UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

JUSSARA CARVALHO DOS SANTOS

O ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL:
COMPREENSÃO E AÇÕES DOS TRABALHADORES
DOS CAPS.

SÃO PAULO
2013

JUSSARA CARVALHO DOS SANTOS

O ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL:
COMPREENSÃO E AÇÕES DOS TRABALHADORES
DOS CAPS.

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem da Escola
de Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Mestre
em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sônia Barros

SÃO PAULO
2013

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.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Santos, Jussara Carvalho dos

O estigma da doença mental: compreensão e ações dos trabalhadores dos CAPS../Jussara Carvalho dos Santos. - São Paulo: 2013 205 p.

Dissertação (Mestrado): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sônia Barros

1.Estigma. 2.Saúde Mental. 3.Exclusão social. 4.Inclusão social.
5.Doença mental. I.Título.

Nome: Jussara Carvalho dos Santos

Título: O estigma da doença mental: compreensão e ações dos trabalhadores dos CAPS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*Dedico este trabalho a
todos que ainda sofrem com o
estigma da doença mental e
com a exclusão social.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, ao meu Anjo Guardião e aos Benfeitores Espirituais em quem deposito minha fé. Obrigada por iluminar minha caminhada, sendo a força para enfrentar as dificuldades.

Aos meus Pais, Juvenal e Cleuza, e ao meu irmão, Giovane, que sempre revestiram minha vida de amor e carinho, e que nunca, me deixaram esquecer o quanto sou amada.

*Vocês são meus maiores exemplos! Minha fortaleza! Meu refúgio!
Muito obrigada por estarem sempre ao meu lado!
Amo Muito Vocês!*

*Ao meu amor, André, por sempre caminhar ao meu lado, pelo incentivo e apoio.
Obrigada por todo seu amor!*

*À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Sônia Barros, por ter me acolhido em todos os momentos que precisei. Obrigada pelo carinho, pelos ensinamentos, e pelo exemplo de mulher, professora, enfermeira, pesquisadora e militante, que és, e sempre serás para mim!
Minha eterna gratidão e admiração!*

Às professoras Dr.^a Ana Luísa Aranha e Silva, Dr.^a Luciana A. Colvero, Dr.^a Maria Fernanda Nicácio e Dr.^a Márcia Ap. F. Oliveira pelas valiosas contribuições ao longo do processo, as quais importantíssimas para que esse trabalho saísse do campo das ideias e se materializasse.

Aos Colegas do Grupo de Pesquisa Enfermagem e Políticas Públicas em Saúde Mental: com vocês pude aprender o real significado de pertencer a um grupo e de trabalhar em grupo.

Obrigada pela amizade e por fazerem parte da minha construção acadêmica.

Aos amigos que cultivei nessa caminhada: Thaís Rojas, Talita M. Andrade, Anna Luíza M. Barros, Irma M.M. Santos, Mariana M. Salles e Jandro M. Cortes, os quais deram grandes contribuições nesse trabalho e em minha vida!

Aos Trabalhadores dos CAPS Adulto Itaim Bibi, Perdizes e Lapa que abriram as portas para nos mostrar o quão linda pode ser a vida quando se tem liberdade e se é reconhecido como cidadão!

O BICHO

(Manuel Bandeira)

*Vi ontem um bicho
Na imundície do pátio
Catando comida entre os detritos.
Quando achava alguma coisa,
Não examinava, nem cheirava:
Engolia com voracidade.
O bicho não era um cão,
Não era um gato,
Não era um rato.
O bicho, meu Deus, era um homem.*

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

SUS – Sistema Único de Saúde

CNSM – Conferência Nacional de Saúde mental

USP – Universidade de São Paulo

UBS – Unidade Básica de Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

Santos, JC. O estigma da doença mental: compreensão e ações dos trabalhadores dos CAPS. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

