermaria de psiquiatria, contendo um posto de enfermagem, alguns quartos com banheiros, um refeitório e um saguão de entrada. Era nesse espaço, situado no superior, que funcionava a Observação.

O Ambulatório funcionava logo na entrada do CAPS III, ao lado da recepção e, antes da parte interna da unidade. Nessas salas eram atendidos pacientes em seguimento ambulatorial pelos psiquiatras e em terapia com os psicólogos. Era o espaço onde havia mais salas para atendimento. Na recepção ficava um auxiliar administrativo e um técnico de enfermagem organizando o atendimento. Ao lado das salas de atendimento ficava a farmácia.

Durante as atividades era usado um tom de fala infantilizado com os pacientes, mesmo eles, muitas vezes sendo mais velhos que os profissionais. O clima era de repetição de afazeres, por vezes me questionei sobre como aquilo ajudaria os pacientes. De que maneira fazer as mesmas atividades ou ficar deitado no sofá quatro vezes na semana auxiliaria no tratamento?

Os próprios profissionais tinham uma crítica de suas atividades, *“não é bem terapêutico, eles vêm e fazem alguma coisa, é mais um fazer”* (diário de campo). Esse trecho demonstra a falta de uma apropriação sobre o próprio trabalho, não há a percepção de que a atividades realizadas tenham um fim terapêutico. Apesar disso os pacientes avaliavam o tratamento como positivo: *“na visão dos pacientes, é algo bom, (...) é o único lugar que oferece alguma coisa boa e positiva”* (Sujeito2).

Análise da transversalidade

As relações profissionais tinham por característica a transversalidade, transcendendo a questão da classe. Relações profissionais harmoniosas se davam quando havia um engajamento e compartilhamento de opiniões, independente da categoria profissional.

A busca de aliados para a defesa de uma posição se dava tanto na horizontalidade da categoria como na hierarquização de posições. O coordenador demonstrava um comprometimento com os técnicos de enfermagem, frequentemente dava aulas a respeito de

condutas psiquiátricas adequadas, demonstrando que talvez uma das bases dessa relação harmoniosa fosse a sensação estar numa posição mais elevada no conhecimento.

Houveram momentos de discordâncias aguçadas independentemente da categoria profissional, demonstrando que os conflitos são inerentes à atividade institucional. Alguns profissionais demonstraram maior acesso à configuração das relações interinstitucionais, especialmente quando estavam se sentindo angustiados diante de algo que não poderiam mudar.

Relações de poder/saber

O CAPS III se mostrou uma instituição ancorada no saber médico. O fato das indicações terapêuticas para a Semi-internação serem feitas pelos psiquiatras demonstra o investimento de poder na figura do médico. Funcionando também como uma forma de proteção contra o erro, ao passo que a responsabilidade pela conduta era do médico. Desse modo os profissionais se defendiam das dificuldades inerentes à prática na Saúde Mental.

O saber sobre a doença mental estava compartimentalizado nas categorias profissionais e, conseqüentemente as práticas também. Realizar oficina, por vezes delegado à terapeuta ocupacional. Em diversos momentos ela reafirmou “*não é a sala da TO, é sala de oficina*” (Sujeito2). Mesmo que estivesse previsto, na Portaria que regulamenta o CAPS, que qualquer profissional de nível médio poderia realizar oficinas, os profissionais delegavam à terapeuta ocupacional tal função.

Relações intrainstitucionais

Os profissionais trabalhavam desanimados e cansados, grande parte dos entrevistados tinha um segundo emprego, pois a renda com o trabalho no CAPS III era insuficiente. Em alguns momentos alguns profissionais se mostravam mais cansados que outros. Houve um momento em que uma profissional demonstrou o seu descontentamento com o restante da equipe porque ela havia levado “*duas tardes para costurar*” (diário de campo) uma cortina colocada na Observação e logo depois ela apareceu rasgada. O episódio foi interpretado como desrespeito dos demais profissionais.

Os profissionais destacavam a necessidade de um comprometimento de equipe para a solução dos problemas, associada ao respeito e solidariedade estruturando as relações. O senso de coesão grupal não estava fortalecido gerando tensões e cisões.

Relações interinstitucionais

A instituição estava inserida numa rede de assistência em saúde mental, composta por seis serviços: 1) Ambulatório de Saúde Mental do Distrito Central - Dr. Nelson Okano; 2) Ambulatório Regional de Saúde Mental - Dr. Guido Hetem; 3) Centro de Atenção Psicossocial II - Prof. Dr. Cláudio Roberto C. Rodrigues; 3) Centro de Atenção Psicossocial III - Dr. André Santiago; 4) Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e 6) Centro de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência - Luiz Carlos de Sousa. Além destes haviam psicólogos nas Unidades Distritais de Saúde para atendimentos de crianças e adolescentes.

O município de Ribeirão Preto contava ainda com oito residências terapêuticas, em convênio com o Sanatório São Vicente de Paula e 16 leitos de semi-internação diurna no Hospital Dia, em parceria com a FMRP. A demanda por internação hospitalar era atendida pelo Hospital Santa Tereza (80 leitos) e Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto (28 leitos).

O CAPS III possuía contato constante, especialmente, com o Hospital Santa Tereza e com as Unidades de Pronto Atendimento (UBDS Norte, UBDS Vila Virginia, UBDS Central, UPA e UBDS Sumarezinho). Com estas mantinha uma relação de recebimento de pacientes para avaliação psiquiátrica e com aquela encaminhava pacientes para internação psiquiátrica.

O CAPS III mantinha um funcionamento isolado do restante das demais unidades, os profissionais se queixavam de uma péssima retaguarda da Prefeitura e do Hospital de Clínicas da FMRP. Sempre que precisavam de leitos para internação eles não estavam disponíveis a contento, fazendo com o que o paciente ficasse mais tempo na Observação aguardando vaga.

Existiam conflitos entre a coordenação da Saúde Mental e a gestão municipal. Muitas solicitações não eram atendidas, sendo atribuída à gestão a morosidade no cadastramento do CAPS III. Além da discordância quanto ao fechamento do Núcleo de Saúde Mental.

Conteúdos recalcados

Frente às diversas queixas dos profissionais sobre o funcionamento da instituição percebeu-se que era consenso entre eles que a fonte destes problemas estava circunscrita à instituição. Não havia uma crítica quanto à implicação pessoal nos problemas, os profissionais se desconectavam da instituição para criticá-la. No entanto, os profissionais apontavam a equipe como o ponto forte do CAPS III, seguida do acolhimento terapêutico e do comprometimento.

De maneira cindida não percebiam a equipe como parte integrante do funcionamento desajustado da instituição. A equipe era a maior qualidade do CAPS III, mas não era parte responsável dos problemas da instituição, mantendo o imaginário de que os profissionais eram a melhor parte da instituição.

Transferência institucional

A equipe, desde o início se mostrou disponibilidade à minha presença na instituição. De certo modo eles estavam habituados aos procedimentos de pesquisa já que o CAPS III já fora objeto de investigação de diversos estudos acadêmicos.

Na negociação dos procedimentos de pesquisa foi-me dito que alguns pesquisadores coletaram dados, mas não deram retorno para a instituição. Minha presença reatualizou vivências anteriores de contato com a USP, significadas como abusivas. Como se o CAPS abrisse as portas, se deixasse ser analisado e, em contrapartida não obtivesse nenhum benefício.

No transcorrer da observação percebi que essa posição estava circunscrita a um pequeno contingente de profissionais, os demais não significavam como prejudicial a relação com a Universidade. Pelo contrário, achavam oportuno, pois a presença de estagiários e pesquisadores era uma *“troca de favores, com benéficos mútuos”* (diário de campo). Pois, faltavam profissionais no CAPS e os alunos vinham abertos e dispostos a aprender.

Num primeiro momento fui percebida como nova e inexperiente. A minha experiência profissional foi encarada com surpresa *“você é nova para ter trabalhado neste tanto de lugar”* (diário de campo). Minha presença e interesse de pesquisa eram encarados com curiosidade pelos profissionais: *“mas você largou o concurso para fazer o mestrado?”* (diário de campo). Minha decisão de abrir mão da estabilidade de um concurso público era tomada com estranheza. A estabilidade de um concurso fora a opção de alguns profissionais, tendo eu saído desse contexto, fui encara com espanto.

Depois, comecei a ser percebida como perigosa: *“tem uma menininha te esperando, ela é perigosa”* (diário de campo). Minha presença constante despertou uma ansiedade nos profissionais quanto aos meus objetivos. Por eu ter frequentado a instituição por período de tempo maior do que os pesquisadores anteriores, os profissionais começaram a desconfiar que eu estivesse mantendo meus objetivos de pesquisa em segredo.

A entrevista tornou-se um momento catártico durante a pesquisa. Os profissionais relataram episódios pessoais momentâneos de desorganização psíquica, insights e desabafos.

Como por exemplo: *“você me ajudou a fazer essa comparação dos meninos da minha escola com o CAPS II, porque eu fiquei muito irritada e eu não sabia o que era a fonte dessa irritação”* (Sujeito7). Ou *“eu achei muito legal, até deu muito material para eu pensar minha vida, nas minhas escolhas”* (Sujeito1).

Na transferência o entrevistado atribui papéis ao entrevistador e se comporta em função dos mesmos, transferindo situações e modelos para a realidade presente (Bleger, 1980). Na entrevista fui convidada a assumir o papel de psicóloga, além de ter sido projetada em mim a demanda por supervisão institucional, conforme relatado *“a gente fica muito perdido aqui, sabe? A falta de um supervisor externo é muito cruel”* (Sujeito7).

Contratransferência institucional

A contratransferência depende em alto grau da história pessoal do entrevistador. Ela se constitui em um indício de grande significação para orientar o entrevistador no estudo que realiza (Bleger, 1980). Minha experiência anterior em instituições de Saúde Mental forneceram elementos para apurar minha imersão no campo, na detecção e na escuta de eventos pessoais dos entrevistados relativos à violência, uma vez que ela fez parte da minha rotina de trabalho na Saúde Mental.

O contato inicial com o CAPS III foi facilitado pelo coordenador de Saúde Mental. A princípio isso implicou, para os profissionais, em uma identificação minha com o coordenador. Aos poucos percebi que precisava criar mecanismos de aproximação com os profissionais, então comecei a compartilhar informações sobre mim que facilitassem a identificação deles comigo.

Apostando na perspectiva de que os analistas institucionais devem desfazer-se de suas posições de experts para assumir a de facilitadores. Decidi que seria mais interessante a equipe conhecer mais detalhes da minha formação e experiência profissional no CAPSad III na cidade de Uberlândia – MG, a fim de estabelecer uma relação de horizontalidade (Baremlitt, 1996).

E, assim, gradualmente a aliança com a equipe foi se estruturando, aos poucos fui comprovando isso, como quando uma das funcionárias me ofereceu a chave do seu armário para guardar minha bolsa e me orientou a guardar meu carro na garagem do CAPS. Ou quando o segurança falava que eu podia entrar porque *“já era de casa”* (diário de campo).

A assiduidade da minha presença (mais de 6 meses) suscitou a curiosidade de alguns profissionais sobre o porquê de eu ainda estar indo ao CAPS III. Na época não pude responder

tão claramente, mas de fato percebo, por experiência própria, que para se conhecer o funcionamento de uma instituição alguns meses são necessários.

Então, aos poucos os profissionais se habituaram à minha presença e ao objetivo da minha pesquisa. Como exemplo cito a frase de um profissional contando para o outro sobre a entrevista por mim realizada “*cuidado com essa menina, viu? Ela é perigosa (Risos)*” (diário de campo).

Nessa fase, minha presença foi solicitada para algumas funções, algo que caracterizei como *pesquisadora-trabalhadora*. Realizei contatos telefônicos com pacientes e participei de grupos de acolhimento. Nessa função pude entrar em contato com a obsessão do recepcionista com detalhes, já apontada por outros profissionais na reunião, mas que somente estando no ofício pude perceber a dimensão do incômodo.

Desse modo, percebe-se que ocupei diferentes posições no transcorrer da pesquisa. Fui aquela que denunciaria a demora do cadastramento do CAPSIII, depois “*a visita*” que veio observar de passagem, a “*menina perigosa*” que veio investigar e levantar conteúdos recalcados, “*a psicóloga*” durante as entrevistas e, por fim, a *pesquisadora-trabalhadora* atuando como co-terapeuta em algumas atividades.

8.2 Síntese das entrevistas

8.2.1 Síntese Entrevista Sujeito1 - Psicólogo1

Natural de Itararé/SP, o Sujeito1 é um psicólogo de 30 anos graduado na Universidade de São Paulo – Campus Ribeirão Preto, onde também está cursando o mestrado. Atua no CAPS III há dezoito meses, concomitantemente está empregado no Hospital-Dia há cinco anos. Anteriormente realizou atendimento psicológico para alunos de graduação em Medicina e trabalhou no Ambulatório de Saúde Mental de Piedade/SP. Sua experiência com Saúde Mental data desde o quarto ano da graduação.

O Sujeito1 relata que sua família nuclear tinha uma condição socioeconômica boa. Como seus pais eram bancários, sua família morou em várias cidades. A família extensa era percebida como conservadora, religiosa e preconceituosa. Os pais são descritos como

superprotetores, por isso ele passou grande parte da infância dentro de casa, somente quando estava na cidade natal dos pais brincava na rua.

Alguns membros da família foram representados como figuras destoantes: o tio alcoólatra, o avô quase anão e o pai obeso. Sendo que o tio foi descrito como o personagem mais diferente da sua infância, pois vivia no mato caçando e pescando, em contraste com ele que *“era muito filhinho da mamãe”*. Na cidade em que moravam outras figuras diferentes chamavam sua atenção, *“aquele personagem mítico que é o louquinho da cidade”*, e o homossexual que despertava o desejo e o medo da aproximação: *“tinha medo de conversar com ele pelo que as pessoas iam falar ao meu respeito”*. O contato com a diferença suscitou *“muito medo e curiosidade”*.

As pessoas diferentes eram representadas como pertencentes a um mundo proibido e inalcançável. A doença mental era considerada excêntrica: *“fazia parte de um mundo proibido (...) que eu tenho medo, mas, ao mesmo tempo, queria conhecer”* e, *“como algo perigoso e, ao mesmo tempo, superinteressante, complexo”*.

Durante a infância o Sujeito1 conviveu com um colega de escola surdo-mudo, mais velho e repetente. A professora estimulava a inclusão através de incentivos infantis, como bater palmas e comemorar após algum acerto do colega. O cuidado especial oferecido era considerado *“até vira um menosprezo por um lado, mas, ao mesmo tempo é uma forma de acolhimento”*.

A relação com o pai foi descrita como conflituosa. Durante sua infância o pai era irritado e apresentava picos de fúria. Quando ele estava muito estressado se isolava da família bebendo uísque. Atualmente, o pai faz acompanhamento psiquiátrico, assim como outros membros de sua família.

A escolha da profissão foi relacionada com pai. A faculdade trouxe entendimento e liberdade, terminando por gerar independência do pai e, ao mesmo tempo, conflito com ele, o ápice foi uma situação de agressão física. O pai, em surto, ‘fora de si’ tentou agredir o entrevistado, a polícia foi cogitada como forma de contenção. O primeiro diagnóstico dado enquanto psicólogo foi para o pai, durante a faculdade ainda. O entrevistado entende que ele era depressivo: *“acho que ele (pai) tem um quadro de depressão (...) “Talvez, até a minha escolha pela psicologia tenha um pouco a ver com isso, né”?”*.

A representação da doença mental se transformou ao longo da vida do Sujeito1. A princípio foi influenciada pelas crenças familiares, *“era falta de Deus no coração, falta de fé”*, *“falta de vergonha na cara”*, *“isso é falta de surra”*; demonstrando valores cristãos e perspectivas morais. O interesse pela temática da loucura como objeto de trabalho estava

envolto por uma visão caricatural, *“então, é claro que eu tinha uma ideia toda idealizada (...) tinha essa visão caricatural da doença mental”*. Os conhecimentos técnicos e a prática de trabalho transformaram a representação da loucura, que passou a ser doença mental, *“do tanto que a doença mental não é também uma construção social”*.

O trabalho no CAPS III envolve *“experiências, do ponto de vista humano, extremamente significativas”*, as quais muitas vezes os profissionais de saúde não estavam preparados, pois *“não há treinamento específico para vir atuar no CAPS”*. A metodologia de trabalho foi descrita como confusa e fragmentada, não sendo possível ao entrevistado *“ver uma proposta terapêutica”*, *“o serviço é meio que um Frankstein”*.

Através da prática foi possível ao Sujeito1 elaborar que *“o melhor remédio para a loucura é relacionamento”*. Ainda que perceba a melhor forma de manejo, quando solicitado a definir doença mental, houve uma dificuldade: *“definir doença mental pra mim é um grande desafio (...) o olhar tem que ser individual, mas ao mesmo tempo você pode agregar o social”*.

O Sujeito1 afirma não praticar nenhuma religião, apesar de ter sido criado na religião católica. Já a atividade de infância que não abandonou foi jogar futebol, sempre esteve vinculado a um grupo de pessoas que se reúnem para a prática.

8.2.2 Síntese Entrevista: Sujeito2 – Terapeuta Ocupacional

A Sujeito2, 29 anos, natural de Ribeirão Preto, ocupa o cargo de terapeuta ocupacional no CAPS III há dois anos. Possuía experiência anterior na Saúde Mental no CAPS de Guaíra, também por dois anos. Também acumula a função de terapeuta ocupacional no CIR/HE.

Durante a infância relata uma gana para viver e experimentar novas experiências, no entanto o cuidado familiar foi descrito como restritivo, não podendo brincar na rua o tanto que desejava. Ela era muito mais nova que os irmãos, os quais auxiliavam a mãe no cuidado com ela. O pai faleceu quando ela tinha 15 anos.

O contato com pessoas diferentes foi restrito durante a infância, limitado a uma criança cadeirante no colégio, para ela era *“algo que não existia, pois eles não aparecem né”*. Este tipo de contato vai ser significativo novamente na graduação, através de estágios com pacientes deficientes, até então a diferença não era algo perceptivamente de destaque para a Sujeito2.

O desejo de morar fora da casa da família foi o principal fator para escolha do curso superior, *“a princípio eu queria sair de casa, mais do que o curso em si”*. Com isso, o desejo de conhecer o mundo poderia ser satisfeito, o qual foi realizado cursando a graduação na cidade de São Carlos. Foi neste período que a entrevistada se aproximou da temática da loucura, *“foi algo mágico, pensando na graduação, na época eu fiquei fascinada”*. Há o reconhecimento dos conhecimentos adquiridos na graduação, porém eles não a instrumentalizaram para o trabalho.

O trabalho na Saúde Mental foi considerado desestimulante, não sendo fonte de investimento pessoal da entrevistada, demonstrando que ela está na instituição de passagem, seu foco era a formação em neurologia. Outra característica marcante citada foi a intensidade e dinamicidade do ambiente de trabalho, mobilizando afetivamente os trabalhadores: *“é uma experiência muito intensa, sabe?”*.

O conhecimento adquirido na prática foi descrito como de natureza diferenciada: *“é claro que na graduação você aprende (...) mas a vivência em si eu percebo que (silêncio) é muita carga”*. Isso fez com que ela passasse a considerar que a origem da loucura é um sofrimento extremo, associado a um limiar individual baixo e aos fatores genético e ambiental. A confluência destes fatores geraria um “estopim” para o surto/crise, desse modo a causa da doença mental seria *“um sofrimento muito grande, um estopim”*. A diferença entre o doente e o são mentalmente seria o limiar para vivenciar algumas situações.

A doença mental implica em rompimento e perda da identidade, *“teve um rompimento, sabe? Ela deixa de ser aquilo que ela era para passar a ser doente”*. A doença mental é compreendida como uma exacerbação, *“ela não aguentava mais segurar e explode”*, algo como *“fazer aquilo que para os outros não é legal, mas pra ela está ótimo”*.

Para a Sujeito2 o objetivo do trabalho no CAPS III é ressocializar o paciente, fortalecendo a autonomia e o desejo do paciente: *“eu incentivei para que cada um levasse o seu dinheiro (...) essa questão de poder pagar e receber o troco”*.

Na execução dessa tarefa diversos empecilhos são listados, como a dificuldade em realizar atividades fora da instituição, falta de recursos materiais e humanos, descaso dos governantes com a Saúde Mental, pouca visibilidade à temática e aos pacientes. A instituição foi representada como o lugar da falta: 1) *“você não vê lugar de Saúde Mental bonito”*; 2) *“investir na formação desse funcionário quando ele for inserido, porque falta muito”*; 3) *“nem como CAPS, eu acho que não (funciona)”*; 4) *“falta muito, falta estrutura, falta funcionário, falta atividades, sabe?”*; 5) *“É uma questão de coordenação que não é atuante e por aí vai”*.

8.2.3 Síntese Entrevista Sujeito3 – Enfermeiro

O Sujeito3, 45 anos, é enfermeiro no CAPS desde 2008, sendo este seu primeiro trabalho em Saúde Mental. Possui especialização em Saúde Mental e cursa mestrado na Universidade de São Paulo – Campus Ribeirão Preto. É o caçula de 9 filhos (6 homens e 3 mulheres), família de origem mineira e avós fazendeiros, no entanto a herança foi gasta no tratamento de Chagas para o pai. A mãe foi a provedora do lar desde a infância do entrevistado, apesar dela também possuir doença de Chagas, todavia menos debilitante.

Desse modo, a infância foi marcada pelas limitações financeiras, fazendo com que o Sujeito3 e seus irmãos trabalhassem desde pequenos. Com o passar do tempo os irmãos mais velhos foram casando e saindo de casa, acabou por ficar somente o Sujeito3 e sua mãe. Quando ela não conseguiu mais assumir a casa, o Sujeito3 virou o cuidador da casa e da mãe.

Durante a infância ele recordou que o contato mais marcante com a diferença foi através do filho de uma senhora que a mãe acolheu na sua casa, *“o filho dela tinha deficiência mental, intelectual”*. Ele se recorda que todos cuidavam e tinha carinho por ele.

A loucura aparecia nas histórias da mãe de pessoas *“fracas da cabeça”*. Ela contava que o avô do Sujeito3 teve um surto e fugiu para o mato, foi encontrado dias depois e internado.

Para o Sujeito3 sua mãe tinha crises durante sua infância, as quais hoje ele identifica como histéricas: *“ela tinha aquilo de ficar numa crise histérica, se debatendo e desmaiava”*. A irmã atualmente é diagnosticada com transtorno bipolar, segundo o entrevistado alguns dos sintomas já estavam presentes na infância, como dificuldades de relacionamento.

As causas da crise da mãe englobavam fatores situacionais e o temperamento dos indivíduos, podendo ser *“fruto daquela situação mesmo, situação difícil”*, o que geraria *“os gatilhos né, que é a situação que desencadeou aquilo”* ou mesmo, no caso da sua mãe: *“a mãe tinha gênio ruim assim mesmo”*, citando a opinião dos irmãos.

A escolha do curso de enfermagem se deu devido ao contato com a profissão quando trabalhava no serviço de distribuição do Hospital de Clínicas da FMRP: *“aí trabalhando no Hospital de Clínicas resolvi fazer faculdade de enfermagem”*.

Desse modo a doença mental foi descrita como *“uma incapacidade de lidar com essa vida da forma como ela está”* que se manifesta devido ao *“fator genético e associado a isso o fator psicossocial”*.

O tratamento para a doença mental atual foi reconhecido como melhor do que na época em que seu avô foi internado: *“se o tratamento aqui já era terrível imagina nesses locais distantes”*. Além da constatação de que em cidades maiores ele tenderia a ser melhor do que em cidades menores. Curiosamente, o CAPS III no qual ele trabalha é representado como local de tratamento inadequado, *“o CAPS não tem jeito”*, dentre outros motivos, *“o maior problema é que aqui nunca teve gerente”*.

A equipe também foi citada como inadequada, as dificuldades de relacionamento, a falta de perfil e ausência de vínculo com os pacientes são alguns dos problemas percebidos na equipe. Além disso, ele observou que o trabalho no CAPS III causa adoecimento mental da equipe, conforme ele cita nesse trecho:

S3: os pacientes você fala assim?

P: (risos) é, os pacientes.... a equipe também pode ficar doente, com certeza.

S3: É mais fácil detectar na equipe do que nos pacientes...

8.2.4 Síntese Entrevista Sujeito4 – Auxiliar de Enfermagem1

O Sujeito4, 34 anos, natural de Franca, é auxiliar de Enfermagem no CAPS III há 1 ano e meio. Todavia ele possui 13 anos de experiência na profissão, anteriormente trabalhava em serviços de urgência e emergência.

Durante a infância houve o contato próximo com um primo com déficit intelectual. Como ambos eram crianças, na época isso não representava qualquer diferença para o entrevistado, pois o primo mantém-se como uma criança: *“quando eu era criança, no caso, não interferia porque até hoje ele é uma criança”*.

A experiência do entrevistado com doença mental se iniciou com o trabalho voluntário no Sanatório, aos 17 anos. Foi um ato espontâneo surgido da necessidade de *“fazer alguma coisa”*, como o entrevistado residia próximo ao Sanatório ele procurou a instituição. Na ocasião ele *“adotou”* um paciente e o acompanhava em atividades de lazer e recreação dentro e fora da instituição. O contato com a doença mental não era algo estranho ao Sujeito4: *“eu nunca tive receio de trabalhar com esse público, a gente ficava às vezes assustado com alguma coisa”*.

Para ele o trabalho com Saúde Mental exige pessoas identificadas com a questão da condição humana. Segundo ele cada pessoa tem uma tendência a trabalhar em certas áreas da saúde, como urgência e emergência. No caso da Saúde Mental, o primeiro contato na vida seria o fator influenciador dessa tendência, desde que ele fosse fora do ambiente de trabalho, mas na sua vida pessoal, como o contato com um vizinho ou um familiar. Com isso criar-se-ia um hábito em lidar com a doença mental e perder-se-ia o medo, pois esse contato forneceria o conhecimento necessário para tal: *“a tendência, o primeiro contato na vida, (...) sem ser no local de trabalho, eu acredito que seria melhor”*.

No caso dele o contato mais marcante com a doença mental foi quando ele encontrou um amigo de infância que havia desenvolvido esquizofrenia na vida adulta. O reencontro foi impactante devido às condições do amigo: debilitado, sofrendo os efeitos colaterais da medicação, *“bem comprometido, tanto emocionalmente como fisicamente”*. Esse encontro foi especialmente marcante para o entrevistado devido às atuais diferenças nas condições de vida, que na infância não eram tão destoantes. A cena expôs o à sensação de impotência diante das condições do amigo: *“foi impactante saber que eu estava ali trabalhando, seguindo a minha vida, estudando, fazendo tudo e, ele lá parado, sem poder fazer nada e bem dizer vendo aquilo”*.

Pensando nisso ele elaborou que uma das possíveis causas foi *“atitude paternalista do pai, de superproteção, depois juntando (...) essa namorada o deixou e ele entrou em estado de depressão”*. O Sujeito4 elaborou que a causa podia estar presente desde a infância e, quando associada a um estopim, uma situação-limite, provocou a doença mental. A associação desses dois fatores delineou uma personalidade com pouca tolerância à frustração.

A doença mental foi caracterizada como apatia profunda, imobilidade e ausência de desejo: *“se deixasse ele ali no canto ele ficava a vida toda”*, demonstrando que algum distúrbio provocaria comportamentos desadaptados, mesmo que o paciente negasse existência deles: *“devido a algum distúrbio, algum problema que ela tenha, mesmo que ela negue”*, com isso a mente *“vai perdendo o equilíbrio começa a entrar em estado de doença”*.

No CAPS III a indicação e monitoramento do tratamento era responsabilidade médica, *“se o médico julgasse que ele precisaria ficar a gente poderia ter contato de cuidados”*.

No atendimento aos pacientes havia uma busca por uma postura neutra diante da complexidade da doença mental. A neutralidade seria um meio de conseguir identificar sobre quais fatores ele poderia intervir como profissional, fornecendo um perímetro de atuação que se ultrapassado o colocaria em contato com sua impotência: *“eu procuro observar assim, tendo uma neutralidade e procurar atender dentro daquilo que eu posso fazer”*.

O tratamento oferecido no CAPS é considerado de um nível elevado. Para ele a dificuldades cotidianas não advém do tratamento em si, mas dos conflitos internos da equipe: *“é bem claro isso aí, o atendimento que a gente oferece para as pessoas que precisam, eu acho assim que é de nível elevado, porque a maior parte dos conflitos não estão relacionados com isso”*. O Sujeito4 separa o tratamento em si das condições gerais da instituição. Ele considera o tratamento é bom, mesmo citando que existem profissionais inadequados e que tratam mal os pacientes.

A natureza do trabalho na Saúde Mental exige que o Sujeito4: *“eu tenho contato direto e presto serviço integral”*. Em comparação com os demais setores da Saúde ele definiu uma diferença fundamental, pois na *“na saúde mental não tem de tratar uma ferida, uma coisa orgânica especificamente, mas a emoção mesmo”*. O trabalho na Saúde Mental exige outras habilidades, como conversar, que nem todos os profissionais possuem, tornando-se fundamental *“investir na formação desse funcionário, porque falta muito”*.

No contato profissional com a doença mental houve uma resignificação das memórias relativas à temática, com vistas a explicá-las à luz dos novos conhecimentos: *“só que hoje, com os estudos, com o contato, eu posso me recordar que naquela época ele já vinha dando sinais”*. Coexistindo com a perspectiva científica, o Sujeito4 busca um melhoramento do seu lado espiritual, demonstrando-se preocupado com questões que escapam à materialidade. Ele afirmou seguir o espiritismo.

8.2.5 Síntese Entrevista Sujeito5 – Psicólogo 2

A Sujeito5, 30 anos, é natural de Barretos e psicóloga no CAPS há 2 anos. O contato profissional com a Saúde Mental se deu desde a faculdade através de estágio extracurricular. Seu primeiro trabalho foi no CRAS de Dummont, depois ela passou no concurso da Prefeitura de Ribeirão Preto.

Caçula de uma família de 6 filhos, órfã de pai aos 11 anos, foi criada pela mãe e demonstrou grande influência das irmãs nas suas escolhas. O fato das irmãs terem estudo a fez buscar oportunidades de estudo, facilitadas pela mudança da família para Ribeirão Preto. Através da leitura dos livros da irmã psicopedagoga ela optou pela Psicologia.

O convívio com pessoas diferentes foi marcante desde a família nuclear. Atribuiu a isso o fato de não estranhar o contato com os doentes mentais, pois sempre conviveu com pessoas diferentes: *“sou de família muito grande, com pessoas de várias personalidades”*.

O contato com a doença mental gerou um sentimento de fascínio e descoberta: *“na hora que eu me deparei com esse mundo, pelo contrário, eu fiquei admirada”*. Este contato foi durante a faculdade: *“tenho contato desde a faculdade eu fazia estágios extracurriculares”*, já que na sua família ou outras pessoas de seu convívio não havia pessoas com alguma doença mental.

A admiração pelo trabalho da irmã psicopedagoga, que a levou a ler seus livros, os quais a levaram a escolher psicologia, foi a possibilidade de poder fazer intervenção nos casos: *“eu sempre achava aquilo um máximo, de ela poder fazer intervenção”*. Mais especificamente, a Sujeito5 escolheu trabalhar no CAPS III para trabalhar com Saúde Mental: *“tem que querer trabalhar com saúde mental e não cair de paraquedas”*.

Apesar de não ser de seu convívio constante a Sujeito5 tinha um primo com doença mental. Na época as pessoas entendiam que poderia ser uma questão hereditária, um aborto mal sucedido ou algum trauma de infância. *“Muita gente falava ‘não tem ninguém da família?’ ‘ela deve ter tentado um aborto e não deu certo’ ou então ‘nossa deve ter acontecido algum problema na infância’”*.

Após a formação acadêmica a entrevistada conversou com a tia para tirar suas dúvidas sobre a condição do primo. Com isso, ela pôde perceber que as causas do adoecimento do primo foram levantadas com base na falta de familiaridade com o tema. Como a tia morava distante os demais familiares não tinham convivência com o primo por isso, *“as teorias eram muito bizarras, pois tudo que é diferente, que você não tem muita certeza, gera muito isso né”*.

A doença mental foi definida como um desvio no percurso da vida, algo inesperado e difícil, exigindo constante adaptação: *“como se tivesse um percurso ali que a gente deveria traçar e a loucura e a doença mental vem como um desvio àquilo”*. É compreendida como um fenômeno que tem um protagonista e, que ao mesmo tempo, é uma vivência social, a loucura não é vivida somente pelo indivíduo, ela envolve sempre outras pessoas, como a família. Para ela o louco não é alienado da sua própria condição, pois dentro das possibilidades dele é possível compreender a doença.

Para a Sujeito5, a doença mental gera afastamento nas pessoas porque mobiliza sentimentos, medo e dificuldades. *“Todo mundo vai se distanciar ninguém quer chegar perto porque dá muita comoção, as pessoas ficam com muito medo”*. E mesmo que as pessoas convivam com a doença mental constantemente ainda assim se observa a manutenção do estranhamento. Ela cita a cidade pequena aonde a convivência é próxima e constante com doentes mentais, mas ainda assim a população mantém-se distanciada. Ela observou que

“apesar de conviver com aquilo sempre as pessoas tinham uma estranheza muito grande com algo que não está dentro da normalidade”.

Durante o tratamento para doença mental é preciso acreditar que se chegará a algum lugar, caso contrário pode-se desistir de todo o investimento feito, segundo a Sujeito5 é preciso manter a esperança.

Na prática profissional cada um utiliza seus instrumentos de trabalho, os quais para ela são: a escuta e a história de vida dos pacientes, remetendo a técnicas psicanalíticas. Ao fazer isso desconsidera o diagnóstico dado pelo psiquiatra, demonstrando que a equipe não trabalha de forma conectada: *“eu não me preocupo com o diagnóstico que o psiquiatra deu, procuro atuar no campo de vida dos pacientes”.*

O CAPS III foi descrito como um local em estruturação, sendo funcionamento apontado como o maior problema da instituição: *“se aqui tiver uma identidade, que não é mini-hospital, nem ambulatório, nem CAPS, se a gente tiver uma identidade eu acho que realmente fica mais fácil trabalhar”.* Essa mistura produz a sensação de ‘tudo e nada’ ao mesmo tempo. Os recursos humanos não são considerados um problema de modo que, se o CAPS fosse de fato um CAPS, considera-se que haveria um trabalho melhor. A identidade estruturada é tida como premissa para a realização de um bom trabalho.

O cotidiano de trabalho no CAPS expõe a tensão entre a teoria e a prática, sendo que a teoria é sempre mais agradável que a prática, *“CAPS ali na teoria é muito bonito”.*

8.2.6 Síntese Entrevista Sujeito6 – Auxiliar de Enfermagem2

A Sujeito6, 57 anos, era auxiliar de enfermagem no CAPS III desde a fundação, também possui formação em Serviço Social. Sua experiência com Saúde Mental iniciou-se no Hospital de Clínicas da FMRP quando fazia acolhimento de pacientes com demanda psiquiátrica. Anteriormente trabalhou na equipe de Saúde de Família de Pradópolis e na Secretaria de Saúde de Guarulhos.

Durante sua infância o contato mais relevante com a diferença foi através do pai, *“ele usava bebida alcoólica (...) era agressivo, minha mãe sofria violência”.* Nessa fase ela e os irmãos aprenderam quais eram os sinais de uma pessoa bêbada: *“observava a própria postura do corpo da pessoa, o dor né, mas de longe a gente já olhava e identificava”.* Vendo o sofrimento da mãe ela *“experimentava o desejo que o tempo passasse mais rápido para eu*

ficar grande e poder ajudar a minha mãe". Quando a Sujeito6 tinha 10 anos sua mãe faleceu de câncer de colo do útero, então ela e os seis irmãos foram morar com a avó materna.

Já na vida adulta ela passou a ter contato com a doença mental através dos filhos: *"o meu filho começou a usar todas as drogas"* e *"minha filha mais nova se envolveu com maconha e álcool, ela tentou suicídio duas vezes"*. Na época dos acontecimentos com o filho ela afirma *"que não tinha essa visão que eu tenho dele hoje como doente mental"*. A compreensão da questão da dependência química se transformou somente *"quando eu fiz estágio em Saúde Mental no CAPSad"*. Atualmente o filho não faz uso de substâncias psicoativas, a filha fez psicoterapia e *"tomou ácido valpróico"*, fazendo com que ela melhorasse, mesmo continuando *"sendo uma pessoa difícil de relacionar"*.

Consequentemente, as representações de doença mental se transformaram, a princípio *"eram leigas, como a maioria das famílias (...) falta de vergonha na cara, servegonhice"* depois houve a compreensão de que *"existem outros fatores que levam a pessoa há (loucura)! Algum problema emocional não trabalhado, algum insatisfação, problema da pessoa mesmo, que ela não compartilha"*.

O contato profissional fez com a Sujeito6 percebesse que gosta de trabalhar na Saúde Mental: *"eu adoro trabalhar com Saúde Mental eu já desconfiava que gostava, aí quando eu vim pra cá (CAPS III) eu tive certeza"*. O contato pessoal com a temática a auxilia profissionalmente, pois pode perguntar para o filho *"coisas que não pode perguntar para os pacientes"*, assim ele obtém informações do tipo: *"ele (filho) relata que sente perdas, dificuldades (...) que a mente dele está limitada (...) quando ele cheirava, usava, ele conseguia ouvir a morte dos neurônios"*.

Durante sua infância se falava que *"era pineu"* ou *"não batia muito bem da cabeça"* as pessoas com doença mental. Hoje ela percebe que *"há muita discriminação e preconceito com o doente mental, até mesmo entre os profissionais que atendem nas unidades de saúde mental"*. Os demais profissionais de saúde se incomodam com o doente mental, *"não só pela conduta de falar muito, de ser muito solicitante ou pelo comportamento às vezes inadequado, a questão envolve medos (...) eles sentem medo, inconscientemente o que eles têm é medo"*. Os pacientes expõem os profissionais que *"a linha do normal e do dito não normal, da loucura é tênue"*.

A Sujeito6 percebe que os pacientes têm medo de ficar estigmatizados: *"'ah ele é doido, já ficou lá no Hospital Santa Tereza', muitos familiares de paciente também têm essa ideia"*. Na percepção dela falta um serviço para as famílias, *"na minha visão é que às vezes aquele ali está apresentando a doença, mas a origem não está nele"*. Compreendendo a

família como um sistema de relações para se obter resultado é preciso no paciente e na família, *“realizar um estudo sistematizado”*.

As atividades no CAPS III precisam contemplar a família através de grupos operativos. A presença de mais de um profissional é fundamental, *“quando entram dois ou mais, ou seja, multiprofissional, (...) porque abrange mais questões”*. Com isso é possível atender o paciente na sua complexidade, *“não é só psíquico, ele é biopsicossocial”*. Para ela as transformações resultantes da reforma psiquiátrica foram abruptas: *“a mudança do modelo hospitalocêntrico, não houve tempo para esse preparo, nem hoje os serviços se preparam adequadamente, soltaram ele para a família”*.

A realidade do atendimento em Saúde Mental é de aumento da demanda sem contrapartida de investimento, além do fato da rede de atenção psicossocial não funcionar. Ela cogita que a redução de investimento se dá em todos os níveis de gestão e que talvez essa fosse a intenção inicial dos gestores com a reforma psiquiátrica: *“eu acho até que essa era a intenção primeira quando tiraram (os hospitais)”*.

Trabalhar na área da saúde para a Sujeito6 foi uma forma de canalizar seu lado humano, *“eu tinha um lado humano para ser canalizado (...) fui me encantando com o cuidar”*. Mais especificamente na Saúde Mental, foi um modo de *“como se eu tentasse compensar os pacientes pela alta discriminação e preconceito lá fora, eu tento me colocar no lugar deles”*. Esse exercício de empatia com os pacientes é considerado uma habilidade pessoal, um dom, ato que não consegue realizar tão bem com os colegas de trabalho *“às vezes eu tento me colocar no lugar do colega, mas às vezes eu não consigo, eu tenho mais dificuldade”*.

Dentro do CAPS os pacientes vivenciam relacionamentos diferenciados de outros lugares, pois *“aqui ninguém tem preconceito, ninguém censura, eles não são discriminados, eles se sentem como se fosse uma extensão da família”*. A Sujeito6 tem a esperança de que se a família participasse mais do tratamento *“talvez essa atitude pudesse influenciar os familiares”*.

Para ela as ferramentas de trabalho essenciais são o diálogo e o trabalho de equipe, pois *“sem o diálogo você não consegue fazer esse exercício (de empatia)”*, e, *“trabalho em equipe porque quando você tem uma dificuldade, que você chegou a um lugar que não consegue ir além, você conversa com alguém, outro profissional da equipe”*. Uma das características do tratamento em Saúde Mental é que os resultados não são imediatos *“não é como uma dor de cabeça, uma dor de garganta que um antibiótico resolve”*.

Quando questionada sobre a etiologia da doença mental, a Sujeito6 apresentou duas percepções, uma profissional e outra pessoal. De acordo com a primeira, seria o resultado de uma confluência dos seguintes fatores: uma família doente, a predisposição genética e um fator externo funcionando como gatilho, *“além da família doente, ele traz uma predisposição genética para a doença mental, é como se ele tivesse um gatilho dentro dele e que algum trauma, algum evento cotidiano que aconteceu no percurso dele desencadeou, soltou esse gatilho”*. Os fatores ambientais também desempenham um papel importante: *“a cultura, as condições socioeconômicas, a questão da cultura familiar”*.

Na sua percepção pessoal existe *“o fator obsessivo”*, ou seja, *“a influência obsessiva espiritual, porque eu sou espírita”*. Segundo esse modelo explicativo, *“a resistência deles ao tratamento teria influência obsessiva”*, como exemplo ela cita um paciente que sempre se recorda de um evento traumático porque *“ele fica com um pensamento obsessivo que parece que é voluntário, parece que ele se compraz naquele pensamento”*.

Quanto ao CAPS III ela considera que ele está sendo reorganizado, pois *“não funcionava como um CAPS tem que ser, como as portarias do ministério da saúde definem”*. Atualmente ela está readaptada devido a um acidente de trabalho em que tentou abrir uma janela e acabou quebrando o dedo. Ela afirma que participou de *“diversos cursos, treinamentos, mas não só da saúde mental, mas de atendimento de urgência e emergência”*, mas que *“o próprio trabalho é um constante treinamento”*. Pois, os enfermeiros e médicos estão dispostos a esclarecer suas dúvidas.

8.2.7 Síntese Entrevista Sujeito7 – Psicólogo3

A Sujeito7, natural de Ribeirão Preto é psicóloga no CAPS III há cinco anos, e há 15 é concursada pela Prefeitura. Começou trabalhando no Ambulatório Regional de Saúde Mental por dois anos, depois no NAPS I por dois anos, no CAPS II por sete anos e agora no CAPS III.

Durante a infância ele frequentou uma escola particular *“de método Montessori, é o método italiano que foi criado para crianças com deficiência (...) depois descobriam que para crianças comuns ele era melhor ainda”*. A mãe era professora de crianças e optou pelo método para a educação formal dela. Na escola ela percebia que *“as crianças com deficiência*

ficavam em outra sala, a tal da sala especial”. Desde essa época ela “achava que todo mundo tinha que ficar junto”. A separação era algo estranho para ela e, “como era filha de professora, caçula, eu tinha muita facilidade para aprender”, então ela terminava os deveres e ia observar as crianças com deficiência. Na escola pública que a mãe trabalhava a realidade era a mesma. A Sujeito7 contou que a diferença era estruturante na sua família: “meus pais sempre tiveram essa mentalidade muito aberta acerca da diferença, meu pai é um negro, minha mãe é branca. A família dele é espírita e a família dela é católica”.

A diferença era significada diferentemente no ambiente escolar e na família. Na sua escola ela percebia que havia muita separação e medo entre seus colegas: *“eles falavam ‘ai aqueles meninos são esquisitos, eles são doentes, eles tem problema’, tinha até certo medo que pegasse”*. Como um dos meninos era filho de amigos do seu pai, ela convivia mais intensamente com ele, tentando mediar a relação dele com outras colegas, mas era difícil *“eu até fazia certa mediação com as minhas colegas, mas ele tinha um certo impulso, ele tinha a sexualidade um tanto exacerbada”*. Desde essa época ela percebia que existia um esforço na separação *“você vê que tinha todo um trabalho pra separar, eu acho que é uma pena porque poderia ter feito uma mediação sabe”*. Ela cita o padre, amigo da família, como a figura mais eficiente na mediação de conflitos.

A percepção das iniquidades sociais definiu sua escolha profissional, *“procurei o curso de psicologia no intuito de promover o desenvolvimento, para que as pessoas pudessem ter mais oportunidades e não provocasse essa separação, o que é uma ingenuidade, 17 anos...”*. E, durante a graduação ela procurou atividades orientadas para a melhoria do desenvolvimento. Um professor a orientou a estudar o sofrimento humano para compreender os fatores estruturantes, então ela fez estágio em Psicopatologia no Hospital Psiquiátrico de Marília. A experiência foi intensa, *“fiquei muito (ênfase) impressionada, eram casos muito graves, pessoas em alto sofrimento emocional, muito medicadas, eu fiquei muito horrorizada com aquela situação e resolvi voltar para minhas criancinhas”*. Após essa experiência ela dedicou 10 anos desde sua formação à área da Educação, *“fiz mestrado na Educação especial federal”*.

O Sujeito7 afirma que começou a trabalhar com doença mental *“por acaso, absolutamente por acaso. Assim, eu queria muito voltar para Ribeirão”*. O trabalho na Saúde Mental foi então uma novidade. Os estudos com a proposta de grupos de Pichon-Rivière forneceu um norte de atuação, apesar de ela reconhecer que aprendeu na prática *“aprendi em exercício, como dizem os colegas no Ministério: minha escola é o SUS (...) eu aprendi na raça e com a ajuda de muitos colegas”*.

Nos seus anos de trabalho na Saúde Mental ela percebeu uma diferença do modelo ambulatorial e o de CAPS: *“(no ambulatório) é consultório mesmo, um pensamento mais clínico (...) eu prefiro esse que você tem mais inserção social mesmo”*. Em um dos locais em que trabalhou o serviço foi dividido em Ambulatório e CAPS II porque os pacientes mais estáveis se queixavam de ficarem assustados com os pacientes graves. Hoje ela vê que foi um equívoco: *“não é fácil ver um paciente em surto, pra ninguém, nem pra mim, mas você pode mediar, eu acho que não é justificativa para dividir o serviço”*. *“Você fica com os pacientes mais estáveis, com mais capacidade de insight, mas eu acho que é uma perda no sentido geral”*.

Para ela é importante a construção do vínculo com o paciente e com a equipe: *“eu acho importante a gente também estará vinculado com a equipe”*. Além *“própria vocação, porque tem hora que dá vontade de sair andando e não olhar pra trás”*. Trabalhar na saúde *“como o próprio Pichon falava é compromisso com a vida, eu acho essa uma tarefa muito forte na saúde”*.

Para trabalhar é preciso *“ter uma formação política, não no não sentido partidário, nem no sentido necessariamente ideológico, mas no sentido de saber com o que você está mexendo”*. Entre os colegas ela percebe diferenças na formação *“ter uma formação política, não no não sentido partidário, nem no sentido necessariamente ideológico, mas no sentido de saber com o que você está mexendo”*.