RESUMO

O Estigma é definido como um atributo profundamente depreciativo, que aos olhos da sociedade serve para desacreditar a pessoa que o possui, contribuindo com a discriminação social. Durante séculos a pessoa com doença mental se sentiu estigmatizada porque ser vista como louca pelo grupo cultural com quem convive. Esta forma de produção cultural do estigma se dá de modo similar no Brasil. Desta forma, as equipes dos serviços substitutivos territoriais, como o CAPS, devem realizar ações que mude a questão cultural em relação à loucura para poder alcançar a superação do estigma da doença mental. Para que isso possa acontecer, os profissionais de saúde mental tem de reconhecer os usuários dos serviços substitutivos territoriais como cidadãos, caso contrário eles reforçarão o estigma e a discriminação já prevalentes na sociedade. A equipe multidisciplinar dos CAPS tem um papel importante para ampliar debates sobre os direitos e sobre a cidadania das pessoas com doença mental no seu território de atuação, informando às pessoas com e sem doença mental e aos empregadores sobre o propósito de diminuir a discriminação/estigma relacionado à doença mental. Esta equipe deve aproveitar as oportunidades dentro e fora do campo de trabalho em saúde mental para promover a inclusão social, a reabilitação psicossocial e a superação do estigma da doença mental na sociedade através de ações estratégicas no seu território de atuação. Desta maneira buscou-se contribuir para a formulação de ações de reabilitação psicossocial que contemplem a proposta de superação do estigma no território. A finalidade deste estudo é caracterizar as ações de superação do estigma desenvolvidas pela equipe multidisciplinar dos CAPS adultos e promover a sua reprodução por meio dos resultados do estudo. Para atingir esta finalidade os objetivos específicos foram: conhecer a compreensão dos profissionais das equipes multidisciplinares dos CAPS Adultos sobre o conceito de estigma da loucura; identificar as estratégias de intervenção para superar o estigma da doença mental realizadas por equipes multidisciplinares dos CAPS adultos em seu território de atuação e; analisar a possibilidade e a dificuldade das equipes multidisciplinares para a implementação das ações de superação do estigma. Nesta investigação optou-se por utilizar como base teórica a teoria sobre o estigma de Erving Goffman e como categoria analítica Reabilitação Psicossocial. O estudo foi realizado com os profissionais de saúde mental das equipes multidisciplinares dos CAPS adultos. Para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas, enquanto que para apuração dos dados foi utilizada análise temática, a qual destacou como categorias empíricas: 1) processo de saúde-doença mental; 2) processo de estigma e exclusão social; e 3) processo de trabalho em saúde mental. Ao final do estudo foi possível perceber que as necessidades em saúde são extremamente dinâmicas tendo sua construção marcada social e

historicamente, exigindo portanto que os serviços tenham a capacidade de desenvolver estratégias também dinâmicas e sensíveis, capazes de superar as ações rotineiras, passando para arranjos de escutar, reinterpretar e trabalhar as necessidades de saúde. Considera-se, portanto, que a proximidade dos CAPS com a sociedade facilita a inclusão social e a superação do estigma da doença mental e esta ajuda a transformar o imaginário social, e vice-versa. Observou-se que é preciso ter maior suporte do governo e das políticas públicas para que as equipes multidisciplinares consigam difundir as ações de superação do estigma da doença mental no seu território de atuação, este suporte pode ser oferecido através de campanhas para superação do estigma. Verificou-se também que as ações desempenhadas pelos profissionais entrevistados é o início para a superação do estigma da doença mental, mas é necessário que tenham suporte da lei e de várias instâncias da sociedade. O presente estudo reitera que o CAPS é um serviço-resposta da sociedade ao modelo manicomial, porém não resolve todos os problemas da sociedade em relação a loucura, e sim possibilita espaços para articular tensões, conflitos e possibilidades. Desta maneira compreende-se que os CAPS estão caminhando para a superação do estigma da doença mental nos seus territórios de atuação, através da promoção: de cidadania, da circulação no território e do poder contratual das pessoas com doença mental.

PALAVRAS CHAVES: Estigma. Saúde Mental. Exclusão social. Inclusão social. Doença mental.

Santos, JC. The stigma of mental illness: understanding and actions of workers of the CAPS. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

ABSTRACT

Stigma is defined as an attribute that is profoundly demeaning in the eyes of society, which serves to discredit the person who owns it, contributing to social discrimination. For centuries the people with mental illness felt themselves stigmatized because they were seen as crazy by the cultural group in which they live. This type of cultural production of stigma occurs similarly in Brazil. Thus, territorial substitutive services teams, such as CAPS (Portuguese acronym for Psychosocial Care Center), must take action to change the cultural status related to madness in order to achieve the overcoming of the mental illness stigma. In order to achieve this, mental health professionals must recognize the territorial substitute service users as citizens, otherwise they will reinforce the stigma and discrimination already prevalent in society. In this way, the multidisciplinary team of CAPS has an important role in expanding debates about rights and citizenship of people with mental illness in their territory of operation, telling people with and without mental illness and employers about the purpose of reducing discrimination/stigma related to mental illness. The team should take advantage of opportunities within and outside the field of work on mental health to promote social inclusion, psychosocial rehabilitation and the overcoming of the mental illness stigma in society through strategic actions in its territory of operation. Said that, the author aims to contribute to the formulation of actions that address the psychosocial rehabilitation proposed to overcome the stigma in the territory. The purpose of this study is to characterize the actions developed by a multidisciplinary team of CAPS (CAPS adult) to overcome stigma, and to promote the reproduction of such actions by means of the study of the results. In order to achieve this, specific objectives were defined: to know the understanding of the multidisciplinary teams of professionals of CAPS (CAPS adult) on the concept of madness stigma; to identify intervention strategies to overcome the mental illness stigma conducted by multidisciplinary teams CAPS (CAPS adult) in their territory of action and; to analyze the possibility and difficulty of multidisciplinary teams for the implementation of actions to overcome the stigma. In this investigation the author choose to use for reference the psychosocial rehabilitation analytical categories. The study was conducted with mental health professionals in multidisciplinary teams of Itaim Bibi, Perdizes and Lapa CAPS (CAPS adult). The data was acquired through semi-structured interviews and then submitted to thematic analysis to proceed with the assessment of data. In this investigation we chose to use the theory as the theoretical basis of stigma evining Goffman as an analytical category and Psychosocial Rehabilitation. The study was conducted with mental health professionals from multidisciplinary teams of adults CAPS. For data collection were used semi-structured interviews, while for the calculation of the data was used thematic analysis, which highlighted how empirical categories: 1) the health-mental illness, 2) the process of stigma and social exclusion, and 3) process of mental health work. At the end of the study it was revealed that health needs are extremely