Em sua avaliação, a Sujeito7 considerava que o prédio do Sanatório *“foi o pior lugar que eles arrumaram para fazer um CAPS, porque a pessoa tem um estigma”*. Na percepção da entrevistada para estar no CAPS é um local para pessoas que estão em *“sofrimento significativo, enfrentando uma crise, em processo de recuperação e de inserção, na medida em que ele deu conta disso, ele devia ir para o mundo, porque a vida está lá fora”*. No entanto, as pessoas não vão para o mundo *“porque não tem pra onde ir, ainda”*.

A compreensão da entrevistada sobre o tratamento se transformou ao longo do tempo *“‘ah não vou tomar remédio, vou ficar pintando dançando, mas também não de uma maneira muito farmacológica, ‘vamos chumbar o cara, dar um monte de remédio pra não encher o saco’, acho que a gente tá pra criar aí uma nova proposta, que quebre tudo isso”*.

Quanto à doença mental ela afirma que *“não acredito mais naquele povo que fala que a doença é um mito”*. A compreensão da doença mental precisa agregar a visão *“que tá lá, em algum lugar do nosso corpo”* com a perspectiva psíquica *“com psicoterapia também”*, além das crenças dos pacientes. *“As questões das crenças, não necessariamente religiosas. Mas que a gente tem muito preconceito, eu tinha muito preconceito, mas levar em consideração o*

campo simbólico, eu sinto que influencia demais”. Desse modo, é preciso que os profissionais saibam lidar com temáticas religiosas *“um pouco de humildade da nossa parte, sabe? (...) ‘ah isso não é científico’, ‘ah a ciência não explicou isso’”*. Pois, *“a sanidade ser um bem estar físico, psicológico, social e espiritual, a questão da crença néh”*.

8.2.8 Síntese Entrevista Sujeito8 – Psiquiatra1

O Sujeito8 é natural de Ribeirão Preto, atua como psiquiatra no CAPS III desde sua inauguração em 2008. Tem 39 anos, cursou a faculdade de Medicina na Universidade Federal do Paraná e é mestre pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

Ele conta da infância através da figura do pai, uma pessoa rígida, exigente e machista. Segundo ele o estilo parental do pai gerou problemas de autoestima nele e na irmã, devido às constantes metas a cumprir e a insatisfação do pai, pois *“ele cobrava demais, de todos sempre cobrava, nunca está bom”*.

A escolha pelo curso de Medicina foi feita a partir de um teste vocacional e também atendendo às exigências de excelência do pai. No momento da escolha ele pensou *“qual era a área mais top? Era a medicina, coisas que dá mais status.”* E, já cursando ele optou pela Psiquiatria porque a *“especialidade que reunia tudo isso que eu queria: não dependência de exames, formação de um vínculo legal com o paciente, (...)você só precisa disso: uma cadeira, uma mesa e boa vontade”*.

O contato com pessoas diferentes foi escasso na infância, ele se recordou das crianças tímidas que sofriam bullying, *“eu lembro é a questão do bullying”*. Questões de ordem pessoal foram relevantes no contato com a doença mental: *“eu tinha uns 12,13 anos foi diagnosticado que eu tinha TOC”*. Na ocasião ele tinha pensamentos persistentes e rituais obsessivos fazendo sua mãe buscar, junto com ele, tratamento. Na ocasião ele fez terapia cognitivo-comportamental. Os sintomas eram as músicas que ele escutava na TV e não saíam da sua cabeça, então ele passou a não assistir TV. Os sintomas causaram vergonha dificultando seu compartilhamento, afetando também o desejo de paquerar devido aos pensamentos persistentes.

O Sujeito8 não conseguia entender o que estava acontecendo com ele, na ocasião ele começou a pensar que *“alguém tinha feito magia pra mim, algum espírito estava me*

perseguido”, ou *“se aquilo fosse algum pecado eu tinha que pagar”*. Posteriormente, com novas vivências e conhecimentos técnicos ele passa a elaborar que *“talvez pela mudança hormonal, mudança de pré para adolescente”* ou mesmo *“tudo isso foi até hereditário, meu pai tem um comportamento ritualista”*.

Os pensamentos repetitivos o incomodavam pelo fato dele não conseguir controlá-los, na sua percepção: *“eu criei um monstro que na verdade foi desmistificado com o tratamento que eu fiz”*. A terapia é compreendida como o processo de conhecimentos dos mecanismos comportamentais que possibilitam o controle dos sintomas: *“ela (psicóloga) me ensinou aí os mecanismos que hoje eu vejo que eram comportamentais”*.

A doença mental então foi representada por ele como *“multifatorial”*, *“envolve questões mais adaptativas, envolve questões sociais, envolve questões biológicas”*.

O local de trabalho foi caracterizado como pioneiro e fornecedor de um bom tratamento de saúde mental. Para sua estruturação o CAPS não utilizou outro como modelo, então o entrevistado define-o como pontual e único: *“a gente não se baseou em nenhum outro CAPS para montar esse, foi o modelo próprio”*. Foram feitas críticas quanto à falta de divisão de papéis: *“basicamente a gente faz de tudo”*.

O trabalho na Saúde Mental foi descrito como um desafio: *“é difícil em um único atendimento você falar ‘você precisa medicar, você não precisa medicar’, muitas vezes eles já vêm rotulados”*. As condutas no tratamento são construídas na prática de trabalho em que cada caso é único. Elas também variam de profissional para profissional: *“não é todo mundo que trabalha aqui que faz isso, mas eu tiro do paciente essa questão ‘ah não, você está bem é comigo, você não está bem não é comigo’”*, demonstrando que a disponibilidade para atender o pacientes em crise varia entre os profissionais.

8.2.9 Síntese Entrevista Sujeito9 – Assistente Social

A Sujeito9, natural de Presidente Bernardes, é assistente social no CAPS III desde a inauguração. Até então não havia tido experiências de trabalho na Saúde Mental, ela vinha trabalhando no sistema prisional há 12 anos.

Filha caçula e *“temporona”* teve contato com a diferença através do *“meu irmão que é oito anos mais velho que eu, ele teve retardo, foi sequela de meningite”*. Ele era uma *“uma pessoa tranquila, ele nunca teve um episódio de agressividade contra ninguém”*. A

deficiência do irmão impactou sua infância, pois *“foi super difícil pra mim (...) a minha mãe ficou muito envolvida com ele, então praticamente quem cuidou de mim foi meus irmãos”*.

No ambiente familiar o irmão deficiente foi educado como os demais filhos, *“brigava com ele do mesmo jeito que brigava com os outros”*. Os pais incentivavam a autonomia ensinando atividades cotidianas como ler e escrever, *ele aprendeu a fazer a barba, gostava de ovo frito então ele aprendeu a fritar ovo, sabe?* O irmão não foi matriculado em nenhuma escola por opção dos pais, *“meu pai dava aula pra ele à noite (...) a APAE era um lugar muito... como fala... muito preconceito... muito estigmatizado, então eles nem pensaram em colocar ele lá”*.

Ainda durante a infância a Sujeito9 teve contato com a filha da vizinha que também tinha deficiência, porém foi um convívio limitado, pois ela ficava mais isolada: *“não tinha condições de brincar com ela, ela ficava bem reservada, bem escondida, bem mantida dentro da casa”*. Mas, de modo geral, reconhece que *“nunca convivi com a doença mental”*.

A experiência mais próxima com a doença mental foi na idade adulta através do tio de sua cunhada. Na ocasião ela não soube identificar que os comportamentos estranhos eram devido à doença mental, então *“a gente dava risada, levava assim, principalmente porque a gente nem imaginava que era uma doença psiquiátrica (...) era muito novidade pra nós aquele tipo de comportamento, nunca que a gente tinha ouvido falar, foi a única vez que eu ouvi”*.

Após ter passado no concurso da Prefeitura a Sujeito9 imaginava que iria trabalhar numa UBDS, *“na hora que ele falou CAPS III eu não sabia o que era direito (...) eu resisti, falei ‘ai não, não quero’. Daí ele falou “não, você vai gostar está começando o serviço” e não me deixou muita opção, porque não seria a minha opção”*.

Como não havia tido experiência na área ficou impactada com o fato de *“que a população vítima de transtorno mental fosse tão grande”*. Ela não conhecia *“a variedade dos diagnósticos, a linha que separa um diagnóstico do outro”*, ficando surpresa com campo da Saúde Mental.

A primeira impressão do CAPS foi positiva, *“gostei muito da possibilidade, da multiplicidade também de atividades”*. Após tentativas frustradas de implantar uma escola dentro do CAPS ela percebeu que *“não adianta eu criar um projeto sem saber primeiro identificar a demanda”*. Com relação ao trabalho ela percebeu que *“eles (pacientes) consideram o emprego o fator que mais desencadeou o problema”*. Atualmente ela mantém uma parceria com o centro de qualificação profissional municipal.

Ela avalia que tem *“bastante liberdade de ação no CAPS”* para exercer suas atividades, sendo que as mais realizadas são *“atendimentos pontuais, demanda espontânea, sobre benefícios assistenciais, INSS, afastamento de trabalho (...) intermediação de crianças que precisam de creche e a mãe está doente; passe de ônibus, carteirinha de ônibus interestadual”*.

O CAPS III é caracterizado pela *“multiplicidade de demanda”*. Para trabalhar no CAPS ela sente a necessidade de *“estar sabendo de tudo que está acontecendo no município”*, por isso ela mantém uma *rede de informações*, mesmo que seja preciso falar de trabalho fora do CAPS *“toda vez que eu encontro (colegas da Secretaria de Assistência), às vezes na rua, em algum lugar eu pergunto se tem alguma novidade sobre alguma coisa”*.

As ferramentas que a tem ajudado no manejo com os pacientes são *“grande vivência de vida, temperamento tolerante, agir profissionalmente”*. Caso aconteça de um paciente *“pode estar nervosa, ela pode me ofender”* ela afirma lidar bem com a situação, uma vez que *“coloco o bem estar dos usuários acima de outros interesses”*. Ela se orgulha porque *“nunca tive aqui pacientes que ficam irritados com alguma coisa, às vezes é difícil”*.

Questionada sobre a causalidade da doença mental ela se reconhece como *“leiga, me sinto leiga mesmo”*. Por meio da experiência de atendimento com os pacientes *“dá a impressão que parece que tem uma herança genética, às vezes eu também acredito que pode ser de experiências dolorosas, uso de álcool, de droga mesmo”*. A causa desconhecida também é cogitada: *“Não sei se eu estou certa, a gente parece que percebe pessoas que têm aqui uma crise assim do nada”*.

As pessoas em adoecimento psíquico são percebidas como em *“um sofrimento eterno parece, é uma coisa que não passa”*. Nos relatos dos pacientes *“é uma sensação que a cabeça está no vazio como se o espírito saísse do corpo, como se estivesse em duas dimensões, metafisicamente falando”*. As vivências suscitam pena: *“fico penalizada, é a palavra”*.

O comportamento fora do padrão também é percebido pelos doentes mentais *“eles sabem que têm uma inadequação do comportamento”*. O estigma não é somente algo aplicado pela sociedade, mas também pela própria pessoa *“eu acho que a pessoa já se sente estigmatizada, talvez a pessoa não querer voltar a trabalhar e tudo porque ela se sente inadequada nos ambientes né, na sociedade”*. A inclusão é mais delicada e deve respeitar a vontade do indivíduo *“falar em inclusão é uma palavra que está na moda, mas não é bem assim porque às vezes a própria pessoa não se sente bem”*. Como exemplo, ela cita os pais que preferiram cuidar do irmão em casa *“até pra proteger né porque a pessoa às vezes vai,*

sai vai pra escola, pode ser maltratado (...) a pessoa com transtorno ela fica muito vulnerável ao bullying”.

Em muitos pacientes ela percebeu um comportamento infantilizado: *“elas começam a adotar uma forma de falar, um pensamento infantilizado sabe assim”*. Gera surpresa o fato de constatar algo que havia apenas estudado: *“eu constatei uma coisa que eu só estudava”*. As hipóteses são de que a infantilização é devida *“ou pela doença, medicamento, ou mesmo pela instituição”*.

A infantilização gerada pela instituição também foi observada na sua experiência profissional anterior: *“já tinha percebido na penitenciária e na FEBEM também, mas aqui (ênfase) é maior”*. Os fatores que influenciam *“pode ser culpa da equipe que superprotege, superprotege (ênfase)”*, ela se reconhecesse nesse papel *“eu sou culpada também, às vezes superprotege e não deixa paciente ter um desafio”*. Então, *“eu sou culpada também, às vezes superprotege e não deixa paciente ter um desafio”*. Ela conta que esse modo de cuidar dos pacientes foi aprendido com outros profissionais *“daí as pessoas que têm mais experiência falam que o tratamento é assim mesmo, na saúde mental você tem que pegar pela mão o paciente”*. No entanto, ela procura atuar de modo diferente *“às vezes eu solto a mão, eu fazia isso com meu filho, (...) coisa leve, nada destrutivo”*.

No tratamento ela percebe que *“bom não é aquela coisa de 100 por cento, porque não existe mesmo”*. Como ela não teve experiência em outro CAPS não vê muitas falhas, diferentemente de outras categorias. Ela atribui sua falta de reclamação ao fato de *“eles são da saúde realmente e eu não”*.

A medicação também apresenta falhas *“os efeitos colaterais que a gente ouve são horríveis”*. *“Como você vai tomar uma coisa que você vai se sentir pior do que já tá?”*. Além disso, há o uso exagerado da medicação *“tem pessoas que tomam muito medicamento eu não sei se é exagero”*. Ela não percebe uma melhora dos pacientes quanto à doença *“eu percebo pacientes durante muito (ênfase) tempo do mesmo jeito”*.

“A equipe faz o que pode”, no entanto ela vê que *“o CAPS foi formado, mas que não tem projeto”*. Desse modo para trabalhar ela percebeu que *“teria eu mesma que identificar demandas”*. Pela falta de experiência e a ausência de um projeto para o CAPS, ela afirma que não sabia a princípio o que era esperado do seu trabalho, *“até ouço outras pessoas, ‘olha porque você não faz isso? Porque o outro CAPS faz isso’. Então você tem de ficar ouvindo, peneirando”*. Além disso, algumas iniciativas não dependem somente dela *“mas eu sozinha não consigo, porque é tem de envolver, inclusive articulação até política”*.

Ela reconhece como a profissional mais incapaz nesse sentido *“todo mundo aqui fez estágio em outros serviços antes de vir pra cá”, “comigo não, eu já comecei aqui”*. A falta de treinamento também é um elemento limitante para a prática *“foi uma das coisas mais difíceis, porque eu entrei aqui e não fui encaminhada para fazer nenhum treinamento e nem pra conhecer outros serviços”*.

8.2.10 Síntese Entrevista Sujeito10 – Psiquiatra2

O Sujeito10, 55 anos, natural de São Paulo, é coordenador da Saúde Mental de Ribeirão Preto. Também atende pacientes no CAPS III como médico psiquiatra. No Ensino médio morava na cidade de São Paulo, estudou em colégios públicos e posteriormente, *“fiz cursinho com bolsa no objetivo e depois passei pra USP aqui (em Ribeirão Preto)”*.

O contato com a doença mental foi desde o quarto ano de faculdade por meio de estágio buscado por iniciativa própria, *“Eu procurei o departamento de psiquiatria e comecei aí, o estágio”*.

Ele afirma que não havia casos de doença mental na família nuclear, *“nós não tínhamos uma doença mental presente na família, da gente conviver”*. Mas, tinha um tio que os visitava que era dependente de álcool: *“um tio, mas ele era uma pessoa extremamente querida, ele bebia muito e ele não convivia muito com a gente”*. Outros contatos com pessoas diferentes foram escassos: *“eu não me lembro assim”*. *“Eu acho que o contato maior com a doença mental foi realmente durante a vida universitária”*.

A escolha profissional foi uma fase difícil, pois, quando ele terminou o ensino médio ele tinha interesses diversos: *“gostava de muita coisa, de muitas áreas distintas e ao fazer a opção eu sentia que eu estava perdendo alguma coisa”*. Então, ele acabou optando pela medicina: *“eu terminei me voltando para a questão da medicina”*. E, depois pela psiquiatria: *“o interesse na psiquiatria foi mais um interesse em tentar entender a estrutura do pensamento”*.

A formação acadêmica foi caracterizada como limitante, *“eu me senti um pouco limitado né, o ensino da medicina é um ensino assim bastante decorativo (...) sem questionamento humano e filosófico”*. Na sua percepção os alunos *“de alguma maneira o ambiente universitário é um ambiente que introduz o aluno em algumas baias”* e, com isso *“ela não permite que o aluno faça tudo que ele poderia fazer”*. Ele atribui essa realidade à

estruturação atual do ensino superior “os trabalhos são impostos aos professores e aos alunos, o que é mais publicável e não sei o quê, (...) acho que termina se produzindo menos do que se poderia”.

Após a graduação ele revisitou os lugares da adolescência: a escola de arte dramática e a escola de cinema, mas já não se sentia pertencente a esses locais “só que quando eu cheguei depois a escola (de arte dramática) era muito diferente (...) nove anos depois era outro mundo né. Aí eu fui procurar o pessoal do cinema e também não senti um terreno muito tranquilo”. E, com “medo até de não saber mais como tratar paciente” ele retomou as atividades médicas.

O contato profissional com os doentes mentais transformou sua forma de percebê-los: “os pacientes na verdade com problemas mentais têm uma limitação enorme da capacidade de criar e isso foi uma surpresa”. Ele esperava que “fosse apenas uma forma diferente de pensar”, mas ele foi percebendo que “eles não conseguem na verdade lidar muito com a adversidade”. Desse modo, para ele “a limitação pensar é uma coisa mais forte do que todo o resto”.

O Sujeito¹⁰ percebeu que a psiquiatria “perdeu um pouco a capacidade dinâmica, (...) a noção de mecanismos de defesa se perdeu”. Por isso ele avalia que “eu acho que a classificação psiquiátrica piorou”. No contexto de trabalho isso se reflete na “tal da comorbidade psiquiátrica, você tem a doença e mais três doenças mentais ou mais duas? Na verdade não é isso, o paciente tem um quadro central e ele tem várias defesas”.

Na sua percepção é importante considerar a “a classificação psiquiátrica como um guia, mas não como um determinante do que o paciente é”. Em comparação com gerações anteriores de psiquiatras, ele percebe que atualmente “o peso enorme é dado à psiquiatria de ordem biológica”. A formação dos residentes não contempla como anteriormente uma compreensão da dinâmica do paciente, “o pessoal se apegou à classificação, então pode ter havido um empobrecimento da prática clínica usual”.

Epistemologicamente, para ele houve uma pulverização dos conceitos, “se pulverizou a noção de mecanismo de defesa, tem outros nomes” e, com isso “o pessoal se apegou mais à classificação psiquiátrica original, então eles se voltaram mais para a descrição quase minuciosa das listas de sintoma”. Os profissionais deixaram de “entender a dinâmica dos processos que estavam envolvidos”. Essa habilidade seria adquirida através de uma formação psicoterápica, hoje não ofertada pela universidade “para estudar essa dinâmica o residente tem que pagar uma formação fora”. Dentre suas atividades está de fornecer capacitação aos

profissionais do CAPS “*eu dou aula às vezes para os funcionários no sentido de que eles entendam o todo dinâmico do paciente*”.

O motivo de ele trabalhar exclusivamente no serviço público é o desafio que ele representa: “*o sistema público de saúde, uma parte da minha preocupação é com a questão do desafio mesmo*”. Quando se iniciaram os debates da Reforma Psiquiátrica para ele não lhe pareceu algo inovador: “*ebulição do que eles chamam de reforma psiquiátrica, (...) eu vou ser bem sincero, um espalhafato em cima de coisas que a gente já sabia*”. E cita um exemplo: “*me arranjaram plantão fixo no hospital psiquiátrico que tinha 900 pessoas eu fui pra lá e eu achei um horror, fiquei dois dias no lugar, um pra entrar e outro pra sair, (...) agora veja eu não tinha movimento antimanicomial, não tinha movimentos políticos relacionados à coisa, nada! Era uma decisão com base na minha formação eu falei ‘isso aqui não é lugar para tratar gente’*”.

O Sujeito10 propõe uma nova visão da Reforma Psiquiátrica, “*ela não foi acompanhada de instituições adequadas e em volumes suficientes para atender os doentes e a gente começou a ver geral abandono*”. Na eclosão da Reforma na época deixou pacientes desassistidos “*doze doentes mentais que quando começou a reforma eles ficaram sem lugar*”. Segundo ele é preciso analisar mais a fundo o contexto da Reforma “*veio com uma coisa de que o mal era só o hospital, de que o mal não era a prática das relações humanas distorcidas (...) a eliminação pura e simples do hospital psiquiátrico eliminaria a forma de tratar mal o doente mental (...) na nossa forma de ver alguns CAPS, dependendo da forma de funcionar, são hospitaizinhos, porque é a maneira de funcionar que está por trás da coisa*”.

Ele aponta algumas diferenças da Reforma no Brasil e na Itália, aonde se buscou inspiração para a reformulação dos serviços de Saúde Mental “*10% do orçamento da saúde italiana é pra saúde mental aqui nós lutamos pra 3 %*”. Além disso aqui “*o volume de profissionais aqui é menor*”. “*Ah, mas como é que a Itália resolveu isso? A Itália resolveu da seguinte forma eles têm um número enorme de profissionais*”.

Atualmente ele é coordenador, psiquiatra e gerente no CAPS III. Este acúmulo de funções é explicado por ele como uma necessidade: “*primeiro deixei o CAPS aqui funcionar sozinho (...) eu pensei que o pessoal pudesse aos poucos se auto gerir e se organizar, o que eu verifiquei não foi isso. Virou uma guerra durante certo período aqui, (...) Aí eu transferei a minha sede da secretaria para cá, aí que eu vim pra cá*”. Com receio do serviço se dividir internamente, como aconteceu com outro CAPS na cidade, “*o CAPS II, por causa das brigas internas, eles tiveram que se dividir*”.

A região de Ribeirão Preto possui uma escassez de serviços de Saúde Mental e leitos em hospital geral, *“veja o espaço entre o surgimento do primeiro CAPS, do CAPS II é de praticamente 12 anos”*. Isso se deve a *“nós temos aí outro problema que é um problema político”*. Muitos gestores preferem instituir um ambulatório a um CAPS, *“o CAPS tem um custo, que é um custo elevado, o ambulatório tem um custo menor”* além da dificuldade de credenciamento do CAPS no Ministério da Saúde, *“a regional falava que tinha que fundar outro CAPS, era como se os ambulatórios fossem para ser exterminados e, ao mesmo tempo, era a única coisa (o ambulatório) que o prefeito tinha confiança de poder abrir, porque sabia que o credenciamento demorava muito”*. Devido a isso *“toda essa região de saúde aqui, tem um número reduzidíssimo de CAPS”*.

O funcionamento do CAPS sofreu alterações no seu funcionamento devido à diminuição do número de funcionários e mudança na demanda. *“A unidade quando ela tinha médico todos os dias e fazia o atendimento das distritais todos os dias nós começamos a estruturar o serviço como CAPS numa boa”*. A partir do momento que começou a faltar médicos, *“nós começamos a nos concentrar só no atendimento de urgência, o que foi ruim também por que aí a gente já não podia fazer o trabalho de CAPS propriamente dito”*. Com isso as oficinas e grupos ficaram em segundo plano. Atualmente, o CAPS não atende mais urgência, *“Nós não vamos mais nos envolver com a questão do atendimento de urgência”*. E, na sua percepção falta um serviço adequado para atender as urgências, *“não adianta se colocar um serviço psiquiátrico lá na UPA (Unidade de Pronto Atendimento), a nossa ideia não era essa”*.

Sua visão do funcionamento, enquanto médico, é afetada pelas funções de gerente e coordenador *“minha visão é um pouco contaminada pelas duas outras (...) vou colocar como os médicos vêm, eles vêm com muita desconfiança o processo de implementação dos CAPS e vêm porque encontram com uma certa frequência, nesse tipo de formulação, uma certa omissão dos demais funcionários”*.

O trabalho em equipe pode acobertar funcionários omissos *“se fala em trabalho em equipe, mas na verdade quando os casos são muito desestruturados a responsabilidade real fica nas costas de quem medica de quem segura, fica entre a enfermagem e os médicos”*. A *“queixa do médico é que o trabalho dele foi mais objetivado do ponto de vista das questões assistenciais do que o do restante”* (...) *“os outros então parece que é uma matéria de discussão”*. *“O número de consultas psiquiátricas vai aumentando progressivamente e ele não sente essa mesma sobrecarga por parte dos outros”*.

No CAPS chegam diferentes demandas de saúde que precisam ser filtradas *“um quadro neurológico, não é aqui que tem que tratar, é um quadro com algum problema orgânico, não é aqui que tratar, não é um caso de saúde mental. Ou é um caso muito grave que precisa ser realmente internado, então pode ficar por enquanto até sair da crise”*.

Trabalhar com doença mental implica em atender pacientes amplamente diferentes uns dos outros, *“você tem grupos de doenças bastante distintos e com condutas absolutamente diferentes (...) o psicótico grave, senhoras com quadros depressivos, pessoas que têm pleno domínio da realidade, doença de Alzheimer com alterações de comportamento, pessoas que são portadoras de deficiência com alguma descompensação psiquiátrica, deficiente mental mesmo, são idosos abandonados”*. Essa multiplicidade de demandas é atendida na Saúde Mental *“esses grupos são muito distintos nos ambulatórios, mas eles concorrem pelas mesmas vagas nas agendas de médicos e profissionais”*. Na percepção dele esses grupos deveriam *“ser agrupados apenas por uma questão funcional, para poder prestar assistência a cada um deles”*.

A doença mental foi definida como *“um desconforto da pessoa, por angústia, depressão, ansiedade uma sensação de vazio existencial, a angústia é uma coisa decorrente da existência (...) é um desconforto e uma desagregação em família”*. A busca por tratamento advém desse desconforto interno, no entanto também pode ocorrer de *“a pessoa pode estar tão desagregada que pode não estar nem em condições de perceber que não está bem”*. Então, *“o paciente é trazido pela família como uma desagregação ou um desconforto entre aspas familiar e comunitário”*. Ainda, segundo ele *“seria menor o direito do paciente da rede pública”* em comparação com o paciente da rede privada, pois naquela são atendidos somente os casos graves e não somente desconfortos existenciais.

No trabalho na saúde pública uma das ferramentas mais importantes é o tempo para ouvir o paciente, *“tempo para a pessoa ouvir a pessoa não pode ficar pressionada porque tem três, quatro, cinco tarefas para executar”*. No entanto, no dia a dia *“o tempo concorre com o volume (...) é o dilema entre poder compreender a pessoa ou lidar com a massa”*. E faz um contraponto *“esse é o problema, no extremo de lidar com a massa está o antigo hospício e no outro extremo estaria o psicoterapeuta que atende um caso por dia”*.

Na sua experiência de trabalho ele percebeu que *“em saúde mental o povo parece que não lida com número, com a questão real do volume de pessoas a serem atendidas”*, com isso não há planejamento epidemiológico, *“um CAPS II consegue comportar, seguindo a portaria 336/2001, no máximo cerca de 300 a 350 pacientes. Só com o transtorno bipolar e com a*

esquizofrenia, se fosse para atender 10% deles, eu já loto o CAPS. Onde eu vou atender o resto?”. Então ele conclui que “há uma idealização de que o CAPS daria conta de tudo”.

Com a grande quantidade e a diversidade da demanda os profissionais trabalham se protegendo do peso da realidade. *“Eles também se protegem consciente ou inconscientemente, então o que eles fazem, às vezes reservam o mesmo número de pacientes com os mesmos problemas que ele já conhece (...) então eu fico com os mesmos pacientes crônicos todos os dias”.* No entanto, isso é prejudicial ao paciente, exemplificado nessa colocação *“se eu sou paciente, eu e sou livre, tenho autonomia, eu estou melhor, meu deus porque que eu preciso ficar indo na unidade todo dia”.* Desse modo, *“o caminho da autonomia seria cada vez mais ambulatorial”.* Mas, dada o contexto de trabalho, *“mas está errado o profissional fazer isso? Não (ênfase)”.*

De acordo com o Sujeito10 outro modo de proteção dos profissionais é a ideologia, *“com a ideologia ele fala ‘trabalho em CAPS é muito melhor do que o trabalho em ambulatório’ porque essa ideologia também constrói um muro aonde ele pode ficar com aqueles pacientes lá aí eu falo ‘cuido bem do que eu posso’”.* Para ele *“a solução que o Brasil encontrou, que ainda é uma solução ideológica, não é numérica, não é real ‘ah a assistência básica vai dar conta disso’”.* Pois, *“a atenção básica devolve esses pacientes para os setores de saúde mental, não cuida deles, porque ele sente que o caso não está sendo bem cuidado”.*

O Sujeito10 defendeu que *“em alguns momentos abolir o conteúdo emocional, sabe?”.* É preciso fazer uma avaliação racional dos resultados, *“eu preciso ter um mínimo de objetividade para lidar com as questões”.* O risco de sustentar o sistema com ideologia é *“que dali a pouco aquela ideologia que você preza tanto vai começar a ser contestada alguém vai falar ‘não é melhor ter hospício mesmo vocês não cuidam de ninguém, está todo mundo na rua, precisa ter hospital mesmo você não estão cuidando’”.*

O contexto da Saúde Mental é descrito como sem recursos para atender à população, *“poucos CAPS, eu tenho pouco leito em hospital geral, pouco leito em hospital psiquiátrico e eles querem que eu faça o que? Vodú, eu vou fazer vodú, colocar os bonequinhos aqui e tratar os bonecos, então assim tá!”.* E, alimentando a ideologia é um risco, pois *“a ideologia preenche o vazio do deserto é isso que a gente vai fazer?”.*

A gestão da Saúde Mental foi chamada de cínica pelo modo como lida com os problemas da Saúde Mental, *“o gestor cínico que é aquele gestor que nunca viu a doença mental realmente como uma coisa importante, que usa os argumentos da reforma quando lhe interessa e quando você cobra a criação dos serviços, ele fala que CAPS é muito caro que*

não tem verba”. E faz uma denúncia “um monte de sanitarista que nunca viu, nunca achou a saúde mental uma coisa importante, mas que via nisso uma maneira das verbas saírem de um lugar e ir pra outro”.

8.3 Categorias de análise

8.3.1 Categoria 1: Convívio com a diferença

Foram inseridas nesta categoria as marcas discursivas referentes ao contato com a diferença durante o desenvolvimento humano dos entrevistados. A lembrança marcante de ter visto ou convivido com pessoas diferentes faz parte da infância, aqueles que não tiveram contato nesse período vivenciaram-no através da profissão.

A deficiência, intelectual ou física, foi a mais citada (Sujeitos 2, 3, 4, 7, 9), seguida da doença mental (Sujeito 6 e 8). Outras formas de diferença também fizeram parte das experiências de vida dos entrevistados: orientação sexual (Sujeito1), personalidade (Sujeito 5), religião e etnia (Sujeito7).

As características que diferenciavam outras pessoas de si mesmos despertou diferentes sentimentos nos entrevistados. Alguns foram neutros (Sujeitos 2, 8 e 10) ou tomavam como natural essa diferença (Sujeitos 4 e 5); alguns demonstraram sentimentos positivos de solidariedade e carinho (Sujeitos 3 e 7) e, outros experimentaram sentimentos negativos de raiva e ressentimento (Sujeitos 6 e 9). Sentimentos ambivalentes de curiosidade e medo foram vividos por um mesmo entrevistado (Sujeito 1).

S1: *“era sempre alguém que suscitava muito medo e curiosidade”.*

“tinha medo de conversar com ele (homossexual) pelo que as pessoas iam pensar ao meu respeito”.

S2: *“determinada época na escola frequentava uma criança (na escola) que era cadeirante”.*

“(a deficiência) era algo que não existia, porque eles não aparecem né”.

S3: *“o filho dela (ajudante da mãe) tinha deficiência mental, intelectual (...) lembro bem dele, a gente sentia um carinho muito grande por ele”.*

S4: *“um primo que tem nível moderado de demência. Quando eu era criança, no caso, não interferia porque até hoje ele é uma criança”.*

S5: *“sou de família grande, com pessoas de várias personalidades”.*

S6: *“a diferença que eu vivenciava na infância, lá no sul, é que meu pai ele usava bebida alcoólica (...) era agressivo, minha mãe sofria violência”.*

“eu tinha essa vontade de que o tempo passasse mais rápido para eu ficar grande e poder proteger minha mãe”.

S7: *“estudei em escola de método Montessori, que foi criado para crianças com deficiência (...) eu achava que todo mundo tinha que ficar junto”.*

“meus pais sempre tiveram essa mentalidade muito aberta acerca da diferença, meu pai é um negro, minha mãe é branca. A família dele é espírita e a família dela é católica”.

“eles falavam ‘ai aqueles meninos são esquisitos, eles são doentes, eles tem problema’, tinha até certo medo que pegasse”.

S8: *“eu lembro é a questão do bullying (...) criança que sofre de fobia social, crianças mais tímidas né”.*

S9: *“meu irmão, que é oito anos mais velho que eu, teve retardo, foi sequela de meningite (...) a minha mãe ficou muito envolvida com ele”.*

“ela (filha da vizinha) tinha deficiência (...) não tinha condições de brincar com ela, ela ficava bem reservada, bem escondida, bem mantida dentro da casa”.

S10: *“eu não me lembro (do convívio com pessoas diferentes)”.*

8.3.2 Categoria 2: Experiências com a doença mental/loucura

Esta categoria contempla as experiências dos entrevistados com a doença mental/loucura. O contato com pessoas ou situações relativas à doença mental foi caracterizado como mágico e fascinante (Sujeitos 1, 2 e 5), envolto em mistério e perigo (Sujeito 1). Por outro lado, também foi qualificado como chocante (Sujeitos 4, 7 e 9) e envolto em situações críticas (Sujeitos 3, 6 e 8).

Tais experiências despertaram nos entrevistados sentimentos de medo e interesse (Sujeito 1), espanto/receio (Sujeitos 4, 7 e 9), encanto (Sujeito 1, 2, e 5) e uma reconhecimento do desconhecido (Sujeitos 3, 9 e 10). Os contextos facilitadores do contato

foram a família (Sujeitos 3, 6, e 10), pessoas da comunidade (Sujeito 1), instituições (Sujeitos 4, 7, 9) e a formação acadêmica (Sujeitos 2, 5, 7 e 10). Em apenas um dos casos a primeira experiência recordada foi pessoal (Sujeito 8).

S1: *“sempre tem aquele personagem mítico que é o louquinho da cidade”.*

“(a loucura) fazia parte de um mundo proibido (...) que eu tinha medo, mas ao mesmo tempo queria conhecer”.

S2: *“foi algo muito mágico pensando na graduação... na época eu fiquei fascinada”.*

S3: *“ela (mãe) tinha aquilo de ficar numa crise histérica, se debatendo e desmaiava”.*

S4: *“quando (o CAPS II) era o sanatório espírita, nesse mesmo lugar, há 17 anos, eu vinha fazer serviço voluntário”.*

“eu nunca tive receio de trabalhar com esse público, a gente ficava às vezes assustado”.

S5: *“tenho contato (com a doença mental) desde a faculdade, eu fazia estágios extracurriculares”.*

“na hora que eu deparei com esse mundo, pelo contrário, eu fiquei admirada”.

S6: *“o meu filho começou a usar todas as drogas”.*

“minha filha mais nova se envolveu com maconha e álcool, ela tentou suicídio duas vezes”.

S7: *“Eu fiz um estágio de psicopatologia no quarto ano no hospital psiquiátrico”.*

“fiquei muito (ênfase) impressionada, eram casos muito graves, pessoas em alto sofrimento emocional, muito medicadas, eu fiquei muito horrorizada com aquela situação e resolvi voltar para minhas criancinhas”.

S8: *“eu tinha 12,13 anos fui diagnosticado com TOC”.*

“eu não sabia por que aqueles pensamentos não saiam da minha cabeça”.

S9: *“era muito novidade pra nós aquele tipo de comportamento (do tio da cunhada), nunca que a gente tinha ouvido falar, foi a única vez que eu ouvi”.*

“eu não sabia que a população vítima de transtorno mental fosse tão grande, eu fiquei impressionada”.

S10: *“um tio, mas ele era uma pessoa extremamente querida, ele bebia muito e ele não convivia muito com a gente”.*

“Eu acho que o contato maior com a doença mental foi realmente durante a vida universitária”.

8.3.3 Categoria 3: Vocação profissional para a Saúde Mental

As marcas discursivas relativas à escolha profissional e a vocação para o trabalho estão agrupadas nesta categoria. A escolha da profissão esteve relacionada à família (Sujeitos 1, 2, e 8) ou a experiências com o objeto de estudo do ofício escolhido (Sujeitos 3, 4, 5, 6, 7). Atuar especificamente na Saúde Mental se deu por desejo (Sujeitos 1, 5, 6, 8 e 10) ou ocasionalmente (Sujeitos 2, 7 e 9).

S1: *“eu acho que ele (pai) tem um quadro de depressão (...) talvez, até a minha escolha*

pela psicologia tenha um pouco a ver com isso”.

“eu sempre quis trabalhar com a questão da loucura (...) parar no serviço público acabou sendo um meio”.

S2: *“a princípio eu queria sair de casa, mais do que o curso assim”.*

S3: *“aí trabalhando no Hospital de Clínicas resolvi fazer faculdade de enfermagem”.*

“Estava eu e meu irmão ‘ah vamos fazer uma faculdade’ meu irmão fez engenharia e eu fui fazer enfermagem”.

S4: *“a tendência, o primeiro contato na vida (com a doença mental) sem ser no local de trabalho, eu acredito que seria melhor”.*

S5: *“eu sempre achava aquilo um máximo, dela (irmã) poder fazer intervenção”.*

“tem que querer trabalhar com saúde mental e não cair de paraquedas”.

S6: *“eu adoro trabalhar com saúde mental eu já desconfiava que eu gostava”.*

“eu procuro compensá-los pela alta discriminação e preconceito lá fora (...) eu consigo fazer esse exercício de empatia”.

S7: *“procurei o curso de psicologia no intuito de promover o desenvolvimento, para que as pessoas pudessem ter mais oportunidades e não provocasse essa separação, que é uma ingenuidade, 17 anos...”.*

“por acaso, absolutamente por acaso (trabalhar no CAPS). Assim, eu queria muito voltar para Ribeirão”.

S8: *“qual era a área mais top? A Medicina, coisas que dá mais status”.*

“especialidade (Psiquiatria) que reunia tudo isso que eu queria: não dependência de exames, formação de um vínculo legal com o paciente, (...) você só precisa disso: uma cadeira, uma mesa e boa vontade”.

S9: *“esse funcionário lá queria me encaminhar para cá (CAPS III) eu resisti, falei ‘ai não, não quero’”.*

S10: *“eu terminei me voltando para a questão da medicina, mas isso não foi uma coisa muito simples”.*

“o interesse pela Psiquiatria foi mais um interesse em tentar entender a estrutura do pensamento”.

“uma parte da minha preocupação é com a questão do desafio mesmo”.

8.3.4 Categoria 4: Representações das causas da doença mental

A doença mental é atribuída a diversos fatores, os quais foram agrupados com base na escassez ou no excesso. Desse modo, a doença mental pode ser causada pela ausência de: religião (Sujeitos 1 e 8); caráter (Sujeitos 1, 3 e 6); educação moral (Sujeitos 1 e 4); controle emocional (Sujeito 3); espiritualidade (Sujeito 8); gestação completa (Sujeito 5) e saúde orgânica (Sujeito 7).

Por outro lado, ela também pode ser devido ao excesso de: sofrimento e traumas (Sujeitos 2, 5 e 9); dificuldades financeiras e sociais (Sujeito 3, 8 e 9); drogas (Sujeito 9); angústia (Sujeito 9); insatisfação (Sujeito 6); isolamento social (Sujeito 6); frustração (Sujeito 4); comportamento disfuncional aprendido (Sujeito 8), fatores hereditários (Sujeitos 3, 5, 8 e 9) e fatores orgânicos (Sujeito 7 e 8).

Vale ressaltar que as marcas discursivas refletem todas as menções às possíveis causas da doença mental elaboradas pelos entrevistados ao longo da vida.

S1: *“era falta de Deus no coração, falta de fé”.*

“falta de vergonha na cara”.

“isso é falta de surra”.

S2: *“foi um sofrimento muito grande, um estopim”.*

S3: *“tudo pessoas fracas da cabeça”.*

“existe o fator genético... Associado a isso esse fator psicossocial.”

“‘a mãe que sempre foi do gênio ruim assim mesmo’”.

“era fruto daquela situação mesmo, situação difícil”.

S4: *“atitude muito paternalista do pai, de superproteção, depois juntando (...) essa namorada o deixou e ele (amigo) entrou em estado de depressão”.*

S5: *“muita gente falava ‘não tem ninguém da família?’ ‘ela deve ter tentado aborto e não deu certo’ ou então ‘nossa deve ter acontecido algum problema de infância’”.*

“as teorias são muito bizarras por isso, porque tudo que é diferente, que não você não tem muita certeza, gera muito isso né”.

S6: *“eram leigas, como a maioria das famílias (...) falta de vergonha na cara, servegonhice”.*

“Algum problema emocional não trabalhado, alguma insatisfação, problema da pessoa mesmo, que ela não compartilha”.

S7: *“eles falavam ‘ai aqueles meninos são esquisitos, eles são doentes, eles tem problema’, tinha até certo medo que pegasse”.*

“não acredito mais naquele povo que fala que a doença é um mito (...) eu acho que existe, tá lá, em algum lugar do nosso corpo”.

S8: *“alguém tinha feito magia para mim, alguém tinha, algum espírito estava me perseguindo”.*

“se aquilo fosse algum pecado eu tinha que pagar”.

“tudo isso foi até hereditário, meu pai tem um comportamento ritualista”.

“talvez pela mudança hormonal, mudança de pré para adolescente”.

“ela (doença mental) envolve questões mais adaptativas, envolve questões sociais, envolve questões biológicas”.

S9: *“eles (pacientes) consideram o emprego o fator que mais criou, mais desencadeou o problema dele”.*

“leiga, me sinto leiga mesmo (...) parece que a coisa é meio genética, às vezes eu também acredito que pode ser de experiências dolorosas sofridas, talvez o uso de álcool, de droga mesmo eu acho que cada caso pode ter um fator”.

S10: *“um desconforto da pessoa, por angústia, depressão, ansiedade uma sensação de vazio existencial, a angústia é uma coisa decorrente da existência (...) é um desconforto e uma desagregação em família”.*

8.3.5 Categoria 5: Representações de doença mental

Estão descritas nesta categoria as marcas discursivas relativas às representações da doença mental enquanto um fenômeno social. Mais frequentemente ela foi percebida quanto a

incapacidade, limitação e apatia (Sujeitos 3, 4, 6 e 10), o segundo aspecto mais destacado foi a percepção do desvio e do desequilíbrio, seja social ou da mente (Sujeitos 2, 4 e 5). Com menos intensidade, a doença mental é entendida como um rompimento (Sujeitos 2 e 3); uma exacerbação (Sujeitos 2 e 5); uma doença (Sujeitos 6 e 7) e, um fenômeno variado (Sujeitos 1, 9 e 10) que inclui a dependência química (Sujeito 6). Por fim, a doença mental também é entendida como um fenômeno complexo (Sujeito 1) e estranho (Sujeito 5).

S1: *“loucura como algo perigoso e, ao mesmo tempo superinteressante, complexo”.*

“do quanto que a doença mental não é também uma construção social”.

“acho que existiriam várias formas de loucura”

S2: *“a pessoa que tem o transtorno me parece que teve um rompimento, sabe?”.*

“É a exacerbação”.

“aquilo que é socialmente aceitável passa a deixar de existir”.

“está dentro dela ou que ela não aguentava mais segurar e explode”.

S3: *“são os gatilhos né”.*

“uma incapacidade de lidar com essa vida da forma como ela está”.

S4: *“se deixasse ele (amigo) ali no canto ele ficava a vida toda”.*

“devido a algum distúrbio, algum problema que ela tenha, mesmo que ela negue”.

“dessa mente que vai perdendo o equilíbrio começa a entrar em estado de doença”

S5: *“apesar de conviver com aquilo sempre as pessoas tinham uma estranheza muito grande com algo que não está dentro da normalidade”.*

“como se tivesse um percurso ali que a gente deveria traçar e a loucura e a doença mental vem com um desvio àquilo”.

“todo mundo vai se distanciar ninguém quer chegar perto porque dá muita comoção, as pessoas ficam com muito medo”.

S6: *“hoje faz 20 anos que ele (filho) não usa mais nenhuma droga (...) eu não tinha a visão que eu tenho hoje, dele como doente mental”.*

“eu só pude entender mesmo essa questão da dependência química quando eu fiz estágio em saúde mental no CAPS ad”.

“ele (filho) relata que sente perdas, dificuldades (...) que a mente dele está limitada (...) quando ele cheirava, usava, ele conseguia ouvir a ‘morte dos neurônios’”.

“minha filha começou usar cocaína e parou porque no primeiro dia que ela usou ela teve síndrome do pânico”.

“falavam que é pineu, ‘ah, ele é doido, não bate bem das ideias”.

“o quanto a linha do normal e do não dito normal é tênue”.

S7: *“sinto que é um fenômeno humano que todos nós estamos sujeitos, de um sofrimento muito grande, mas que alguns de nós temos mais dificuldade em lidar por questões biológicas, neurofisiológicas, hereditárias, genéticas e também socioculturais e que merece ser cuidado, não de uma maneira romântica, ingênua, como era no começo”.*

S8: *“a doença mental em minha opinião é multifatorial”.*

S9: *“a variedade dos diagnósticos, a linha que separa um diagnóstico do outro”.*
“um sofrimento eterno parece, se não é eterno é uma coisa que não passa”.

S10: *“na verdade com problemas mentais têm uma limitação enorme da capacidade de criar (...) porque eles não conseguem na verdade lidar muito com a adversidade”.*

“eu acho que a doença mental, o termo loucura (...) são mundo inteiros dentro dele”.

8.3.6 Categoria 6: Representações de tratamento de doença mental

Nesta categoria foram reunidas as marcas discursivas referentes às representações de tratamento. O entendimento do tratamento como está estabelecido e como deveria ser na visão dos entrevistados é diverso. Mais consistentemente ele é significado como tendo dois segmentos principais, a intervenção médica (Sujeitos 4 e 6) e a troca afetiva (Sujeitos 1 e 6).

A diversidade de representações enuncia as deficiências e a perspectiva do tratamento ideal. O tratamento é considerado limitado (Sujeito 4), fragmentado (Sujeito 5), insatisfatório (Sujeito 7) e rígido (Sujeito 10). Dessa forma, um tratamento ideal seria aquele que propiciasse a autonomia (Sujeito 2) e a ressignificação dos sintomas (Sujeito 8), sendo embasado no diálogo (Sujeito 1), na diversidade (Sujeito 9) e na amplitude de atividades (Sujeito 6).