dynamic with its construction marked social and historically, thus requiring that the services have the ability to develop strategies also dynamic and sensitive, able to overcome the routine actions, passing arrangements listen, reinterpret and work health needs. It is considered, therefore, that the proximity of CAPS with society facilitates social inclusion and overcoming the stigma of mental illness and this helps to transform the social imaginary, and vice versa. Noted that it is necessary to have greater support from the government and public policy for Multidisciplinary teams are able to spread the actions to overcome the stigma of mental illness in its service territory, this support can be offered through campaigns to overcome the stigma. It was also found that the actions performed by the professionals interviewed is beginning to overcome the stigma of mental illness, but it is necessary that they support the law and various levels of society. The present study confirms that the CAPS is a service-society response to the asylum, but does not solve all the problems of society in relation to madness, but allows spaces to articulate tensions, conflicts and possibilities. Thus it is understood that the CAPS are moving to overcome the stigma of mental illness in their territories of performance, by promoting: citizenship, the circulation in the territory and the bargaining power of people with mental illness.

KEYWORDS: Stigma. Mental health. Social exclusion. Social inclusion. Mental illness.

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1. BREVE HISTÓRIA DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA.....	15
1.2. O CAPS: UMA PROPOSTA ANTIMANICOMIAL.....	32
1.3. O ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL.	35
1.4. JUSTIFICATIVA.....	41
2. OBJETIVOS.....	43
2.1. OBJETIVO GERAL.....	43
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	43
3. MÉTODO.....	44
3.1. O CONCEITO DE ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL COMO BASE TEÓRICA.....	44
3.2. CATEGORIA ANALÍTICA.....	50
3.3. REVISÃO INTEGRATIVA.....	53
3.4. LOCAL DE ESTUDO.....	66
3.5. SUJEITOS DA PESQUISA:.....	69
3.6. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	71
3.7. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E COLETA DE DADOS.....	71
3.8. ANÁLISE DOS DADOS:.....	72
4. RESULTADOS.....	75
4.1. PROCESSO SAÚDE-DOENÇA MENTAL.....	75
4.2. O PROCESSO DE ESTIGMA E EXCLUSÃO SOCIAL.....	82
4.3. PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS: O PROCESSO DE ASSISTIR PARA INCLUIR.....	88

5. DISCUSSÃO.....	115
5.1. O PROCESSO DE SAÚDE-DOENÇA MENTAL.....	115
5.2. O PROCESSO DE ESTIGMA E EXCLUSÃO SOCIAL.....	131
5.3. PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: O PROCESSO DE ASSISTIR PARA INCLUIR.....	141
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	174
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	179
APÊNDICES E ANEXOS.....	202

1. INTRODUÇÃO.

A Reforma Psiquiátrica que vem ocorrendo no Brasil marca a transformação da assistência psiquiátrica, propondo que o atendimento seja feito em serviços substitutivos territoriais, como o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. No entanto, a assistência de saúde mental do Brasil também encontra dificuldades em relação a implantação da reabilitação psicossocial/inserção social frente ao estigma social, à doença mental e à pessoa com transtorno mental.

Desta maneira, se faz necessário a implantação de ações que superem o estigma para promover a reabilitação psicossocial e a inserção social da pessoa com transtorno mental. Neste cenário as equipes multidisciplinares dos CAPS são possíveis semeadoras destas ações, considerando a missão desses serviços territoriais que é a reabilitação psicossocial e a inclusão social dos usuários.

A estigmatização da loucura tem acompanhado a história e evolução das concepções sobre a doença mental e os movimentos que organizam a sua assistência.

1.1. BREVE HISTÓRIA DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA

A história da humanidade revela que o homem se posiciona frente a loucura conforme o contexto sócio material da época. Pessotti (1997), em seu estudo sobre a loucura em diferentes épocas, afirma que a concepção de loucura foi constituída ao longo do tempo e acompanhada simultaneamente do desenvolvimento dos modos de produção, da cultura e do entendimento da norma e normalidade. A exemplo disso, o louco já pairou por diversas fronteiras: ora mensageiro da boa nova, ora instrumento da vingança de deuses durante a Idade Antiga, ora como possuídos por demônios (na Idade Média), ora como meros desordeiros questionadores da ordem e do sistema

(Pessotti, 1997).