S1: *“o melhor remédio pra loucura é relacionamento”.*

S2: *“eu incentivei pra que cada um levasse o seu dinheiro (...) essa questão de poder pagar e receber o troco”.*

S3: *“se o tratamento aqui já era terrível imagina nesses locais mais distantes”.*

S4: *“se o médico julgasse que precisaria fica a gente poderia ter contato de cuidados”.*

S5: *“eu não me preocupo com o diagnóstico que o psiquiatra deu. O diagnóstico eu acho que é importante? Lógico, pra eu saber quais medicações que ele está tomando”.*

S6: *“fez psicoterapia, não sei o que ele (psiquiatra) fez, porque ela (filha) tomou algum tempo ácido valpróico”.*

“precisa ser atendido o doente sim, mas a família também (...) o paciente não é só psíquico, ele é biopsicossocial, precisa ter um olhar e um atendimento amplo”.

“o diálogo é essencial”.

S7: *“‘ah não vou tomar remédio, vou ficar pintando dançando, mas também não de uma maneira muito farmacológica, ‘vamos chumbar o cara, dar um monte de remédio pra não encher o saco’, acho que a gente tá pra criar aí uma nova proposta, que quebre tudo isso”.*

“compromisso com a vida, acho que isso é uma tarefa muito forte da saúde”.

S8: *“eu criei um monstro que na verdade foi desmistificado com o tratamento”.*

S9: *“atendimentos pontuais, demanda espontânea, sobre benefícios assistenciais, INSS (...) faço a intermediação de crianças que precisam de creche e a mãe está doente”.*

S10: *“a classificação psiquiátrica perdeu um pouco a capacidade dinâmica, (...) a noção de mecanismos de defesa se perdeu”.*

8.3.7 Categoria 7: Representações sociais de CAPS

A seguir são apresentadas as marcas discursivas a respeito do CAPS. Em sua maioria elas remetem às falhas da instituição, o CAPS é percebido como desorganizado e confuso (Sujeitos 1 e 8), sem planejamento e divisão de tarefas (Sujeitos 1, 5, 8 e 9), além de problemas de gestão (Sujeitos 2 e 3).

O CAPS não possui recursos (Sujeito 2) e é considerado abandonado pela gestão pública (Sujeitos 2 e 6). Na percepção dos entrevistados o CAPS é inadequado e despreparado (Sujeito 6) e, por isso não produz resultados adequados (Sujeitos 2 e 3). Há conflitos internos (Sujeito 4 e 10) entre os profissionais. Os entrevistados apontam que o tratamento no CAPS produz como efeitos colaterais o estigma (Sujeito 1 e 7) e conduta manicomial (Sujeitos 6 e 7).

Numa perspectiva diferente o CAPS é apontado como único, autossuficiente (Sujeito 8) e que oferece um tratamento de alto nível (Sujeito 4).

S1: *“procurar outros espaços de inclusão para que esse paciente não fique só tendo o serviço de saúde como unido espaço de inclusão (...) tem o risco né, de a pessoa ficar presa dentro da identidade de doente”.*

“o tratamento que é fornecido aqui é um samba do crioulo doido”.

“Eu não consigo ver uma proposta terapêutica”.

“O serviço é meio que um Frankstein”.

S2: *“você não vê um lugar de saúde mental bonito”.*

“Nem como CAPS, eu acho que não (funciona)”.

“Falta muito, falta estrutura, falta funcionário, falta atividade, sabe?”.

“É uma questão de coordenação que não é atuante e por aí vai”.

S3: *“o CAPS não tem jeito”.*

“o maior problema é que aqui nunca teve gerente aqui”.

S4: *“é bem claro isso aí, o atendimento que a gente oferece para as pessoas que precisam, eu acho assim que é de nível elevado, porque a maior parte dos conflitos não está relacionada com isso”.*

S5: *“CAPS ali na teoria é muito bonito”.*

“se aqui tiver uma identidade, que não é mini-hospital, nem ambulatório, nem CAPS, se a gente tiver uma identidade eu acho que realmente fica mais fácil trabalhar”.

S6: *“quando houve a desinstitucionalização, a mudança do modelo hospitalocêntrico, não houve tempo para esse preparo, nem hoje os serviços se preparam adequadamente”.*

“porque eu sofri um acidente (...) por causa da má qualidade de estrutura física do prédio (...) eu fui lá fechar, insisti e de repente ela (janela) quebrou o meu dedo”.

“‘ah, leva esse doido pra lá, isso aqui é teu, não é meu’”.

“houve um enxugamento no investimento, os gestores a nível federal, estadual e municipal reduziram os investimentos em saúde mental”.

S7: *“foi o pior lugar (prédio do sanatório) que eles arrumaram para fazer um CAPS, porque a pessoa tem um estigma”.*

“dentro do CAPS é aquele (paciente) que está sofrimento significativo, enfrentando uma crise, em processo de recuperação e de inserção, na medida em que ele deu conta disso, ele devia ir para o mundo, porque a vida está lá fora”.

S8: *“E,... basicamente a gente faz de tudo”.*

“a gente não se baseou em nenhum outro CAPS para montar esse, foi o modelo próprio”.

“aqui foi um caso pontual e único”.

S9: *“não adianta eu criar um projeto sem saber primeiro identificar a demanda porque não tem sentido”.*

“as pessoas ficam infantilizadas ou pela doença ou pelo medicamento, não sei se pela instituição”.

S10: *“primeiro deixei o CAPS aqui funcionar sozinho (...) eu pensei que o pessoal pudesse aos poucos se auto gerir e se organizar, o que eu verifiquei não foi isso. Virou uma guerra durante certo período aqui, (...) Aí eu transferei a minha sede da secretaria para cá, aí que eu vim pra cá”.*

8.3.8 Categoria 8: Cotidiano de trabalho

Nesta categoria foram reunidas as formulações dos entrevistados sobre a experiência de trabalhar no CAPS. Ela é descrita como intensa afetivamente (Sujeitos 1, 2 e 7) e com excessiva carga de tarefas (Sujeito 10). Ter a doença mental como objeto de trabalho implica, necessariamente, em desafio (Sujeito 8 e 10), advindo da especificidade que é fazer um diagnóstico de transtorno mental ou ter de intervir nos aspectos emocionais dos pacientes (Sujeito 4).

Além disso, é preciso também aprender a lidar com as próprias emoções, quanto ao medo (Sujeito 4), às ofensas (Sujeito 9) que podem surgir no contato constante e integral (Sujeito 4) com os pacientes. O adoecimento devido ao trabalho é vivido como uma possibilidade real (Sujeito 3).

Para trabalhar no CAPS é preciso ter como ferramentas uma boa relação com o paciente (Sujeito 5); reuniões multidisciplinares (Sujeito 5); colegas de profissão (Sujeito 5); experiência de vida (Sujeito 9); tolerância (Sujeito 9), postura profissional (Sujeito 9); saber detectar crises (Sujeito 4) e tempo para escutar os pacientes (Sujeito 10). Quanto ao relacionamento com os pacientes, uma marca discursiva que merece destaque é a existência de assuntos velados que não se pode tratar com os pacientes (Sujeito 6).

S1: “experiências, do ponto de vista humano, extremamente significativas”.

S2: “é uma vivência muito intensa sabe?”.

S3: “**Sujeito 3:** os pacientes você fala assim? **Pesquisadora:** (risos) é, os pacientes.... A equipe também pode ficar doente, com certeza. **Sujeito 3:** É mais fácil detectar na equipe do que nos pacientes”.

S4: “eu tenho contato direto e presto serviço integral”.

“na saúde mental não tem de tratar uma ferida, uma coisa orgânica especificamente, tem de tratar a emoção mesmo”.

“se eu entendo o que pode ter de reação e tudo eu passo a não ter mais medo”.

S5: “trabalhar na Saúde Mental não é fácil”.

“eu e minha relação com o paciente, o fato de eu poder discutir o caso na reunião multidisciplinar e, principalmente por eu ter esse contato com meus colegas psicólogos”.

S6: “coisas que eu não podia perguntar para o paciente eu perguntava pro meu filho para eu tentar compreender algumas coisas”.

S7: “não é fácil ver um paciente em surto, pra ninguém, nem pra mim, mas você pode mediar”.

“(estar vinculado à) própria vocação, porque tem hora que dá vontade de sair andando e não olhar pra trás”.

S8: “porque é difícil em um único atendimento você falar ‘você precisa medicar, você não precisa medicar’, muitas vezes eles veem rotulados”.

S9: “uma grande vivência de vida, eu tenho um temperamento tolerante, eu sempre consigo e procuro agir profissionalmente”.

“a pessoa pode estar nervosa, ela pode me ofender tranquilo, aquilo pra mim eu sempre passo por cima, coloco o bem estar dos usuários acima de outros interesses”.

S10: “tempo para a pessoa ouvir a pessoa não pode ficar pressionada porque têm três, quatro, cinco tarefas para executar”.

“o sistema público de saúde, uma parte da minha preocupação é com a questão do desafio mesmo”.

8.3.9 Categoria 9: Representações sociais de profissionais de Saúde Mental

Os profissionais de Saúde Mental são representados de forma diversa, predominando a falta de formação profissional (Sujeitos 2) e a inadequação para o trabalho (Sujeitos 4, 6, 7, 8 e 10). Quanto à formação, destacam-se a necessidade de uma capacitação política e institucionalista (Sujeitos 7 e 9). As marcas discursivas apontaram o preconceito e o medo como sentimentos presentes no cotidiano de trabalho.

Entre os profissionais existem discordâncias quanto ao tratamento, apesar disso há o reconhecimento do esforço dos profissionais (Sujeitos 9) e a importância do trabalho em equipe (Sujeitos 8).

S1: *“a equipe médica funciona de uma forma, a equipe de psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais funciona de outra forma, a equipe de enfermeiros funciona de outra forma”.*

S2: *“investir na formação desse funcionário, porque falta muito!”.*

S3: *“já vi muito aqui, funcionário ‘este paciente é muito chato, esse paciente é arrogante’ e o paciente com delírio de grandeza”.*

“às vezes você vê o paciente começou a confrontar a equipe e por isso foi medicado, você ainda vê isso paciente”.

S4: *“tendo uma neutralidade e procurar atender dentro daquilo que eu posso fazer”.*

S5: *“eu acho que profissionais a gente tem, eu acho que é mais o funcionamento do local como um CAPS em si (que gera problemas)”*

S6: *“preconceito com o doente mental, até mesmo entre os profissionais que atendem, não nas unidades de saúde mental”.*

“os outros profissionais que estavam lá não tinha manejo com os pacientes psiquiátricos, sempre que chegava alguma demanda era eu que conversava”.

“nos profissionais que estão do lado de fora, eles sentem medo, inconscientemente, (...) eles temem a patologia”.

S7: *“já estava tendo alguns problemas importantes com alguns colegas da psiquiatria que não compartilho das opiniões deles acerca do tratamento”.*

“eu acho importante a gente também estar vinculado com a equipe”.

“nós temos uma geração que tem muita ferramenta técnica, e ainda certa necessidade dessa formação mais política das ciências humanas, das ciências sociais. Mas eu acho que tem que tem humildade”.

S8: *“não é todo mundo que trabalha aqui faz isso, mas eu tiro do paciente essa questão ‘ah não, você está bem é comigo, você não está bem não é comigo’”.*

S9: *“coloco o bem estar dos usuários acima de outros interesses, ou seja, da instituição que isso é uma regra na profissão”.*

“a equipe faz o que pode”.

S10: *“queixa do médico é que o trabalho dele foi mais objetivado do ponto de vista das questões assistenciais do que o do restante” (...) “os outros então parece que é uma matéria de discussão”.*

8.3.10 Categoria 10: Epistemologia e conhecimento científico

Nesta categoria estão reunidas as marcas discursivas em que os profissionais apresentam suas representações sobre os conhecimentos a respeito da doença mental. Os conhecimentos foram adquiridos por duas vias, a formação acadêmica (Sujeitos 2) e a prática cotidiana (Sujeitos 2, 7, 9). Os próprios profissionais atuam como formadores ao dividirem experiências uns com os outros.

S1: *“eu utilizo muito da psicanálise (...) eu tenho tido muito contato com as ideias do construcionismo social”.*

“a abordagem humanista, eu gosto muito de Rogers”.

“olhar pra doença mental de dentro da perceptiva psicobiológica, você pode olhar pra doença mental dentro da perspectiva psicodinâmica, você pode olhar dentro da perspectiva mais psicossocial”.

S2: *“é claro que na graduação você aprende (...) mas a vivência em si eu percebo que (silêncio) assim é muita carga”.*

S3: *“foi uma anóxia neonatal”.*

“tá com sintomas, com delírio”.

“esses bipolares na fase maníaca”.

S4: *“só que hoje com os estudos, com o contato, eu posso me recordar que naquela época ele já vinha dando sinais”.*

“aquilo pode estar vindo de um inconsciente, uma problemática”.

S5: *“tire um pouco dessa impressão de que a saúde mental é só para alunos específicos, para populações específicas”.*

“a emoção, o sentimento, a mente faz parte de qualquer ser humano então porque que a gente tem que separar isso para estudar ou pra trabalhar?”.

S6: *“pergunto com relação ao sono, apetite, pelos sinais vitais eu vejo que alguns estão taquicárdicos, hipertensos”.*

“encaminho para fazer tricotomia facial, tomar um banho, fazer uma higienização”.

S7: *“minha escola é o SUS”.*

“eu aprendi na raça e com a ajuda de muitos colegas”.

“O Roberto Tikanory fala...”.

“eu aprendi desde criança, no meio familiar e que depois o Pichón reforçou, teoricamente e conceitualmente, a proposta do vínculo”.

“também falta um pouco de humildade da nossa parte, sabe? É... ‘ah isso não é científico’, ‘ah a ciência não explicou isso’”.

S8: *“se é apenas um apoio, uma ventilação, se é um quadro de conflito familiar”.*

S9: *“as pessoas que têm mais experiência falam que o tratamento é assim mesmo, na saúde mental você tem que pegar pela mão o paciente”.*

S10: *“a noção de mecanismos de defesa está quase que perdida das classificações psiquiátricas”.*

“o teoria cognitivo comportamental (...) um dos teóricos fala como se fossem estratos da consciência”.

8.3.11 Categoria 11: Transcendência e espiritualidade

O imaterial é considerado pelos entrevistados na representação da doença mental. A crença, a religião e a espiritualidade são citados como pertences às suas vidas ou à realidade dos pacientes.

S1: *“eu nunca fui de religião. Sempre fui meio rebelde com religião”.*

S4: *“ideia de construir alguma coisa além da material”.*

S6: *“Além desses fatores, o endógeno e o exógeno, que eu te falei, e a predisposição genética, pela minha crença religiosa eu acredito que tem o fator obsessivo”.*

S7: *“As questões das crenças, não necessariamente religiosas. Mas que a gente tem muito preconceito, eu tinha muito preconceito, mas levar em consideração o campo simbólico, eu sinto que influencia demais”.*

“não vou discutir se é fato ou não, mas o paciente acredita!”.

“a sanidade ser um bem estar físico, psicológico, social e espiritual”.

S8: *“eu tendo aqueles pensamentos, eu tinha que rezar toda a noite (...) tinha medo que aquilo espiritualmente pudesse me prejudicar”.*

S9: *“é uma sensação que a cabeça está no vazio como se o espírito saísse do corpo, como se estivesse em duas dimensões, metafisicamente falando”.*

9 DISCUSSÃO

Os dados apontaram que o CAPS III apresenta-se em processo de delimitação de seus objetivos enquanto instituição. Forças produtivas e de resistência atuavam no estabelecimento de uma identidade institucional para o serviço. Em nível organizacional, o estabelecimento de uma identidade estruturada para o CAPS III foi tomado como premissa para a realização de um bom trabalho. A falta de organização gerava uma falha na divisão de tarefas afetando o trabalho em equipe e, consequentemente o tratamento.

Toda instituição tem seus objetivos específicos e sua própria organização. Os objetivos são tanto explícitos como implícitos, expressando, respectivamente, conteúdos manifestos e latentes (Bleger, 1984). Enquanto instituição de Saúde Mental, o CAPS III tem por objetivo oferecer acompanhamento clínico e reinserção social dos pacientes. No entanto, dada à falta de recursos materiais e humanos para atingir esses fins, e a desatenção do Estado, percebe-se que sua função não se mantém muito diferenciada daquela do manicômio: isolar os doentes mentais da sociedade, protegendo esta daqueles.

No grupo, a identidade abrange dois níveis; o primeiro é aquele estipulado por se executar um trabalho em comum, o qual instaura regras de interação e comportamento gradualmente institucionalizadas pelo grupo. Essa identidade é construída pela integração e interação dos indivíduos. O outro nível, chamado identidade grupal sincrética se apoia em uma socialização sem limites definidos, em que os indivíduos não dispõem de uma identidade enquanto tal, mas tão somente quando filiados ao grupo (Bleger, 1991).

Os indivíduos simbióticos ou dependentes irão resistir ao processo grupal, interpretando as mudanças como ataque ao ego (ansiedade paranóide) e medo da perda do objeto (ansiedade depressiva) (Pichon-Rivière, 2005). No CAPS III, o nível de identidade grupal sincrética pode ser ilustrado pelo episódio em que dois profissionais de nível médio tiveram um conflito de ordem pessoal, devido a ligações telefônicas amorosas indesejadas por uma das partes, tendo esse assunto sido discutido como tema de reunião de equipe. O grau de sincretismo foi observado através da incapacidade de tratar desse assunto no âmbito privado e externo à instituição, ao invés disso todos os profissionais foram envolvidos na questão.

Aqueles profissionais que mantinham relação sincrética com a instituição se mostraram resistentes às mudanças em andamento. A transformação dos objetivos e reconfiguração da função da instituição representava uma ameaça ao ego dos sujeitos, os

quais se mantinham relutantes quanto à necessidade de mudanças e possíveis melhorias futuras.

A função da instituição exprime sua capacidade de reprodução de si mesma, reiterando e perpetuando o instituído, ou seja, o produto da transformação anterior, mas que se tornou estático e resistente. Simultaneamente a instituição está sob a influência de forças instituintes, que atuando em seu funcionamento produzem transformações nos códigos institucionais. Por consequência, o funcionamento é instituinte, tendendo à utopia e sua função é conservadora, natural (Barembly, 1996).

Quando o Núcleo de Saúde Mental foi fechado, o CAPS III necessitou se ajustar para poder acolher os pacientes. Mudanças nesse nível inseriram o CAPS III numa rede maior de instituições, de modo que o fluxo e a rotina de tratamento foram alterados. Desse modo, os profissionais foram expostos à condição de ser mais uma instituição entre outras a se adequar à realidade do serviço público, abalando suas fantasias construídas no momento da sua inauguração de ser um caso único, sinônimos de pioneirismo e autossuficiência.

A função do CAPS III, até então estabelecida, de atendimento de urgência e emergência psíquica, produto de um atravessamento de outras instituições de saúde impossibilitadas de acolher esses pacientes, esgotou os recursos institucionais materiais e humanos já limitados. Incapaz de sustentar essa função o CAPS III entrou em processo de transformação para se sustentar enquanto instituição.

Nesse processo, a falta de definição da função institucional se confundia com a maneira de trabalhar do coordenador, cuja tendência era atender todos os casos que surgiam no CAPS III. Reconhecida como um defeito pessoal por ele, tal questão se estendia à instituição, que passa a não saber qual seu público-alvo, fusionando-se com a identidade do coordenador.

Assumir todas as funções estendendo isso para a instituição aponta uma negação de sua condição limitada enquanto ser humano. Com isso, condutas megalomânicas surgiam como tentativas de solucionar problemas, como no caso da criação de uma página no Facebook para tentar salvar o Núcleo. Demonstrando estar desconectado com o princípio da realidade, tal solução pautou-se na negação, se aproximando de uma forma delirante em lidar com a realidade.

Os profissionais consideraram a solução proposta inaplicável, tratando com ironia o assunto: *“vamos criar uma página no facebook para salvar o mundo”*. Episódios como esses ilustram a falência da autoridade da coordenação, considerada ilegítima e inadequada. A

ausência de uma figura de autoridade legitimada pelos profissionais mostrou-se um analisador para as relações de poder na instituição.

Na medida em que a instituição se funda sobre organizadores inconscientes que garantem para os sujeitos e para seus vínculos os investimentos, as satisfações do desejo e as defesas de que tem necessidade, qualquer mudança produz tensão nesse pacto fundamentado em zonas obscuras de silêncio radical das diferenças (Käes, 1991). O abalo na função instituída colocou o CAPS III em um clima de exacerbação das diferenças gerando cisão grupal, que por sua vez atuou contaminando os processos comunicacionais.

Para que a instituição possa funcionar, ela deve atuar como defesa contra as ansiedades psicóticas (E. Jaquez, 1955 citado por Bleger, 1984) ou ainda como defesa contra as pulsões, a palavra livre e o pensamento (Enriquez, 1991). Desse modo, não é extraordinário que se encontre na instituição relações de clivagem e hostilidade. A necessidade de criar pactos com os profissionais e com a coordenação durante a observação foi uma amostra do grau de cisão do grupo.

Os pedidos de afastamento dos profissionais foram compreendidos como um indicativo de que a instituição não estava sendo capaz de conter as ansiedades e angústias de seus membros. Os indivíduos estavam expostos a uma estrutura insuportável de trocas afetivas e desorganização, que culminava na necessidade de se afastar para não enlouquecer. Tendo em vista que a equipe de profissionais foi descrita como despreparada, a capacidade de lidar com essa trama insuportável era consideravelmente pequena, sendo preciso repensar todo o funcionamento da instituição.

A demanda por uma identidade institucional, percebida durante as reuniões de equipe, demonstrou o empobrecimento do espaço político no CAPS III. Essa redução tem como aspectos geradores a centralização do poder, o silêncio e a culpabilidade (Pereira, 2007). Diante dos conflitos, os profissionais não utilizavam a palavra para realizar os confrontos necessários. Por conseguinte, as demandas individuais não eram percebidas como parte da rede de problemas institucionais. Acredita-se que caso conseguissem assumir essa perspectiva, teria sido possível tratar coletivamente as queixas individuais e aperfeiçoar os recursos do grupo para lidar com seus membros disfuncionais.

As representações da esfera pública como corrupta e regida pelo privado condiciona as ações políticas dos indivíduos expressas pela apatia, desinteresse e o “deixa disso” (Jovchelovitch, 2000). Durante as reuniões de equipe era perceptível nos olhos e na gesticulação a vontade dos profissionais de se manifestarem, porém não o faziam por julgarem não valer a pena o desgaste.

Quando instituições são erguidas em torno de uma figura autoritária estruturam-se fusões entre seus componentes, não havendo espaço para qualquer movimento de consciência crítica e alteridade. O triunfo do modelo paternalista implica na perda do espaço político trazendo adoecimento para as instituições. É preciso que ela busque o engajamento político de todos os membros na execução da tarefa para tornar os sujeitos mais autônomos (Baremblyt, 1996).

A busca por um Pai para o CAPS III pode trazer o risco dos profissionais depositarem no futuro líder toda a onipotência possível, como modo de sanar suas impotências reais. A unilateralidade de normas pode sacrificar, em nome de uma identidade narcisista, a própria razão de ser da instituição: comunitária, ou seja, formada por pessoas com seus desejos (Pereira, 2007).

A condição esquizofrênica da gestão atuou como um fator confusional no processo de engajamento dos sujeitos na execução da tarefa da instituição. A falta de divisão de papéis expunha a ausência de um enquadre para a realização da tarefa, aumentando os conflitos. Na ausência de uma figura legítima de autoridade o grupo vivenciou uma angústia paralisante quanto ao acionamento de recursos pessoais e grupais. Nisso, perdeu-se a conexão entre profissionais e projeto político terapêutico da instituição.

Na falta de um eixo organizador para aplacar as ansiedades paranóides e depressivas (Pichon-Rivière, 2005) o grupo se perdeu na realização de sua tarefa entre fofocas e conflitos. Com isso pequenos conflitos interpessoais eram tomados como prioridade frente a outros de maior relevância: *“aqui no CAPS uma coisinha de nada vira um monstro, uma confusão”* (diário de campo). Outra fonte de conflitos era a percepção dos sujeitos sobre a intromissão de outros profissionais na execução de tarefas, demonstrando uma divisão de tarefas confusa, refletida no descrédito à conduta terapêutica do colega.

O cotidiano institucional do CAPS III apontou que o desejo individual estava desvinculado do esforço coletivo de organizar a vida social da instituição, ficando a serviço da satisfação narcísica, cujo resultado é a antiprodução e o aumento das iniquidades (Pereira, 2007).

A proliferação de problemas é outra forma de conflito intragrupal, o grupo caiu numa desorientação generalizada em relação à sua tarefa profissional. Para Bleger (1984), todos os fenômenos na equipe devem ser analisados em dois níveis de interação, no da equipe em função da tarefa e, no da tarefa que se realiza.

Pude perceber que, por vezes, os profissionais concordavam num determinado assunto, porém não o percebiam, dado o nível de polarização de opiniões, em que mal

entendidos e rancor se misturavam. Ao mínimo rastro de dissonâncias, estas eram tomadas como discordâncias inegociáveis, de modo que não conseguiam se aperceber da concordância e a coesão quando estas existiam. Isso aponta para processos comunicacionais difusos, informações incompletas e sujeitos deslegitimados em sua fala.

A ausência de um referencial grupal comum tornou a comunicação comprometida e as práticas desconexas. Desse modo, a tarefa do grupo seria a de construir um esquema referencial comum para que as mensagens pudessem ser decodificadas pelo emissor e o receptor (Pichon-Rivière, 2005). Com isso se evitaria os mal entendidos e não-ditos, diminuindo os recursos cognitivos e afetivos gastos com os conflitos, reorientando-os para a produtividade. A tendência seria a de construir uma rede de comunicação efetiva entre os profissionais dos três turnos de trabalho diferenciando-se da comunicação nos hospitais psiquiátricos, praticamente inexistente (Moffatt, 1981).

No entremeio dessas relações a representação de doença mental é construída pelos profissionais, cujo ofício é cuidar de pacientes adoecidos psiquicamente. A loucura torna-se uma realidade concreta da qual eles são constantemente pressionados a pensar sobre e a representá-la (Alvez-Mazzotti, 2008).

Ao se definir o par sujeito-objeto investigado é preciso primeiramente ter em vista que a representação que os liga é um saber efetivamente praticado, detectado em comportamentos e comunicações que de fato ocorrem sistematicamente. Tendo em vista que as condições que afetam a emergência ou não da representação social são a dispersão da informação, a focalização e a pressão à inferência (Moscovici, 1978).

As representações sociais dos profissionais de saúde mental sobre a doença mental foi construída ao longo da história de vida deles a partir das relações com seus pares. A significação da diferença foi utilizada como meio de captar, em um sentido amplo, as representações sobre a diversidade da existência humana, introduzindo o diálogo posterior sobre a doença mental.

As diferenças entre as pessoas foram mais relevantes, enquanto objeto de representação, quando elas expunham deficiências, seja físicas ou intelectuais, tendo em vista que o déficit físico ou intelectual se destacou frente às outras diferenças individuais percebidas, como a cor da pele e a orientação sexual. As experiências com as pessoas e situações diversas não foram indiferentes aos sujeitos, pois ainda que lhes despertassem sentimentos ambíguos, eles mantiveram uma postura de curiosidade investigativa.

Os sentimentos despertados pelas experiências foram equilibrados quanto à positividade e negatividade, sendo que os negativos foram detectados quando o contato se deu

primeiramente na família nuclear. Os sentimentos foram mais evidentes quando a experiência foi marcante, passando então a ser um ponto de ancoragem para a atividade profissional. Como no caso da Sujeito9 que procurava tratar os pacientes como sujeitos autônomos de modo semelhante ao que seu pai tratava seu irmão com déficit intelectual.

O contato com a diferença foi modelado pela cultura familiar, a qual incentivava ou defendia seus membros das relações com o mundo externo. O grupo familiar foi a primeira fonte de informações para a categorização dos indivíduos diferentes. Quando a infância foi protegida, esse contato foi escasso, sendo percebido somente na idade adulta através do trabalho.

O trabalho de elaboração da diferença orientado para o interior do grupo se dá em termos de proteção e para o exterior em termos de tipificação estereotipada. Tem-se que a alteridade está circunscrita no vínculo social da relação entre um ‘ego’ e um ‘alter’, se elaborando no seio de uma relação social e em torno de uma diferença. (Jodelet, 1998). O “outrem” (próximo) supõe uma proximidade social em contraste com o “outro” (alter) que implica numa diferença ou distância social. A passagem do outro próximo para o outro alter, ou da diferença para a alteridade implica no papel do social. Através da pertença ao grupo, palco dos processos simbólicos e práticos, a diferença é significada como alteridade (Jodelet, 1998).

A aproximação ao “outrem” representa um risco para a identificação com o grupo de pertença (*“medo de conversar com ele pelo que as pessoas iam pensar ao meu respeito”* Sujeito1), mas que, no entanto pôde ser reelaborado ao longo da vida através da manutenção do contato com a diferença e, posteriormente com a loucura.

Já a doença mental representa uma diferença radical, compreendida como tudo o que a sociedade reconhece como o “outro”, sendo uma diferença de difícil apreensão. Devido a isso lhe é reservado o lugar social da exclusão (Silveira & Braga, 2005). A radicalidade do contanto com a loucura se expressa na intensidade afetiva que é conviver com as diversidades da doença mental.

A princípio, o contato inicial com a doença mental não foi descrito através de experiências dentro da família. Primeiro, foram lembradas as pessoas da rua e as experiências acadêmicas. Posteriormente, eles se ‘lembravam’ dos familiares que, durante suas infâncias, lhe eram esquisitos. Percebe-se que mesmo convivendo com a loucura é difícil falar sobre ela enquanto experiência pessoal. É mais fácil falar da loucura do outro do que a loucura em primeira pessoa (Frayze-Pereira, 1984). A negação da loucura no seu seio familiar se apresenta como uma forma de negar a loucura em si mesmo.

Já o relato de eventos pessoais relacionados à doença mental apresenta-se como uma forma de significá-la ao ancorar na própria história de vida (Dixit, 2005). Episódios pessoais são fontes diferenciadas de explicação causal, além de fornecer elementos fortalecedores de uma postura empática com o paciente.

Por outro lado, quando no processo de coleta de dados torna-se comum que o sujeito narre sua própria história, é possível que o profissional esteja em situação de adoecimento, podendo influenciar suas atitudes com os pacientes (Machado & Pereira, 2013). As experiências pessoais dos profissionais atuam como atravessadores produtivos ou impeditivos de uma boa prática. No CAPS III, alguns narraram abertamente suas histórias e outros se detiveram estritamente a fatos superficiais.

Percebe-se que o contato com a doença mental foi permeado de mitos, estigma e percepções moralistas e religiosas herdadas da cultura familiar. Ainda que o grupo de pertença tenha fornecido algumas explicações sobre a doença mental, as representações dos entrevistados apontaram a manutenção de um desconhecido, algo ainda carente de compreensão.

A atividade representativa é um processo continuado de assimilação da realidade social pelo indivíduo em que novas informações são ancoradas no universo preexistente (Jodelet, 2001). Os relatos indicaram a presença de conceitos ancorados em experiências anteriores que, transformadas por novas percepções do objeto estruturaram as representações sociais de doença mental dos profissionais.

As experiências e os sentimentos despertados através do contato com a doença mental tiveram por cerne a ambivalência. A loucura era romantizada através da significação dos doentes mentais como figuras místicas, os loucos eram personagens caricaturais de um mundo proibido e fascinante, despertando sentimentos ambivalentes de medo e desejo. A representação dos loucos como personagens caricaturais demonstra a despersonalização da pessoa louca (Foucault, 2012).

Posteriormente, através da formação acadêmica, novas informações foram adquiridas sobre a doença mental, tornando as informações qualificadas em termos técnico-científicos, como era de se esperar. Todavia poucas transformações ocorreram quanto à romantização da doença mental. Com isso manteve-se o desejo de aproximar da temática para compreendê-la. Somente o contato próximo e constante propiciado pelo trabalho transformou essa visão idealizada. Novas informações foram incorporadas, como o sofrimento, a exclusão e a identificação com o papel social de doente. Através do relacionamento constante com os

pacientes, os entrevistados realizaram um processo de humanização do louco, tornando a doença mental uma condição expressa na história de vida dos pacientes.

Os profissionais compreendem que trabalhar na Saúde Mental e, conseqüentemente no CAPS III, implica em uma escolha, um desejo mais conectado com a vocação, características de personalidade e experiências de vida. A empatia, o vínculo, o poder de intervir e o primeiro contato com a doença mental foram fatores determinantes na escolha pela Saúde Mental.

Atuar nesse campo da saúde deve ser por escolha porque implica trabalhar com o que é rejeitado pela sociedade, além de serem situações críticas que exigem muitas habilidades do profissional. Por estas características é um campo em que a maioria dos profissionais não quer atuar. As histórias de vida dos entrevistados demonstraram que o contato com a doença mental ou com a diferença foi um fator preponderante na escolha profissional.

Compreender o porquê de se assumir determinada identidade ocupacional leva, necessariamente, a uma compressão da personalidade, uma vez que a identidade ocupacional é o produto da identidade vocacional do indivíduo. A vocação é uma resposta do ego aos objetos internos que pedem reparação. A escolha da ocupação seria a depositária exterior de um objeto interno que pede para ser reparado, sendo que o vínculo com a carreira estará determinado pela reparação implícita na relação com o objeto interno danificado (Bohoslavsky, 1998).

No processo de escolha deixam-se objetos e formas de ser e por isso escolher uma carreira implica em elaborar lutos do que não se foi. Como relatado pelo Sujeito10: *“gostava de muita coisa, de muitas áreas distintas e ao fazer a opção eu sentia que eu estava perdendo alguma coisa”*. Dentre os principais, o luto pela escolha secundária, pelo paraíso perdido na infância, pela imagem ideal dos pais e pelas fantasias onipotentes (Bohoslavsky, 1998). Então, tem-se que o exercício do trabalho junto à loucura configurou-se como um meio de reparação de um objeto internalizado inadequadamente. Como a tentativa de entender o pai, de dominar o inconsciente, de oficializar o ofício de enfermeiro já realizado, de explorar um mundo negado na infância, de entender o pensamento ou de compensar o sofrimento da mãe.

As representações das causas da doença mental são definidas pelos entrevistados em termos da falta ou abundância de algo na vida do paciente. Como, a falta de religião, caráter, controle emocional e saúde orgânica. As atribuições causais relativas à falta foram citadas pelos entrevistados como pertencentes às suas infâncias. Através de contatos com a doença mental foram incorporadas as atribuições relativas à abundância, como excesso de sofrimento, dificuldades financeiras e sociais, angústia, frustração, fatores hereditários e orgânicos, dentre outros.

A doença mental também pode ser compreendida como resultante de uma causa biológica ou psicológica. Déficits cognitivos, disfunção cerebral devido a acidentes, má formação cerebral estariam incluídos na primeira categoria. Comportamento anormal, frustração, falta de autocontrole, agressividade, ansiedade, violência e abuso de substâncias psicoativas seriam manifestações da causalidade psicológica da doença mental (Dixit, 2005).

A representação da causalidade de doença mental abarca os fatores ambientais, genéticos, psicológicos e sociais. A explicação mais legitimada, entre os entrevistados, foi a de que os indivíduos possuem uma carga genética propensa ao desenvolvimento da doença mental, porém esse se dá somente se o indivíduo vivenciar uma situação crítica que atue como uma ruptura, a qual a personalidade não foi capaz de elaborar, desencadeando o adoecimento mental. Essa representação da doença mental expressa a causalidade interacionista biopsicossocial, por combinar eventos individuais e situacionais na explicação do comportamento humano.

Atendendo a diferentes modos de representar o fenômeno, as representações dos profissionais apontaram a coexistência de significações organicistas e psicossociais como causas principais da doença mental, as quais, a princípio poderiam ser consideradas como contraditórias se insistíssemos na unicausalidade. No entanto, os sujeitos da pesquisa, ainda que enfoquem uma perspectiva explicativa em detrimento de outra, são uníssonos em afirmar a policausalidade e a complexidade da doença mental.

Com a incorporação de conhecimentos técnico-científicos, agregaram-se as causalidades genéticas e da estrutura da personalidade, expressos na noção de hereditariedade, frustração e angústia. Nas representações das causas das doenças mentais e, conseqüentemente, das melhores formas de tratamento reside a diferença das representações leigas para as representações dos profissionais (Jorm, 2000). Percebe-se que as representações mais atuais transformaram-se pela incorporação de novos conhecimentos.

As representações sociais de doença mental refletem um conjunto de crenças e valores que exprimem a cultura dos profissionais enquanto grupo, de modo que eles possam ser identificados enquanto profissionais de Saúde Mental, conforme observou um entrevistado: *“ele ficou com essa papelada estudando, estudando até que ele saiu falando, parecia até gente na saúde mental, com os termos e tudo direitinho”*.

A Teoria das Representações Sociais contribui para a compreensão das significações dos profissionais ao considerar que não há antagonismo entre a constatação dos dados empíricos observáveis e a aceitação da realidade como sendo simbolicamente construída pelos indivíduos (Nascimento-Shulze & Camargo, 2000).

A existência de concepções do paradigma psiquiátrico e o psicossocial convivendo na mesma representação aponta para a transformação/criação de um novo paradigma para a doença mental, em que convivem aspectos dos paradigmas anteriores (Santos, 1999). Conforme observado pela Sujeito7: *“acho que a gente tá pra criar aí uma nova proposta neh, que quebre tudo isso”*.

Na representação da doença mental observou-se uma análise individual do comportamento humano em detrimento da análise contextual e situacional (Martins, 2013), sendo esta ainda uma das dificuldades para se articular uma prática psicossocial, de fato, a compreensão da doença mental é feita através da via individual, citando-se o ambiente geralmente como um disparador e não como estruturante.

Em uma perspectiva individual, a doença mental foi representada como uma vivência negativa e prejudicial ao sujeito, causando prejuízos sérios e irreversíveis na sua capacidade mental e habilidades sociais. Representa algo inesperado e difícil, que exige adaptação e ajuda. Foi significada como um fenômeno que tem um protagonista e, ao mesmo tempo, uma vivência social.

As representações de doença mental abarcaram as manifestações sociais e as implicações na vida do paciente. Socialmente, a doença mental é percebida pela sua faceta de exposição e intensidade de conteúdos recalcados e, por isso rejeitada. No âmbito individual representa uma ruptura na vida do indivíduo, causando sofrimento e estagnação.

As representações sociais de doença mental apresentam uma unidade quanto aos aspectos da cronicidade, imprevisibilidade, violência e alteridade. As diversidades nas representações surgem da percepção de um contínuo entre normalidade e loucura. Porém, qualquer condição nomeada de doença mental está associada aos aspectos citados anteriormente (Foster, 2001). A transformação do paradigma psiquiátrico clássico para a perspectiva psicossocial promoveu a inclusão de outros aspectos na representação da doença mental. Porém, não implicaram na transformação da percepção da doença mental como algo imprevisível, permanente, violento e estranho.

É próprio de a doença interromper o curso de algo e ser uma experiência crítica. Sempre há um “passado” do qual o paciente guarda certa nostalgia, fazendo com que a pessoa não seja doente em relação aos outros somente, mas também em relação a si mesma (Canguilhem, 2009). O marasmo e a repetição de atividades e discursos aparecem como um enunciador desse adoecimento de si mesmo, o qual se concretiza nas dificuldades em traçar um projeto de vida objetivando a inserção social. O aprisionamento aos aspectos do passado

toma não somente os pacientes, mas também os profissionais que se veem enveredados nesse imobilismo.

Por outro lado, a saúde mental é representada pelos profissionais de saúde em função do equilíbrio psicossocial do indivíduo, ou seja, em função da flexibilidade, adaptação e funcionalidade e do bem-estar biopsicossocial (Martins, 2013). Profissionais de saúde franceses e ingleses associam a experiência da doença mental à aflição, medo e perda do controle (Morant, 1995).

Em geral, a normalidade é analisada na capacidade em demonstrar-se funcional no trabalho, nos estudos e na convivência com a família, controlando as emoções e aceitando os limites que a vida impõe (Leite, 2012). Nesse sentido todos estamos sujeitos à loucura, na medida em que estamos sujeitos a comportamentos e vivências disfuncionais.

A doença mental é compreendida como um problema, uma dificuldade da qual as pessoas não querem se inteirar para não terem responsabilidades. Conviver com a doença mental é uma tarefa árdua, as pessoas não querem se aproximar porque implica em mobilizar sentimentos, medo e dificuldades. Desse modo, o mais difícil não é quem vive a doença mental falar sobre ela, mas as outras pessoas desejarem ouvir, pois ninguém quer ouvir problemas.

As marcas discursivas apontaram que mesmo a convivência com a doença mental sendo constante ainda assim se observa a manutenção da percepção do “estranho”. Como exemplo tem-se a cidade pequena onde a convivência é próxima com doentes mentais, no entanto, ainda assim a população mantém distância do que está fora da normalidade.

O tratamento para a doença mental tem como principais técnicas os procedimentos médicos e o relacionamento com o paciente. O diálogo e a escuta são práticas fundamentais para o trabalho na Saúde Mental. As representações do tratamento pelos entrevistados remetem às falhas na tarefa de tratar dos pacientes e às idealizações quanto ao tratamento ideal.

Nas representações sociais de doença mental dos profissionais a ideologia atua na construção das percepções sobre a melhor forma de tratamento. No plano prático observam-se falhas na tarefa. Teoricamente o tratamento deveria ser feito na comunidade, porém na prática ele é individualizado, pois está legitimado nos conhecimentos científicos obtidos da clínica individual. As significações do tratamento de doença mental se mostraram utópicas, pois o CAPS III revelou-se um local marcado pela escassez de recursos para executar o tratamento idealizado pelos profissionais.

Quanto às práticas, ele se compara ao manicômio, pois apesar das transformações paradigmáticas do tratamento da doença mental não houve mudanças nas práticas. A reprodução das bases teóricas e práticas do modelo psiquiátrico tradicional nos serviços substitutivos, como os CAPS III, representa um risco para a transformação do modelo de atenção primária e preventiva (Leão & Barros, 2008). O paradigma psicossocial da Antipsiquiatria alimenta o discurso dos profissionais de saúde, mas ainda se apresenta como um desafio para estes na prática. Ainda se observa empirismo, falta de inovação e manutenção de enfoque individual.

O melhor tratamento seria aquele que oferecesse oportunidades de relacionamento social, autonomia e fortalecimento egóico, construindo elementos produtores de ressignificações das experiências traumáticas. Também deveria promover a reinserção social, impulsionando a autonomia dos pacientes e diminuindo o tempo de permanência no CAPS III.

A reforma psiquiátrica aparenta funcionar como um sistema ideológico, fonte de ancoragem das práticas ideais, fornecendo referências e normas de condutas para os profissionais de saúde. No entanto, ela demonstra ser uma proposta utópica frente à realidade da falta de recursos na Saúde Mental.

No CAPS III e, em qualquer instituição de saúde, o diagnóstico permeia a relação com o paciente. O diagnóstico psiquiátrico fornece uma segurança mediante o desconhecido que é a loucura. Ainda que considerado redutor das singularidades individuais, ele ampara os profissionais, sendo ele uma das bases da representação da loucura, através das etiologias fisiológicas e genéticas.

No entanto, o uso dos termos psiquiátricos não pode ser tomado como um indicativo de que as representações são médicas, mas que o modelo psiquiátrico fornece um ponto de ancoragem dominante quanto às práticas e modelos teóricos causais de doença mental (Morant, 1995). No CAPS III isto era perceptível através da atribuição ao médico da indicação ao tratamento, *“se o médico julgasse que precisaria ficar a gente poderia ter contato de cuidados”*.

Uma das consequências do profissional representar a doença mental numa perspectiva médica é a de que ele acabe por delegar ao médico a responsabilidade pelo tratamento (Machado & Pereira, 2013). Situação semelhante ocorreu no CAPS III, revelando uma representação da doença mental como campo de atuação prioritário da medicina. O tratamento psicoterapêutico auxiliaria os pacientes a desmistificar crenças que os faz sofrer, sendo este campo de atuação dos demais profissionais.

Apesar da dominância histórica, as representações médicas da doença mental não são consenso entre os profissionais, especialmente após os questionamentos quanto às formas adequadas de tratamento (Morant, 1995). Outro entendimento surge nos discursos dos profissionais, enunciando a doença mental como uma dificuldade em lidar com aspectos da vida pessoal e social. Desse modo, os sintomas perdem a centralidade da representação dando espaço à habilidade pessoal em viver uma vida satisfatória.

As instituições de saúde têm a peculiaridade de agregar diversas culturas profissionais. No mesmo ambiente de trabalho atuam grupos de pessoas de profissões distintas e com objetivos diferentes, sendo que o grupo médico, geralmente, tem mais prestígio e peso do que os demais, mesmo que não detenha a responsabilidade formal por toda a instituição. Ao médico é conferida a detenção do conhecimento necessário para o atendimento do paciente (Santos, 2007). Isto, em parte, explica por que no CAPS III, o médico era quem indicava a modalidade de atendimento do paciente.

Para atender satisfatoriamente à demanda dos transtornos psiquiátricos prioritários definidos pela Organização Mundial de Saúde, os países de baixa e média renda necessitam aumentar sua força de trabalho em cerca de 239 000 profissionais em tempo integral. Os transtornos prioritários são: depressão, esquizofrenia, outras psicoses, suicídio, epilepsia, demência, transtornos relativos ao abuso de álcool e drogas ilícitas e transtornos psiquiátricos infantis.

A escassez de profissionais é subestimada pelos governantes (Bruckner et. al., 2011). Com isso pode-se constatar que o contexto estudado apresenta dificuldades equivalentes às de países pobres quanto à escassez de recursos humanos para atender à população. Conforme apontou o Sujeito10: *“um CAPS II consegue comportar, seguindo a portaria 336/2001, no máximo cerca de 300 a 350 pacientes. Só com o transtorno bipolar e com a esquizofrenia, se fosse para atender 10% deles, eu já loto o CAPS. Onde eu vou atender o resto?”*.

Os CAPS apresentam dificuldades com a reabilitação psicossocial dos pacientes por centralizarem suas ações em atendimentos clínicos e laboratoriais, em detrimento de práticas de reinserção social (Leão & Barros, 2008). Assim, mais uma vez observam-se resquícios do aparato manicomial nas práticas devido às limitações na reinserção social do paciente.

O trabalho se torna uma via crucial para a reinserção social do paciente, pois implica em um sentido de utilidade e aumento do poder de consumo. No entanto, o ambiente de trabalho que recebe de volta uma pessoa que passou por acompanhamento para enfermidade mental, em geral, a trata com medo ou com excesso de compaixão (Jorge & Bezerra, 2004). Tendo o indivíduo iniciado um tratamento para doença mental, a percepção que se tem dele

no ambiente de trabalho passa a sofrer influências do estereótipo do ‘louco do hospício’, representando uma generalização de difícil transformação. A dificuldade de reinserção social pelo trabalho, por sua vez, dificulta a reabilitação do paciente.

De acordo com Jorge, Ramirez, Lopes, Queiroz, & Bastos (2008), para superar o preconceito, cabe às instituições de saúde mental a tarefa de transformar a visão socialmente compartilhada do transtorno mental. Em consonância, Pereira (2003) afirma que para que haja mudança na assistência psiquiátrica é fundamental transformar as representações sociais de doença, saúde, tratamento e inserção social.