Nos séculos XV e XVI não havia qualquer proposta de tratamento para os loucos e eles poderiam ser abandonados à sua própria sorte para morrer de fome ou por ataque de animais após serem escorraçados para fora dos muros das cidades – o que era mais comum aos loucos estrangeiros (Foucault, 1995). O insano também poderia ser embarcado em naus sem rumo pelos rios da Europa; estes passageiros, segundo a literatura da época, eram bobos, delatores e bêbados – ou sejam, os que praticam a desordem e os que se negavam à prática das leis divinas (Foucault, 1995).

Foucault (1995) relata que ainda no fim da Idade Média o louco se tornou figura satírica e central nas manifestações artísticas: um detentor da verdade humana, que fascinava a todos por sua natureza secreta, possuindo um conhecimento cerrado, inacessível e temível. Subtendendo-se que este sujeito fazia parte da sociedade, seja da forma errante, satírica ou de certa forma livre.

Porém, foi no século XVII, que a loucura se tornou objeto de exclusão (Foucault, 1995) e passou a ser encarcerada. Esta exclusão tinha sentido político, social, religioso, econômico e moral, pois a loucura surgiu neste período como uma impossibilidade do pensamento, se contrapondo à razão e esbanjando ociosidade. No entanto, o ócio era um pecado por excelência para a sociedade burguesa em ascensão, e portanto o louco passa a ser um dos maiores pecadores, e seu castigo é ser encarcerado nas casas de correção junto aos bandidos, mendigos, vagabundos e prostitutas, por ser considerado desordeiro (Castel, 1991; Foucault, 1995; Barros, 1996).

Nesta época, com o advento da manufatura, os trabalhadores tiveram que se adaptar a um processo de trabalho vigiado e racional, o qual absorvia uma porção limitada da população, devido a exigências de qualificação. As cidades estavam sobrecarregadas de desocupados, mendigos e vagabundos, enquanto que o campo sofria com o êxodo rural (Foucault, 1995; Barros, 1996).

É neste período que Inglaterra e França, que vinham apresentando os problemas supracitados, implantaram medidas de repressão a mendicância, à vagabundagem e à ociosidade que foram implementadas e complementadas pela criação de instituições, como as casas de correções e

de trabalho e os chamados hospitais gerais. Tais instituições não tinham como objetivo cuidar de seus pacientes, mas sim de cumprir uma função semijurídica/assistencialista por meio da exclusão de desviantes de todos os tipos, inclusive os loucos (Foucault, 1995; Barros e Egry, 2001).

Além de camuflar a pobreza, o papel do hospital geral se resumia em ordenar a miséria, resolver o desemprego, escassez de moeda e queda de salário e principalmente, a ociosidade (Foucault, 1995). Isso se dava a partir da nova ética de trabalho através das diversas formas de autoritarismo e coação. Em resumo, quem não trabalhava deveria ser punido e corrigido.

As reformas político-sociais ocorridas no fim do século XVIII, influenciada pelos ideais iluministas da Revolução Francesa e a necessidade de mão de obra durante a Revolução Industrial, determinaram os novos mecanismos de exclusão/inclusão e retiraram das prisões todos aqueles que antes eram considerados desviados, exceto o louco que permaneceu isolado nas casas de internação (Barros e Egry, 2001).

Neste momento histórico o louco passa a ser visto como perigoso e incapaz de produzir, e de acordo com Foucault (1995), o louco passa a sofrer com o estigma social. Ele não era mais visto como ser humano, mas sim como selvagem desprovido de razão. Nas casas de internação, os insanos eram tratados como feras, presos em pequeninas jaulas e acorrentados às paredes, com a presença de cama apenas para contê-los no momento de fúria. Segundo Koda (2002), a partir da grande internação a exclusão se tornou definitivamente a marca dos loucos.

No final do século XVIII, Philippe Pinel reformou a assistência à loucura na França, retirando os loucos dos grilhões e/ou impedindo que fossem banidos das cidades, dando-lhes outra forma de assistência, mais sistemática e disciplinada, baseada no tratamento moral e na tutela (Castel, 1991; Foucault, 1995 e Barros, 1996). Assim surge a psiquiatria como especialidade médica e com o objetivo de manter a ordem social, a qual já não mais poderia ser estipulada pelos decretos do rei como antes (Castel, 1991; Foucault, 1995), já que a sociedade burguesa tomara o poder.

Pinel criou o alienismo, reunindo três dimensões: o espaço institucional (hospital psiquiátrico), o arranjo nosográfico das doenças mentais e a relação de poder entre médico/doente mental (Castel, 1991;

Barros e Egry, 2001). Assim, se dá o advento da clínica psiquiátrica e o paradigma da internação.

É durante esta transição do século XVIII para XIX, que surgem os asilos que permitem a objetivação da loucura e legitimam a instituição médica (Barros e Egry, 2001). Esta institui o controle social e moral ininterrupto, a vigilância, julgamentos, responsabilizações, correções e repressões do louco e consolida dentro dos asilos a estratégia de exclusão e isolamento do doente, obtendo como produto perdas significativas na vida dessas pessoas, dentre elas o direito de ser o sujeito de sua própria história.

Para Goffman (2004) é neste momento que nasce o estigma da loucura conforme conhecemos hoje, pois a medicalização da loucura no século XIX implica numa nova condição jurídica, social e cível do louco, pois em 1838 o Parlamento Francês aprova a primeira lei da Europa sobre alienados, reforçando os aspectos de periculosidade e de ordem pública presentes na psiquiatria até os dias atuais (Barros e Egry, 2001). Portanto, a herança cultural que a sociedade tem hoje sobre a loucura veio de leis como esta, as quais promulgaram que o “louco” é uma pessoa agressiva, promiscua, violenta e/ou incapaz de se responsabilizar por si ou de se manter economicamente. Decide-se então que o louco é impossibilitado de trabalhar e que deve ficar longe da sociedade e de sua família por segurança, e ainda, que deve ser tratado e curado através da moral. Desta forma justificava-se o internamento (Barros e Egry, 2001, Leão 2006, Salles 2011).

No início do século XX, e mais intensamente após o fim da segunda guerra mundial, percebe-se que o modelo hospitalocêntrico é responsável pela deterioração dos pacientes asilados, bem como é agente produtor e mantenedor da doença, da exclusão social e do estigma (Salles, 2005). É neste momento que surgem diversos questionamentos sobre o modelo de assistência até então hegemônico, indicando uma crise institucional, que consequentemente dá vida a algumas propostas de substituição dos asilos, principalmente nos Estados Unidos e Europa (Barros e Egry, 2001).

Barros (1996) aponta para alguns fatores que determinam a necessidade de transformação do modelo asilar:

- clima de liberalismo e democracia com a vitória dos aliados ao fim

da Segunda Guerra Mundial;

- característica autoritária do asilo incompatível ao clima supracitado;
- associação de amigos e familiares de pessoas com doença mental exigindo direitos;
- análise dos estudos das ciências sociais que denunciavam as repressões e o autoritarismo da instituição e;
- em 1952 surgem os neurolépticos, medicamento utilizados até hoje como uma das formas de tratamento à pessoa com doença mental, os quais facilitaram o tratamento da loucura fora do ambiente asilar.

Neste contexto surgem propostas de substituição ao modelo asilar, brevemente sumarizadas a seguir:

Maxwell Jones inicia um movimento reformista na década de 1950, que passa a questionar o modelo asilar na Inglaterra e propõe uma reforma na dinâmica institucional do asilo através de medidas facilitadoras de ações participativas e coletivas. Cria-se então as comunidades terapêuticas (Barros, 1996). Estas comunidades tinham como proposta transformar o hospital num espaço de pedagogia social, onde ocorreria o aprendizado que possibilitaria que o paciente regressasse para seus lares e sociedade (Birman e Costa, 1994; Barros, 1996).

No entanto, esta proposta de substituição do modelo asilar não propunha maneiras de superação do estigma da doença mental para que a sociedade aceitasse a pessoa com transtorno mental e os incluíssem nos seus diversos setores. Thornicroft (2006) corrobora afirmando que a falta de estratégias de superação do estigma é uma das causas de exclusão social, que leva novamente a reprodução do enclausuramento do louco nos hospitais psiquiátricos.

Basaglia *et al.* (1994) comentam que é necessário ficar atento para que não se cometa o erro de manter viva a organização institucional asilar, continuando o exercício das velhas relações de poder de modo mais efetivo, moderno e aceito pela sociedade, porém com a roupagem de comunidade terapêutica. Esta crítica se dava porque nesta abordagem a autoridade do médico era mantida, o qual etiquetava os pacientes por meio dos

diagnósticos, perpetrando o estigma da doença mental entre os próprios pacientes e na sociedade.

A Psicoterapia Institucional surgiu na França a partir da liderança de François Tosquelles no hospital de Saint Alban, onde pôde reunir vários ativistas marxistas, freudianos, lacanianos ou surrealistas. Iniciou-se deste modo, uma experiência de transformação do espaço asilar buscando sua superação como espaço de segregação, questionando a verticalidade das relações e críticas ao poder médico (Medeiros, 2003). Com forte influência da psicanálise, inclusive da vertente lacaniana, e do pensamento marxista, a psicoterapia institucional buscava tratar das próprias características doentias das instituições, denunciando a opressão da instituição e do poder psiquiátrico, semelhante a um coletivo terapêutico (Amarante, 1995).