Considerando-se que são as representações sociais que instrumentam a ação cotidiana, seria plausível propor transformações nessas representações. Porém, deve-se considerar também que as mesmas são construídas coletivamente e, não impostas ou ensinadas por uma parcela da sociedade a outra, sendo difícil esperar que os serviços de saúde mental tenham governabilidade sobre as representações construídas a respeito da loucura/doença mental na sociedade como um todo. No entanto, pode-se hipotetizar que nestes locais circulem representações diferenciadas, dado o fato de que os profissionais de saúde mental possuem conhecimentos do universo científico.

A percepção do CAPS em si como lugar de inclusão social isolado ancora-se no paradigma manicomial, uma vez que mantém o doente mental imerso nesta estrutura em detrimento do convívio social, correndo-se o risco de “manicomialização” dos serviços substitutivos (Leão & Barros, 2008). Percebe-se assim a ancoragem na representação do hospital psiquiátrico como único local efetivo de tratamento para a doença mental.

O desejo de tutela está presente nas práticas porque subjaz na representação do doente mental a crença na impossibilidade da autonomia (Machado & Pereira, 2013). No entanto, vale ressaltar que: “todas as instituições tendem a reter e formalizar em seus membros uma estereotipia espontânea e facilmente contagiosa” (Bleger, 1984, p.57).

Assumir uma postura contrária exigiria tomar consciência dos conflitos institucionais envolvidos na segregação dos doentes mentais. Como as instituições servem de projeção ou depósito das personalidades sincréticas, mobilizar conflitos institucionais implicaria em mobilizar as ansiedades psicóticas nela condensadas e controladas. Para “participar de determinada atividade com o espírito esperado é necessário aceitar que se é um determinado tipo de pessoa que vive num tipo determinado de mundo” (Goffman, 2001). Estariam os profissionais, nessa apatia institucional, se negando a fazer parte de uma instituição em que não acreditam? Como fazer parte implicaria em admitir sua parcela de envolvimento na des-

organização institucional, tem-se aí a expressão da falta de investimento libidinal no ofício realizado.

As representações dos profissionais de CAPS III apontaram para a convivência com a impotência e a falta. Por ser um serviço público, dependente de financiamento municipal e federal e legislado pelo Estado, aspectos práticos do cotidiano, como: materiais de trabalho e quantidade de funcionários dependem de fatores externos. Alguns profissionais se valiam disso para justificar falhas e outros apontavam isso como uma denúncia para o descaso a que a Saúde Mental estava sujeita.

A lacuna existente entre o dito e o feito na esfera pública produz um desencantamento com o bem comum e com o trabalho terapêutico, emergindo percepções fatalistas e a alienação sobre as perspectivas futuras (Jovchelovitch, 2000).

A falta de recursos de inserção social mantém os pacientes atrelados à instituição de saúde e ao papel social de doentes crônicos. Pacientes que não possuem uma rede de apoio social ou, por algum motivo, incapacidades de exercer sua autonomia mantêm-se enquadrados no papel de doentes para gozarem de cuidados do Estado. Como exemplo, cito uma paciente de 18 anos, com déficit cognitivo, não possuía mãe viva e o pai era desconhecido. Durante a infância morou em abrigos e atualmente não tinha lugar para dormir. Ela recebia auxílio financeiro, mas insuficiente para manter uma casa, então dormia em pensões. Mas nem sempre todas as pensões a aceitavam, de modo que ela ficou cerca de 50 dias no CAPS III, apesar de não estar em crise psíquica, mas sim social.

O exercício da função clínica no contexto público é significado pelos profissionais como um fator limitador da autonomia e liberdade, mas, também, como um espaço de aprendizagem e formação. No primeiro item destacam-se os constrangimentos que as instituições impõem à qualidade dos serviços prestados e desenvolvidos, como excesso de pacientes e falta de recursos. O contexto institucional, a partir da experiência adquirida com os pares e seus modelos teórico-práticos, acaba por fornecer ferramentas de aprendizagem e formação da prática clínica de cada um dos profissionais e do próprio contexto institucional (Martins, 2013).

As instituições não são estruturas organizacionais tão somente, mas práticas construídas social e historicamente. Desse modo, portam a dimensão dos valores e das tradições, que na ação cotidiana são naturalizados, universalizados e tomados como verdades absolutas (Rocha, 2006), fazendo-se necessária uma reflexão contínua sobre as práticas institucionalizadas nos serviços de Saúde Mental.

As representações sociais estão radicadas nas reuniões públicas, nas ruas, nos cafés, nos lugares que os sujeitos se encontram para falar e dar sentido ao cotidiano (Jovchelovitch, 2000). Momentos após as reuniões de equipe, um café ou encontros no corredor eram espaços em que os sujeitos exerciam sua capacidade de falar livremente, fora dos encontros formais, para discutirem elementos que julgavam não partilháveis com o restante do grupo. E, de dupla em dupla, trio em trio eles construíam suas representações sobre o espaço e os sujeitos do CAPS III.

O cotidiano é considerado intenso e produtor de conhecimentos diferentes daqueles adquiridos na formação acadêmica. A característica marcante do cotidiano é a intensidade da carga afetiva do trabalho. É preciso constantemente lidar com os próprios sentimentos e as reações agressivas dos pacientes, por ser a emoção o objeto de intervenção do trabalho na Saúde Mental.

No universo reificado, profissionais e pacientes estão inseridos em papéis assimétricos de poder e de relação com a doença mental, aparentemente necessário para o estabelecimento do tratamento. No universo consensual os profissionais são seres humanos passíveis de adoecimento mental, assim como os pacientes. A possibilidade de adoecer mentalmente devido às especificidades do trabalho é real. A rotina de trabalho gera um desgaste mental e físico nos entrevistados. Percebeu-se que a vocação funciona como um fator de proteção para lidar com as adversidades do cotidiano

As principais fontes de sofrimento para os profissionais estão relacionadas ao contato com a loucura e carências sociais dos pacientes, a grande demanda, a falta de recursos, dificuldades de diálogo com outros serviços de saúde, dificuldades no relacionamento com a equipe e a falta de discriminação entre os espaços abertos aos usuários e aqueles privativos aos profissionais (Campos et al., 2009). Trabalhar com o sofrimento humano sem os recursos materiais e humanos necessários, além de um clima institucional conflituoso, aparenta serem os fatores fundamentais de sofrimento para os profissionais da Saúde Mental.

O registro de quatro CATs aponta que a loucura, em alguns casos, está associada à agressão e torna-se mais violenta quanto mais institucionalizada. A violência presente no cotidiano exige que o profissional aprenda a lidar com os próprios sentimentos. Talvez essas peculiaridades sejam responsáveis pela transformação da representação romantizada da doença mental.

No atendimento aos pacientes fica implícita a existência de uma limitação para atuação profissional, apesar da constatação de que o doente mental necessita de atenção

integral. A neutralidade forneceria um perímetro de atuação que, se ultrapassado, coloca o profissional em contato com a sua impotência, gerando forte angústia e desmotivação.

O impacto violento da doença mental também está no domicílio das famílias, sendo percebido através da desestabilização familiar, da diminuição da renda pela incorporação de um membro improdutivo, da ruptura da comunicação, da restrição da liberdade e do desgaste físico e psíquico dos demais membros (Silva & Sadigursky, 2008). Devido à sobrecarga vivida, a família se torna um “outro” paciente para as equipes de saúde mental. No entanto, Colvero, Ide, e Rolim (2004) observaram que acolher as demandas dos familiares, considerando a vivência inerente a esse convívio, ainda é um desafio para os serviços de saúde mental.

As organizações são constituídas por pessoas que vivem em constante interação simbólica. Neste sentido, elas criam uma atitude coletiva, um universo simbólico que serve de referência para comportamentos, atitudes e ações (Santos, 2007). Nas relações entre pacientes e profissionais pairavam não ditos captados através da observação apurada de momentos de desabafo dos profissionais: pequenos instantes de rompimento. Algumas coisas não podiam ser perguntadas: *“essa questão da droga, coisas que eu não posso perguntar para o paciente eu perguntei para o pai do meu filho”* (Sujeito6). E, outras não podiam ser ditas: *“Não pode falar mal de paciente”* (diário de campo).

A cultura profissional possui uma zona muda sobre o que não se pode falar para os pacientes, a qual termina por sustentar uma atitude paternalista nas práticas. O fato de não poder perguntar algumas coisas para os pacientes exprime a existência de uma zona muda no universo consensual nas práticas, ancoradas nas regras de convivência do que pode e não se pode falar e não nas determinações do universo reificado concernente às perguntas necessárias para se diagnosticar uma pessoa com doença mental.

Os profissionais de saúde são representados ambigualmente como ajustados e inadequados. A falta de vocação e uma formação insuficiente são os principais empecilhos para uma atuação profissional sintonizada com as peculiaridades do trabalho na Saúde Mental. Os profissionais de saúde são diferenciados dos profissionais de Saúde Mental, estes, de modo geral, são mais adequados e inclusivos que aqueles. No entanto, mesmo entre os profissionais de Saúde Mental percebem-se condutas inadequadas no atendimento aos pacientes, demonstrando falta de formação para o trabalho.

A necessidade de capacitações de qualidade, de flexibilidade da gestão para a participação dos profissionais nos processos de formação permanente e o incentivo para a troca de experiências entre os profissionais são aspectos fundamentais para a melhoria do

serviço oferecido (Campos et al., 2009). Exceto os técnicos de enfermagem, os demais entrevistados afirmaram não ter recebido nenhum treinamento para ingressar no CAPS ou de educação permanente. Desse modo, confirma-se a falta de investimento na formação profissional é um problema crônico dos serviços de Saúde Mental.

Os serviços substitutivos possuem problemas de ordem administrativa afetando o alcance dos objetivos a que se propõem. (Leão & Barros, 2008). As principais queixas se referem à falta de formação profissional e a insuficiência de profissionais. Quanto a isso os profissionais reconhecem a necessidade de melhoria na formação e aperfeiçoamento das práticas. Para tanto eles propõem a inclusão de outros profissionais para a realização de oficinas, visitas domiciliares, abordagem com as famílias, resolução de situações jurídicas e supervisão institucional.

O conhecimento científico se corporifica nos termos utilizados na descrição de características e sintomas da doença mental, demonstrando a incorporação do universo reificado. O discurso científico é um meio dos profissionais se diferenciarem dos leigos, enunciando através de termos técnicos sua inscrição em uma categoria profissional. O material linguístico indica a relação cognitiva (um saber) e práticas das pessoas e grupos, com aspectos relativos à sua vida cotidiana e ao seu mundo (Nascimento-Shulze & Camargo, 2000). A Psicanálise foi citada como uma fonte de conhecimentos científicos havendo a menção a termos e técnicas dessa abordagem, especialmente no que se refere à noção estrutural da personalidade.

Após a obtenção do conhecimento científico e profissional há um retorno às memórias pessoais buscando-se identificar os comportamentos que expliquem a condição atual de adoecimento mental de familiares e outras pessoas próximas. Desse modo, entende-se que os sinais já estariam presentes na infância, só que haviam passado despercebidos ou foram negligenciados, demonstrando uma acomodação das novas informações através da resignificação das memórias.

Com elevada força semântica surgiram nos discursos conhecimentos obtidos através da prática e relacionamento com os pacientes. Esse conhecimento difere do científico, uma vez que é adquirido pela observação e prática, emanando da experiência cotidiana.

A crença na espiritualidade como um dos organizadores da vida é descrita como pertencente à esfera pessoal, não interferindo nas práticas de trabalho, mesmo ela fornecendo uma explicação causal da doença mental. Isto dá margem para um questionamento quanto à possibilidade real de se realizar essa separação tão rigorosa.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As representações sociais são formas de mediação simbólicas firmemente radicadas na esfera pública. Apresentam-se enquanto: estruturas simbólicas; processos de construção identitária; processos de relações cognitivas, afetivas e de ações; mediação social; e, relações entre: esfera pública, práticas comunicativas e usos do poder (Jovchelovitch, 2000). Nas representações de doença mental, diversos elementos foram incorporados e organizados a fim de servirem de referência na relação dos sujeitos com o objeto de representação.

Os sujeitos representaram a doença mental por meio de uma multiplicidade de saberes e imagens acumuladas e transformadas ao longo de suas vidas. As representações sociais de doença mental demonstraram estar ancoradas nas experiências da infância com a deficiência física e/ou mental. O ponto fundamental de ancoragem foi a ambivalência dos sentimentos despertados e a imagem do indivíduo como incapaz.

A socialização com pessoas diferentes foi modelada pela cultura familiar, a primeira fonte de informações para a representação social da deficiência e, posteriormente da doença mental. Por ser uma situação pouco familiar, o contato com a deficiência pressionou os indivíduos a construir uma representação. Os sentimentos despertados tornaram a experiência relevante.

Sabe-se que existem diversas formas de deficiência física e mental, cada uma delas implicando em um grau de limitações, algumas extremas, outras adaptáveis. Tomando a doença mental como foco de análise pode-se transpor a perspectiva das limitações quanto às habilidades pessoais de se relacionar e lidar com as adversidades do modelo atual de organização social e econômica. Do mesmo modo, elas podem ser extremas, como no caso dos pacientes catatônicos, ou contornáveis como nos casos de pacientes depressivos, bipolares e psicóticos, que representam a maioria da demanda.

As Representações sociais de doença mental estão objetivadas através da imagem do deficiente mental e/ou físico e da incapacidade. Desse modo, os profissionais, ancorados na imagem do deficiente, tomaram a vivência da doença mental como algo incontornável e de difícil adaptação. Isso se reflete no modo infantilizado de abordar os pacientes, demonstrando que a infantilização não é tão somente resultado da institucionalização da doença mental, mas também do modo como os profissionais a representam.

As representações de doença mental sustentam um estranhamento relativo às causas do estabelecimento da doença. Há uma carência na definição de causas que forneçam uma

unidade explicativa para diversidade de casos de doença mental. Enquanto objeto de cuidado da saúde o termo doença mental abarca uma diversidade de diagnósticos, cada um com suas peculiaridades, exigindo condutas diversas dos profissionais.

As representações da doença mental são constituídas por numerosas expressões, sendo mais marcantes a imprevisibilidade, a permanência, a intensidade, a ruptura, a estagnação e a violência. Tais características fundamentam a constatação da dificuldade que é conviver com a doença mental, auxiliando na compreensão do por que os indivíduos com adoecimento mental com frequência são rejeitados. A doença mental reúne características que não condizem com o estereótipo socialmente aceito do que se espera de um cidadão.

Diante de tais características, trabalhar com a doença mental exige vocação, que seria o que dá o sentido pessoal para o trabalho. A disposição para trabalhar na Saúde Mental se inicia com o encantamento que a doença mental desperta. Os sujeitos são fagocitados pela temática excessivamente idealizada como misteriosa e proibida.

Os conhecimentos adquiridos na formação acadêmica forneceram dados importantes a respeito da causalidade da doença mental, mas pouco contribuiu para o manejo das diversas situações críticas. Lidar profissionalmente com a doença mental exige algumas habilidades desenvolvidas na prática profissional. Os profissionais precisam ser tolerantes; lidar com os próprios sentimentos despertados, como o medo; e saber mediar situações de crise. A empatia, o vínculo e a relação com os colegas de profissão são ferramentas importante para atender os pacientes.

O diagnóstico psiquiátrico funciona como um guia com quadros nosográficos a serem utilizados como instrumento de reflexão diante da diversidade de casos. Estabelecer um diagnóstico é um trabalho apurado com a experiência. Praticamente impossível de ser estabelecer em único encontro com o paciente. No entanto, com a pressão da demanda e o tempo, aliada à escassez de profissionais, pode-se concluir que os diagnósticos são definidos precipitadamente e uma vez dados não são alterados, dada a quantidade de pacientes a serem avaliados. A prática diagnóstica aponta uma representação estereotipada das doenças mentais, uma vez que elas são reduzidas a um sintoma específico para diagnosticar.

O contato profissional com a temática transformou as representações dos profissionais, podendo-se diferenciá-las das representações leigas. Quanto às causas foram incorporadas a causa genética e a estrutura da personalidade, definindo a inserção no universo reificado. Devido à incorporação de novos conhecimentos, as experiências anteriores com a doença mental, pautadas no senso comum, foram resignificadas à luz desses novos conhecimentos.

Com isso o discurso foi transformado e os sujeitos podem então ser identificados como profissionais de Saúde Mental.

As representações sociais dos profissionais estão circunscritas no momento histórico posterior ao rompimento com o paradigma psiquiátrico clássico, através do movimento da Reforma Psiquiátrica. No entanto observou-se que as práticas ainda se ancoram no modelo psiquiátrico, sendo ainda um desafio concretizar o discurso psicossocial em práticas psicossociais. O tratamento é gerenciado pelo psiquiatra e as demais atividades são clínicas, em sua maioria.

Observou-se que as representações são psicossociais no plano verbal, porém as práticas de tratamento não acompanharam essa transformação. O discurso da Reforma Psiquiátrica é um forte ponto de ancoragem nas representações de tratamento dos profissionais. No entanto, ainda não se observa sua objetivação nas práticas de tratamento. Pode-se concluir que as representações de tratamento e de CAPS estão ainda ancoradas em uma representação ideológica, ato reforçado pelo fato da realidade de trabalho ser dura e refletir a falta de mecanismos para lidar com ela.

Os profissionais reconhecem a dificuldade em se realizar atividades de reinserção social. Há um empenho em reinserir o paciente através de práticas externas ao CAPS III, no entanto, ele esbarra em diversos fatores, dentre eles a falta de apoio financeiro. O CAPS III reúne uma multiplicidade de demandas de saúde e sociais. No entanto, a maioria dos profissionais possui uma formação essencialmente clínica, assim não dispõem das habilidades necessárias para levar a contento o tratamento psicossocial. E, sem o treinamento necessário, elas não se desenvolvem.

O modelo de funcionamento do CAPS III é apontado como uma das principais causas dessa dificuldade. O tratamento oferecido no CAPS III é caracterizado como limitado e falho na execução de suas tarefas, além dos profissionais desconhecerem o que faz uma atividade ser terapêutica. Por outro lado, o CAPS III aparenta ser efetivo como lugar de convivência, sendo bem avaliado pelos pacientes, mas não pelos profissionais.

Como local de trabalho, o CAPS III possui falhas organizacionais quanto à missão e ao organograma. Não é claro para os profissionais a função, a demanda e as metas da instituição, e o quadro de profissionais é insuficiente para a quantidade e diversidade do trabalho. Não há divisão de tarefas estruturadas e consequentemente as responsabilidades ficam difusas, aumentando a desorganização, refletindo na insatisfação, apatia e descrença.

Os profissionais, diante de tantas dificuldades se defendem desvinculando-se da instituição para criticá-la. A realidade do trabalho os expõe constantemente à impotência, que

por vez ativa mecanismos defensivos de atribuição externa e alienação. A incoerência entre a avaliação de que a equipe é boa e a representações dos profissionais como inadequados, e com má formação expõe o discurso cindido com que os profissionais são representados.

O contexto atua diminuindo a disponibilidade subjetiva dos profissionais para o trabalho, afetando diretamente o tratamento oferecido, uma vez que esta é um das ferramentas principais. Tendo em vista que o contexto atua na construção das representações sociais, observa-se que no CAPS III a doença mental é significada como uma vivência incapacitante, fruto da interação de fatores biopsicossociais objetivados na doença mental corporificada no indivíduo.

Os sujeitos representaram a doença mental através de uma pluralidade de imagens e saberes. Seja como ausência de espiritualidade, falha de caráter, transtorno e trauma do desenvolvimento, patologia causada pela ausência de cuidados e suporte familiar ou como desvio do padrão de normalidade instituído socialmente. A representação hegemônica ancorada no saber médico como decorrente de uma predisposição genética que se expressou através de perturbações na relação fenotípica implica uma atribuição de poder a essa classe profissional, tanto para o diagnóstico, quanto para o tratamento.

No entanto, o saber dissonante adquirido na prática com os pacientes, a não melhora dos quadros, a impregnação pela medicação, implicando em comportamentos estereotipados, o sentimento de impotência, a falta de motivação e sentido da prática profissional, a revolta diante do descaso das autoridades públicas com as condições de trabalho e atendimento dos pacientes, abre um vasto campo para outras significações de doença mental e loucura, e consequentemente para um conhecimento mais holístico e instrumental, e por fim, uma prática mais sintonizada com as necessidades dos pacientes.

11 CUIDADOS ÉTICOS

Em conformidade com a Resolução 466/12, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP), sob o número de parecer 493.316, tendo sido devidamente aprovada no dia 13 de dezembro de 2013. Concomitantemente, foi apresentado à Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto, sendo aprovado no dia 04 de fevereiro de 2014.

Na coleta de dados, foi garantido o sigilo total sobre as identidades dos participantes. A garantia da voluntariedade da participação se deu através da apresentação e leitura conjunta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D). Sendo assegurada a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem que houvesse qualquer prejuízo para o participante.

As informações coletadas foram utilizadas unicamente para fins de estudo e de pesquisa. Os participantes foram informados que as informações seriam arquivadas para consultas e estudo posteriores, mantendo-se a garantia da voluntariedade e do anonimato. Estando devidamente esclarecidos, os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para Composição de Banco de Dados (Apêndice E).

Os participantes não tiveram nenhum ônus ou ganho financeiro com a participação. Não houve riscos à saúde física ou psíquica de seus participantes, por se tratar da busca pela compreensão de sentidos produzidos por eles acerca de suas representações quanto à doença mental.

Nenhum participante sentiu desconforto diante de alguma pergunta, mesmo assim foi esclarecido seu direito de recusar-se a responder sem que isso trouxesse qualquer prejuízo para a pesquisa. Em qualquer situação relacionada à pesquisa ou quando julgarem necessário, os participantes foram informados que poderiam entrar em contato com os pesquisadores.

REFERÊNCIAS⁴

- Alves-Mazzotti, A. J. (2008) Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. *Revista Múltiplas Leituras* (1)1, 18-43.
- Alves-Mazzotti, A. J. & Gewandsznajder, F. (1998) *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Pioneira.
- Amaral, V. (1992). Representações Sociais da Doença Mental, Expectativas e Processos de Atribuição Causal. *Antropoanálise*, 2, 49-54.
- Amarante, P. (1995) *Loucos pela vida: trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. (2.ed.) Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Edições 70.
- Baremblytt, G. (1996). *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: Teoria e prática* (2 ed.). Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos.
- Bleger, J. (1980). *Temas de Psicologia: Entrevista e grupos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bleger, J. (1984). *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bleger, J. (1991). O grupo como instituição e o Grupo nas instituições. In R. Käs (Ed.), *A instituição e as instituições* (pp. 41-52). São Paulo: Casa do psicólogo.
- Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (1994). *Investigação qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e ao método*. Porto: Porto Editora.
- Bohoslavsky, R. (1998). *Orientação vocacional: A estratégia clínica*. São Paulo: Martins Fontes.

⁴ De acordo com o estilo APA – American Psychological Association, 6 th.

- Bruckner, T. A., Scheffler, R. M., Shen, G., Yoon, J., Chisholm, D., Morris, J., . . . Saxena, S. (2011). The mental health workforce gap in low- and middle-income countries: A needs-based approach. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(3), 184-194.
- Cabecinhas, R. (2009). Investigar representações sociais: metodologias e níveis de análise. In M. M. Batista (Ed.), *Cultura: metodologias e investigação*. Lisboa: Ver o verso Edições.
- Campos, R. T. O., Furtado, J. P., Passos, E., Ferrer, A. L., Miranda, L., & Gama, C. A. P. (2009). Avaliação de rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Revista Saúde Pública*, 43(1), 16-22.
- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense universitária.
- Cetolin, S. K. (2011). *Representações sociais da loucura: um estudo com profissionais do Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia - HCT/BA*. (mestrado), Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Colvero, L. d. A., Ide, C. A. C., & Rolim, M. A. (2004). Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 38(2), 197-205.
- Costa, P. J. (2009). Crenças e representações sociais dos técnicos de saúde mental e sua influência nas actuais práticas terapêuticas. Disponível em: http://www.paulojosecosta.com/_wp/wp-content/uploads/2009/07/Cren%C3%A7as-e-Representa%C3%A7%C3%B5es-dos-T%C3%A9cnicos-de-Sa%C3%BAde-Mental-e-sua-Influ%C3%AÂncia-nas-Actuais-Pr%C3%A1ticas-Terap%C3%AAuticas.pdf
- Dimenstein, M., Santos, Y. F., Brito, M., Severo, A. K., & Moraes, C. (2005). Demandas em Saúde Mental em Unidades de Saúde da Família. *Mental*, 3(5), 32-42.
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., & King, M. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 184, 176-181.
- Dixit, S. (2005). Meaning and explanations of mental illness: A social representations approach. *Psychology & Developing Societies*, 17, 1-18.
- El-Badri, S., & Mellsop, G. (2007). Stigma and quality of life as experienced by people with mental illness. *Australas Psychiatry*, 15(3), 195-200.