Jean Oury¹ definiu a Psicoterapia Institucional da seguinte forma:

"O objetivo da Psicoterapia Institucional é criar um coletivo orientado de tal maneira que tudo possa ser empregado (terapias biológicas, analíticas, limpeza dos sistemas alienantes sócio-econômicos, etc.) para que o psicótico aceda a um campo onde ele possa se referenciar, delimitar seu corpo numa dialética entre partes e totalidade, participar do corpo 'institucional' pela mediação de 'objetos transicionais', os quais podem ser o artifício do coletivo sob o nome de 'técnicas de mediação', que podemos chamar de 'objetos institucionais', que são tanto ateliês, reuniões, lugares privilegiados, funções, etc., quanto a participação em sistemas concretos de gestão ou de organização." (Oury, 1976, apud Verztman, 1992, p. 28)

Amarante (1995) aponta para algumas limitações da psicoterapia institucional, que se restringia a atuação no espaço institucional do hospital psiquiátrico, sem questionar a função social da psiquiatria e consequentemente a produção do estigma individual e social da doença mental. Ademais, tomava por foco o asilo como lugar de tratamento e acolhimento do psicótico, sem buscar espaços de tratamento na sociedade.

Outro movimento reformista foi a Psiquiatria de Setor, que surgiu na França como contestação ao asilo. Inspirada nas ideias de Bonnafé e um grupo de psiquiatras considerados progressistas, buscava uma

1

Oury J. *Psychiatrie et psychotherapie institutionnelle: traces et configurations recaires*. Paris: Payot, 1976.

transformação das condições asilares do pós-guerra. Segundo Fleming²:

"(...) um projeto que pretende fazer desempenhar à psiquiatria uma vocação terapêutica, o que segundo os seus defensores não se consegue no interior da estrutura hospitalar alienante. Daí a ideia de levar a psiquiatria à população, evitando ao máximo a segregação e o isolamento do doente, sujeito de uma relação patológica familiar, escolar, profissional, etc. Trata-se portanto de uma terapia *in situ*: o paciente será tratado *dentro* do seu próprio meio social e *com o seu* meio, e a passagem pelo hospital não será mais do que uma etapa transitória do tratamento." (Fleming, 1976, apud Amarante, 1995, p. 36)

Em suma, a política de setor dividiu a população do país em áreas geográficas, que delimitavam espaços territoriais com uma estrutura psiquiátrica externa ao hospital, mas a ele articulados. Seu objetivo principal era tratar o paciente no território a partir de um conjunto de intervenções multidisciplinares e multi-institucionais, porém jamais teve a intenção de inserir a pessoa com doença mental na sociedade e muito menos superar o estigma da doença mental.

A Psiquiatria Preventiva, também denominada psiquiatria comunitária por Gerald Caplan, fez parte dos programas de saúde, elaboradas pela política do Pres. Kennedy dos Estados Unidos em relação à “guerra contra a pobreza” (Barros e Egry, 2001).

A psiquiatria preventiva foi desenhada com base na saúde pública e propôs a multicausalidade das doenças, enfocando o social e o meio ambiente. Pretendia atender todos os seguimentos da população, criar modalidades alternativas de atenção e desenvolver assistência ambulatorial. A proposta também estabelecia um sistema de tratamento, que se dividia em:

- Prevenção Primária: atuando nas condições possíveis para a formação de doença mental através de "Programas para reduzir (não curar) numa comunidade, os transtornos mentais";
- Prevenção Secundária: preocupando em realizar o diagnóstico e o tratamento precoce através de "Programas para reduzir a duração dos transtornos mentais";

² Fleming M. Ideologias e Práticas Psiquiátricas. Porto: Afrontamento: 1976.

- Prevenção Terciária: promotora da reinserção social através de "Programas para reduzir a deterioração que resulta dos transtornos mentais" (Birman e Costa, 1994).

A grande novidade da proposta de Caplan foi a Prevenção Primária, a qual absorveria os esforços técnicos e financeiros, sendo as outras duas propostas já velhas conhecidas da prática assistencial. A prevenção primária também sofreu grandes críticas quanto ao seu enfoque racionalista, que pressupunha que havia um agente causador para a doença mental e este poderia ser controlado (Tundis e Costa, 2001).

Em resumo, a psiquiatria preventiva se propunha em detectar precocemente a doença mental (leia-se desvio e marginalidade), e assim, prevenir e diminuir as mazelas da sociedade através de “busca ativa de suspeitos” (Barros, 1996).