- Enriquez, e. (1991). O trabalho de morte as instituições. In: *A instituição e as instituições: Estudos psicanalíticos* (pp. 53-79). São Paulo: Casa do psicólogo.
- Fernandes, F. M. B., & Moreira, M. R. (2013). Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva *Physis (Rio de Janeiro)*, 23(2), 511-529.
- Foster, J. (2001). Unification and differentiation: A study of the social representations of mental illness. *Papers on Social Representations*, 10, 3.1-3.18.
- Foucault, M. (2012). *A história da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Frayze-Pereira, J. (1984). *O que é loucura* (Coleção primeiros Passos 73) (3.ed.). São Paulo: Brasiliense.
- Goffman, E. (1993). *Estigma: la identidad deteriorada* (5 ed.). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Goffman, E. (2001). *Manicômios, Prisões e Conventos*. (D. M. Leite trad.) (7.ed.). São Paulo: Perspectiva.
- Gomes, R., Mendonça, E. A., & Pontes, M. L. (2002). As representações sociais e a experiência da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(5), 1207-1214.
- Guareschi, P. A. (2000). Representações sociais: avanços teóricos e epistemológicos. *Temas em Psicologia*, 8, 249-256.
- Hansson, L., Jormfeldt, H., Svedberg, P., & Svensson, B. (2013). Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: do they differ from attitudes held by people with mental illness? *International Journal of Social Psychiatry*, (59), 48-54.
- Jodelet, D. (1998). A alteridade como produto e processo psicossocial. In A. Arruda (Ed.), *Representando a alteridade* (pp. 47-68). Petrópolis: Vozes.
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet (Ed.), *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ.

- Jodelet, D. (2005a). Discutindo relações entre experiência e representação social. In M. S. S. Menin & A. M. Shimizu (Eds.), *Experiência e representação social: Questões teóricas e metodológicas* (2 ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Jodelet, D. (2005b). *Loucuras e Representações Sociais* (L. Magalhães, Trans.). Petrópolis: Vozes.
- Jorge, M. S. B., & Bezerra, M. L. M. R. (2004). Inclusão e exclusão social do doente mental no trabalho: representações sociais. *Texto & Contexto Enfermagem*, 13(4), 551-558.
- Jorge, M. S. B., Ramirez, A. R. A., Lopes, C. H. A. F., Queiroz, M. V. O., & Bastos, V. B. (2008). Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação de pessoas com transtorno mental. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 42(1), 135-142.
- Jorm, A. F. (2000) Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry* 177(5) 396-401.
- Jovchelovitch, S. (1998). Representações sociais: Para uma fenomenologia dos saberes sociais. *Psicologia e Sociedade*, 10(1), 54-68.
- Jovchelovitch, S. (2000). *Representações sociais e esfera pública: A construção simbólica dos espaços públicos no Brasil*. Petrópolis: Vozes.
- Junqueira, M. A., & Pillon, S. C. (2011). A assistência em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família: uma revisão de literatura. *Revista de enfermagem do centro oeste mineiro* 1(2), 260-267.
- Kaes, R. (1991). Realidade psíquica e sofrimento nas instituições *A instituição e as instituições* (pp. 1-39). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Leite, L. D. G. (2012). Concepções e práticas profissionais relativas à doença mental. *Revista brasileira de Ciências da Saúde*, 16(1), 21-28.
- Leão, A., & Barros, S. (2008). As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. *Saúde e Sociedade*, 17(1), 95-106.

- Lima, M. A. D. d. S., Almeida, M. C. P. d., & Lima, C. C. (1999). A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa em enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 20(n.esp), 130-142.
- Lourau, R. (2014). *A análise institucional* (M. Ferreira trad.) (3. ed.) Petrópolis: Vozes.
- Machado, M. P., & Pereira, M. A. D. (2013). Percepção da doença mental por profissionais de saúde: possibilidades de ampliação do cuidado. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13, 125-138.
- Maciel, S. C., Barros, D. R., Camino, L. F., & Melo, J. R. F. d. (2011). Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico. *Temas de psicologia. (Online)*, 19(1), 193-204.
- Marconi, L. A., & Lakatos, E. V. (2008). *Técnicas de pesquisa* (7 ed.). São Paulo: Atlas.
- Martins, A. M. N. (2013). *Representações Sociais da doença mental: um estudo qualitativo com profissionais de saúde*. (Mestrado), Insituto Miguel Torga, Coimbra.
- Mello, R., & Furegato, A. R. F. (2008). Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um centro de atenção psicossocial. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 12(3), 457-464.
- Mendel, G. (1974). *Sociopsicoanálisis I*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Minayo, M. C. d. S. (2008). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (11ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde (2002) Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde *III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não*. (1 ed.) Brasília, DF.
- Ministério da Saúde. (2004) *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial* (1ed). Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
- Ministério da Saúde (2011) Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. 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, DF.

- Moffatt, A. (1981). *Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da Psiquiatria Popular* (P. Esmanhoto, Trans. 2 ed.). São Paulo: Cortez.
- Morant, N. (1995). What is mental illness? Social representations of mental illness among British and French mental health professionals. *Papers on Social Representations*, 4(1), 41-52.
- Morant, N. (2006). Social representations and professional knowledge: the representation of mental illness among mental health practitioners. *British Journal of Social Psychology*, 45(Pt 4), 817-838.
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Moscovici, S. (2004). *Representações sociais: Investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes.
- Nascimento-Shulze, C. M., & Camargo, E. V. (2000). Psicologia social, representações sociais e métodos. *Temas em Psicologia*, 8(3), 287-299.
- Oliveira, F. O. d., & Werba, G. C. (2003). Representações Sociais. In M. G. C. Jacques (Ed.), *Psicologia Social Contemporânea*. Petrópolis: Vozes.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Autor.
- Pereira, M. A. O. (2003). Representação da doença mental pela família do paciente. *Interface – Saúde, Educação, Comunidade*, 7(12), 71-82.
- Pereira, W. C. C. (2007). Movimento institucionalista: principais abordagens. *Estudos e pesquisas em psicologia (Impresso)*, 7(1).
- Pichon-Rivière, E. (2005). *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes.
- Portaria/GM nº 336 (2002, 19 de fevereiro) Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Presidência da República.

- Prebianchi, H. B., & Falleiros, G. G. (2011). Doença mental: representações de usuários e de profissionais da saúde. *Psicoogia em estudo*, 16(1), 33-41.
- Queiroz, D. T., Vall, J., Souza, Â. M. A. e., & Vieira, N. F. C. (2007). Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *Revista enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro*, 15(2), 276-283.
- Reeves, W.C., Strine, T.W. Pratt, L.A., Thompsom, W., Ahluwalia, I. Dhingra, S.S. . . ., Safran, M.A. (2011). Mental Illness Surveillance Among Adults in the United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 60(3), 1-32.
- Reis, S. L. d. A. R., & Bellini, M. (2011). Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. *Acta Scientiarum. Human and Social Sciences*, 33, 149-159.
- Rocha, M. L. d. (2006). Psicologia e as práticas institucionais: a pesquisa-intervenção em movimento. *Psico (Porto Alegre)*, 37(2), 169-174.
- Rodrigues, C. R., & Figueiredo, M. A. d. C. (2003). Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. *Estudos em psicoogia. (Natal)*, 8(1), 117-125.
- Roese, A., Gerhardt, T. E., Souza, A. C. d., & Lopes, M. J. M. (2006). Diário de campo: construção e utilização em pesquisas científicas. *Online Brazilian Journal of Nursing (Online)*, 5(3).
- Rosa, A. S. d., Bocci, E., & Pedreira, T. (2012). Desapareceram os estigmas? Práticas e representações sociais do “louco” e da “loucura” entre especialistas brasileiros e especialistas em formação em um contexto de mudanças institucionais no Brasil. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 6(3), 161-186.
- Sá, C. P. d. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Santos, B. d. S. (1999). *Pela mão de Alice: O social e o político na pós-modernidade* (7. ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Santos, S. R. (2007). Cultura nas instituições de saúde e suas relações com a identidade cultural. *Cogitare enferm*, 12(2), 236-240.

- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*, 125(6), 440-452.
- Silva, M. B. d. C., & Sadigursky, D. (2008). Representações sociais sobre o cuidar do doente mental no domicílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(4), 428-434.
- Silveira, L. C., & Braga, V. A. B. (2005). Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Rev Lat Am Enfermagem*, 13(4), 591-595.
- Souza, J. d., Kantorski, L. P., & Luis, M. A. V. (2011). A análise documental e a observação participante da pesquisa em saúde mental. *Revista baiana de Enfermagem*, 25, 221-228.
- Vietta, E. P., & Kodato, S. (2001). Representacoes sociais de doenca mental em enfermeiros psiquiatricos. *Revista de psiquiatria clínica. (São Paulo)*, 28(5), 233-242.
- Wahl, O., & Aroesty-Cohen, E. (2010). Attitudes of mental health professionals about mental illness: a review of the recent literature. . *Journal of Community Psychology*, 38(1), 49-62.
- Wetzel, C., & L. P. Kantorski (2004). Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *Texto & Contexto Enfermagem* (13)4, 593-598.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Roteiro de Observação

Quadro 2: Roteiro de Observação

1. Atividades terapêuticas
2. Atividades administrativas desenvolvidas pelos profissionais
3. História da instituição
4. Demandas
5. Recursos materiais e humanos
6. Relações de poder/saber
7. Relações interpessoais
8. Relações interinstitucionais
9. Transferência institucional
10. Contratransferência institucional

APÊNDICE B: Detalhamento das observações realizadas

Quadro 3: Detalhamento das observações realizadas

Data da observação	Atividade realizada
14 de outubro de 2013	Contato inicial com o campo
15 de outubro de 2013	Apresentação dos objetivos da pesquisa para o Coordenador de Saúde Mental
23 de outubro de 2013	Coleta da assinatura para submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética
18 de fevereiro de 2014	Apresentação da pesquisa aos profissionais do CAPS III
24 de fevereiro de 2014	Oficina de costura e bordado
25 de fevereiro de 2014	Participação da reunião de equipe e grupo terapêutico com psicólogos
27 de fevereiro de 2014	Passeio no Bosque Municipal com os pacientes e equipe
06 de março de 2014	Entrevista com o Psicólogo1
11 de março de 2014	Reunião de equipe
18 de março de 2014	Reunião de equipe manhã com membros da Secretaria de Saúde
20 de março de 2014	Oficina de pintura e artesanato
24 de março de 2014	Entrevista com a Terapeuta Ocupacional
25 de março de 2014	Reunião de equipe manhã com membros da Secretaria de Saúde
01 de abril de 2014	Reunião de equipe Entrevista com Enfermeiro1
03 de abril de 2014	Entrevista com Auxiliar de enfermagem1 Entrevista com Psicólogo2 Entrevista com Auxiliar de Enfermagem2
07 de abril de 2014	Entrevista com Psicólogo3
08 de abril de 2014	Reunião de equipe manhã
11 de abril de 2014	Oficina com a Secretaria de Saúde
14 de abril de 2014	Entrevista com o Psiquiatra1
15 de abril de 2014	Reunião de equipe manhã
16 de abril de 2014	Entrevista com Assistente Social
22 de abril de 2014	Reunião de equipe com a presença do Secretário de Saúde
29 de abril de 2014	Reunião de equipe manhã
30 de abril de 2014	Reunião de equipe tarde
06 de maio de 2014	Reunião de equipe manhã
13 de maio de 2014	Reunião de equipe manhã
15 de maio de 2014	Reunião de equipe tarde
20 de maio de 2014	Reunião de equipe manhã Comemoração do dia 18 de maio: Dia da Luta Antimanicomial
27 de maio de 2014	Reunião de equipe manhã
29 de maio de 2014	Reunião de equipe tarde

03 de junho de 2014	Reunião de equipe manhã
05 de junho de 2014	Reunião de equipe tarde
17 de junho de 2014	Reunião de equipe manhã
24 de junho de 2014	Reunião de equipe
25 de junho de 2014	Oficina não realizada com a equipe
26 de junho de 2014	Reunião de equipe tarde cancelada
01 de julho de 2014	Reunião de equipe manhã
15 de julho de 2014	Reunião de equipe manhã
29 de julho de 2014	Reunião de equipe manhã
05 de agosto de 2014	Reunião de equipe manhã Entrevista com Psiquiatra2
07 de agosto de 2014	Grupo de acolhimento
12 de agosto de 2014	Reunião de equipe manhã
14 de agosto de 2014	Grupo de acolhimento
19 de agosto de 2014	Reunião de equipe manhã
21 de agosto de 2014	Grupo de acolhimento
26 de agosto de 2014	Reunião de equipe manhã
27 de agosto de 2014	Grupo de acolhimento
09 de setembro de 2014	Reunião de equipe manhã
12 de setembro de 2014	Evento sobre Saúde Mental promovido pelo Departamento de Pós-graduação em Psicologia da Universidade de São Paulo

APÊNDICE C: Roteiro da entrevista**I - Dados de identificação**

Nome: _____

Sexo: _____ Idade: _____

Naturalidade: _____

Instituição de Ensino Superior: _____

Se encontra atualmente em que cargo ou função: _____

Há quanto tempo está nessa função: _____

Experiência com doença mental: _____

II – Tópicos

1. Fale sobre sua família e o lugar em que você nasceu e cresceu. Houveram casos de doença mental/loucura ou portadores de necessidades especiais?
2. Quais acontecimentos foram marcantes na sua infância e adolescência em termos de contato com indivíduos considerados diferentes ou doentes mentais?
3. Como foi sua época escolar? Houve contato com informações sobre loucura e doença mental?
4. Fale sobre o desenvolvimento de práticas religiosas, esportivas e culturais nessa época de sua vida. Houve algum contato com indivíduos considerados diferentes? O que era loucura?
5. Como se deu o desenvolvimento do desejo de trabalhar na área da saúde? Como foi sua experiência com pacientes portadores de sintomas da doença mental?
6. Quando em contato com doentes mentais, o que imagina com relação as causas desse fenômeno? O que é doença mental para você?
7. Conte como está organizada a oferta de atendimentos para indivíduos que necessitam de acompanhamento devido a sintomas da doença mental.
8. Como é o processo de construção do diagnóstico na sua prática?
9. Na sua opinião, quais os critérios para diferenciação entre saúde e doença mental?
10. Em relação à prática profissional, você recebe algum treinamento sistemático para atuar na área de saúde mental?
11. Você conhece estratégias e procedimentos terapêuticos para os portadores de doentes mentais? Quais?
12. Agora na fase adulta e profissional, como você percebe o atendimento que é oferecido aos indivíduos com doença mental?
13. Como você definiria a doença mental?

APÊNDICE D: Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“As representações sociais de doença mental construídas por trabalhadores atuantes no campo da saúde mental”**, realizada pela Prof. Dr. Sérgio Kodato e pela psicóloga e estudante de Mestrado Francielle Xavier Dias, ambos do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

O objetivo desta pesquisa é investigar como os trabalhadores atuantes nas Unidades de Saúde Mental compreendem a doença mental/loucura. Acreditamos que esta pesquisa seja importante porque visa contribuir com a atuação dos sujeitos envolvidos direta ou indiretamente no campo da saúde, subsidiando práticas terapêuticas e aprofundando o conhecimento na área.

Ao aceitar fazer parte desta pesquisa, você será convidado a participar de uma entrevista com o pesquisador sobre o tema. A entrevista será gravada e terá seu conteúdo transcrito e analisado. Você tem garantido o direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão.

A pesquisa segue as exigências éticas legais para a realização de pesquisas com seres humanos. Você não terá nenhum ônus ou ganho financeiro por participar dela. Os gastos necessários para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores. Os benefícios que a pesquisa pode gerar dizem respeito a contribuições teórico-práticas para o campo da saúde.

Esta pesquisa não apresenta riscos previsíveis à sua saúde ou ao trabalho que você desenvolve. No entanto, você poderá sentir algum desconforto diante de alguma pergunta, sendo que está livre para se recusar a respondê-la sem que isso traga qualquer prejuízo para você ou para a pesquisadora. Você poderá entrar em contato com os pesquisadores em qualquer situação relacionada à sua participação ou quando julgar necessário. Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você, ao final da qual se encontra os contatos dos pesquisadores e do Comitê de Ética em Pesquisa⁵, ao qual você pode consultar para qualquer esclarecimento sobre os aspectos éticos da pesquisa. As informações da pesquisa serão utilizadas apenas para fins relacionados à presente pesquisa e, sua

⁵ **Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP**
Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 3 - sala 16 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil Fone: (16) 3602-4811/Fax: (16) 3633-2660 E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

identidade será sempre mantida em sigilo, sobretudo na divulgação ou publicação dos resultados.

Termo de autorização do participante

Esclarecido e concordando com o que foi colocado:

Eu, _____, aceito participar deste estudo, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante: _____ Documento de identificação: _____

Endereço para contato: _____

Ribeirão Preto, __ de _____ de 2013.

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Pesquisador: Prof. Dr. Sérgio Kodato

Pesquisadora: Francielle Xavier

Dias

Endereço para contato com os pesquisadores: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. Departamento de Psicologia. Av. Bandeirantes, 3900. CEP: 14040-901 Bairro Monte Alegre - Ribeirão Preto – SP. Telefone: (16) 3602-4446

APÊNDICE E: Termo de consentimento livre e esclarecido para constituição de banco de dados

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“As representações sociais de doença mental construídas por trabalhadores atuantes no campo da saúde mental”**, realizada pela Prof. Dr. Sérgio Kodato e pela psicóloga e estudante de Mestrado Francielle Xavier Dias, ambos do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

O objetivo desta pesquisa é investigar como os trabalhadores atuantes nas Unidades de Saúde Mental compreendem a doença mental/ loucura. Acreditamos que ela seja importante porque visa contribuir com a atuação dos sujeitos envolvidos direta ou indiretamente no campo da saúde.

Ao aceitar fazer parte desta pesquisa, você será convidado a participar de uma entrevista com o pesquisador sobre o tema. A entrevista será gravada e terá seu conteúdo transcrito e analisado. Elas serão utilizadas apenas com fins relacionados à presente pesquisa e sua identidade será sempre mantida em sigilo, sobretudo na divulgação ou publicação dos resultados. Os dados obtidos por meio desta entrevista serão arquivados em um banco de dados, disponíveis para futuras pesquisas por parte dos pesquisadores, mas ainda garantindo seu anonimato.

Sua participação nessa pesquisa é voluntária e você não receberá nenhuma remuneração para isso. Além disso, você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Esta pesquisa não apresenta riscos previsíveis à sua saúde ou ao trabalho que você desenvolve. No entanto, você poderá sentir algum desconforto diante de alguma pergunta, sendo que está livre para se recusar a respondê-la sem que isso traga qualquer prejuízo para você ou para a pesquisadora. Você poderá entrar em contato com os pesquisadores em qualquer situação relacionada à sua participação ou quando julgar necessário.

As informações desta pesquisa serão utilizadas apenas com fins relacionados à presente pesquisa e sua identidade será sempre mantida em sigilo, sobretudo na divulgação ou publicação dos resultados.

Termo de autorização do participante

Esclarecido e concordando com o que foi colocado:

Eu, _____, aceito participar deste estudo, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante: _____

Endereço para contato: _____

Ribeirão Preto, __ de _____ de 2013.

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Pesquisador: Prof. Dr. Sérgio Kodato

Pesquisadora: Francielle Xavier Dias

Endereço para contato com os pesquisadores:

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

Departamento de Psicologia

Av. Bandeirantes, 3900. CEP: 14040-901 Bairro Monte Alegre - Ribeirão Preto – SP.

Telefone: (16) 3602-4446

ANEXO

ANEXO A: Parecer consubstanciado do Comitê De Ética da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE DOENÇA MENTAL CONSTRUÍDAS POR AGENTES DE SAÚDE

Pesquisador: Francielle Xavier Dias

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 22364213.7.0000.5407

Instituição Proponente: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto- USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 493.316

Data da Relatoria: 12/12/2013

Apresentação do Projeto:

Os autores descrevem as mudanças históricas na compreensão da doença mental, pontuando que diferentes representações destas levam a diferentes estratégias de intervenção. Assim, faz-se importante conhecer as representações de profissionais sobre a doença mental, para compreender as práticas utilizadas por estes.

Para isto, os pesquisadores propõem entrevistar 10 trabalhadores de nível técnico de um CAPS do município de Ribeirão Preto-SP. O projeto deixa claro os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Além das entrevistas, a pesquisadora principal fará uma imersão no campo e tomará notas de observações relevantes ao objetivo do projeto.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar as representações sociais da doença mental construídas por trabalhadores da área da saúde pública, atuantes no campo da saúde mental.

Endereço: Av. Bandeirantes 3.900

Bairro: Monte Alegre

CEP: 14.040-901

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3602-4811

Fax: (16)3633-2660

E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

Continuação do Parecer: 493.316

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores avaliam adequadamente os riscos e benefícios. Afirmam que a pesquisa "não apresenta riscos previsíveis nem à saúde física nem à saúde psíquica dos participantes, por se tratar da busca pela compreensão de sentidos produzidos por eles acerca de suas representações quanto à doença mental". No entanto, pontuam que caso "o participante sinta algum desconforto diante de alguma pergunta, estará resguardado o direito de recusar-se a responder sem que isso traga qualquer prejuízo para a pesquisa. Em qualquer situação relacionada à pesquisa ou quando julgarem necessário, os participantes poderão entrar em contato com os pesquisadores."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está muito bem escrito, justifica bem os objetivos e utiliza de métodos adequados para atingi-lo. Respeita a Resolução 466/2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores apresentam dois TCLEs, um para a entrevista e outro para composição de banco de dados. Eles justificam o objetivo da pesquisa e esclarecem o participante de seus direitos.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto respeita a Resolução 466/2012.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto encontra-se APROVADO para execução. Pedimos atenção aos seguintes itens:

- 1) De acordo com a Resolução CNS n.º 466/2012, o pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais (parciais e final, em função da duração da pesquisa).
- 2) Eventuais emendas (modificações) ao protocolo devem ser apresentadas, com justificativa, ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada;
- 3) Sobre o TCLE: caso o termo tenha DUAS páginas ou mais, lembramos que no momento da sua assinatura, tanto o participante da pesquisa.
(ou seu representante legal) quanto o pesquisador responsável deverão RUBRICAR todas as folhas, colocando as assinaturas na última página.

Endereço: Av. Bandeirantes 3.900

Bairro: Monte Alegre

CEP: 14.040-901

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3602-4811

Fax: (16)3633-2660

E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

FACULDADE DE FILOSOFIA,
CIÊNCIAS E LETRAS DE
RIBEIRÃO PRETO- USP

Continuação do Parecer: 493.316

RIBEIRAO PRETO, 13 de Dezembro de 2013

Assinador

por:

Andréia

Schmidt

(Coordena

dor)

Endereço: Av. Bandeirantes 3.900

Bairro: Monte Alegre

CEP: 14.040-901

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3602-4811

Fax: (16)3633-2660

E-mail: coetp@ffclrp.usp.br