Com esta proposta de evitar o surgimento/desenvolvimento de doença mental, a psiquiatria preventiva torna o hospital psiquiátrico obsoleto e desnecessário apenas em discurso. Porque, em vez de reduzir gastos, mão de obra e internações em hospícios, que eram os principais objetivos da psiquiatria preventiva, passou a requisitá-los cada vez mais. Isto mostra que o hospital permaneceu retroalimentado, sem haver a reinserção do indivíduo como pregava a prevenção terciária (Amarante, 1995). Assim, jamais atentaram em superar o estigma da doença mental na sociedade e do indivíduo para incluí-lo socialmente, pelo contrário; produziram mais estigma em relação à pessoa com doença mental.

Na década de 1960, a partir de um processo crítico sobre a natureza da instituição psiquiátrica e a viabilidade de uma mera reorganização técnica, humanizadora, administrativa e política, o psiquiatra Franco Basaglia, após participar de transformações no manicômio em Gorizia, na Itália, utilizando como modelo as comunidades terapêuticas, se dirige a Trieste em 1971 e empreende um novo modelo: a demolição do aparato manicomial. Este modelo, também denominado psiquiatria democrática, foi um processo social complexo que propunha a extinção dos tratamentos violentos como recurso do aparato institucional, destruindo os muros e

constituindo novos espaços e formas de lidar com a loucura (Barros e Egry, 2001), e consequentemente, novas formas de superar o estigma da doença mental.

Essa nova forma de trabalho empreendida por Basaglia em Trieste ficou conhecida como desinstitucionalização (Barros, 1994). Ela não buscava a suspensão dos cuidados, mas uma nova forma de entender, tratar e lidar com a loucura, bem como superar o estigma da doença mental. Também não propunha o simples fechamento dos hospitais, mas a medida em que os serviços tradicionais fossem desativados, esses seriam substituídos por Centros de Saúde Mental, em áreas demarcadas em um determinado território, abrangendo uma população de 20 a 40 mil habitantes, funcionando 24 horas por dia.

"A complexidade de situações ou da assistência sócio psiquiátrica desenvolvida faz dos Centro de Saúde Mental triestinos estruturas que, segundo o momento e a necessidade de cada pessoa, adquirem um caráter de serviço médico ambulatorial, enfermaria de breve permanência, centro de permanência diurna (hospital-dia) ou noturna (hospital-noite), serviço sócio-assistencial (alimentação, subsídios, administração e facilitação econômica), ponto de partida para visitas ou intervenções domiciliares, reinserção no trabalho e lugar para organização de atividades sociossanitárias, culturais e esportivas do bairro. É ainda o lugar no qual se trabalha a crise e onde são geralmente realizados os tratamentos sanitários obrigatórios." (Barros, 1994, p. 106)

O conceito de desinstitucionalização, dentro da concepção Basagliana, se diferencia do simples desmonte do Hospital Psiquiátrico, ampliando esse desmonte para os mecanismos psiquiátricos de exclusão/controle (Barros, 1994). Neste cenário acontece uma ruptura do paradigma da psiquiatria clássica sendo substituído pelas etapas de negação, superação e invenção, para a criação de um novo paradigma (Barros e Egry, 2001).

Franco Rotelli afirma que o processo de desinstitucionalização não reside nos dias atuais, na remoção dos sintomas, mas na produção de possibilidades de vida, dentro de um modelo cultural que não seja mais a custódia ou a tutela, mas a construção de projetos que aumentem estas possibilidades, entendendo assim a terapia como realargamento dos espaços de autonomia últimos do sujeito humano no sentido de sua emancipação,

aumentando os estatutos de liberdade a sua volta (Barros, 1994). Hickling, Robertson-Hickling e Paisley (2011) acrescentam ainda que o maior contato com a sociedade promovido pela desinstitucionalização destrói diariamente o estereótipo de periculosidade e de incapacidade, consequentemente facilitando a superação do estigma da doença mental.

Para Rotelli (1990a), a verdadeira desinstitucionalização em Psiquiatria inclui:

1. A mobilização como atores, os sujeitos sociais envolvidos;
2. A transformação das relações de poder entre os pacientes e as instituições;
3. A produção de estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação no Hospital Psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados.

Rotelli (1990a) diferencia o conceito de desinstitucionalização de desospitalização, esta última como sendo "*... Política de altas hospitalares, redução mais ou menos gradual do número de leitos (e em alguns casos, embora não frequentemente, de fechamento mais ou menos brusco de hospitais psiquiátricos)*". Ou seja, na desinstitucionalização há a criação de serviços substitutivos diferentes da desospitalização, que apenas fecha os hospitais e não constrói nenhum serviço para continuar o acompanhamento fora do hospital psiquiátrico.

Mais adiante, Rotelli (1990a) expõe os desdobramentos da política de desospitalização na Europa e Estados Unidos:

"A política de desospitalização foi acompanhada por uma redução no período das internações e por um aumento complementar de altas e de recidivas. Em outras palavras, os hospitais psiquiátricos são em parte organizados segundo a lógica do "revolving-doors". A desinstitucionalização, portanto, entendida e praticada como desospitalização, produziu o abandono de parcelas relevantes da população psiquiátrica e também uma transinstitucionalização (passagem para casa de repouso, albergues para anciãos, cronicários "não

psiquiátricos", etc.) e novas formas mais obscuras de internação" (p.20-21).

Desse modo, toda busca de transformação nos modelos psiquiátricos não devem se limitar simplesmente a abolição das estruturas manicomiais, mas a construção de novas formas de possibilidades e de inventividade, onde os atores envolvidos tenham participação ativa em todos os processos de mudanças (Amarante, 1995). E para que isso aconteça é necessário traçar estratégias que superem o estigma da doença mental, pois este é uma das grandes barreiras da inclusão social da pessoa com doença mental (WHO, 2001; Thornicroft, 2008; Franz *et al.*, 2010; Gulliver *et al.*, 2010).

Os países latino-americanos não ficaram imunes as influências dos movimentos de reforma asilar das grandes potências, e em 1974 já se preconizava a formulação de uma política nacional de saúde mental, com o treinamento de pessoal, a descentralização e a integração dos serviços de saúde mental (Pitta-Hoisel, 1984).

Porém, uma década depois as diretrizes de assistência psiquiátrica na América Latina permaneciam as mesmas, constatando que pouco se evoluiu em relação ao sistema de atenção à doença mental. Diversos países da América Latina se limitaram em manter o paradigma manicomial, mesmo com propostas e planos de renovação (Pitta-Hoisel, 1984).

Em 1990 Caracas foi sede da Conferência Regional para a Restruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos sistemas locais de saúde da América Latina e do Caribe. O evento foi patrocinado pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização Pan-americana de Saúde e resultou num documento denominado Declaração de Caracas, o qual seus signatários se comprometeram a promover a superação do modelo do hospital psiquiátrico e a luta contra todos os abusos e a exclusão de que são vítimas as pessoas com problemas de saúde mental. Estes objetivos foram adotados como as grandes metas mobilizadoras de todos os movimentos de reforma de saúde mental ocorridos na América Latina e Caribe, a partir desta data (Barros e Egry, 2001; Brasil, 2004).

Entretanto, se comentava timidamente sobre a questão do estigma da

doença mental na América Latina como promotor de exclusão social da pessoa com transtorno mental, pois de acordo com Rosen (2006) as abordagens das atividades estratégicas de superação do estigma da doença mental se deram, e ainda se dão, de modos diferentes entre os países desenvolvidos e entre os países em desenvolvimento.

1.1.1. A Assistência Psiquiátrica Brasileira

A necessidade da criação de um asilo para alienados no Brasil se deu como medida de higiene pública, requisitada em 1830 pela Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, posto que os loucos se encontravam em abandono pelas ruas ou em tratamento degradante nas Santas Casas (Barros e Egry, 2001). Em 1852 inaugurou-se o Hospício D. Pedro II, que é considerado por diversos autores como o marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira (Barros e Egry, 2001). Posteriormente foram inaugurados outros hospícios, entre eles o Juqueri, em São Paulo.

Todo o conhecimento, chamado de científico, aplicado para tratamento provinha daquele gerado por Pinel e Esquirol (Barros, 1996). Porém, neste primeiro período da psiquiatria brasileira a função primordial do hospício foi de segregação e de repressão, e não de afirmação do poder médico como ocorrerá mais tarde. O Hospício tinha como objetivo o duplo afastamento do louco do meio urbano e social, seja pelo distanciamento ou pela reclusão (Salles, 2005).

Em 1902 o psiquiatra Teixeira Brandão, que nesta época exercia o mandato de deputado, consegue aprovar a primeira lei sobre a alienação do Brasil. Esta lei se resumia a dar ao psiquiatra o poder de determinar onde, quando e porque se internaria o paciente no hospício (único local capaz de dar o tratamento correto à pessoa com doença mental) ou por vezes, na casa do próprio doente (uma exceção), fazendo do psiquiatra a maior autoridade sobre loucura, nacional e publicamente reconhecido (Mângia, 1992).

Até a década de 1950, a psiquiatria brasileira se fundamentava em um modelo totalitário, excludente, estigmatizante e alienante dos asilos. Ela não se atualizava sobre os avanços obtidos na Europa e EUA – permanecia,

desta forma, utilizando o modelo psiquiátrico organicista tradicional (Campos, 1998). No final da mesma década, caracterizada pela superlotação dos manicômios, maus-tratos, péssimas condições de hotelaria e trabalho semi-servil, a situação da assistência psiquiátrica brasileira era caótica e se fazia cumprir o papel de exclusão (Resende, 2001) e de estigmatização do louco.

Durante o período da ditadura militar houve mudanças na assistência psiquiátrica, pois a partir de 1964, a rede de assistência se estendeu para todos os trabalhadores e seus dependentes. É neste momento (prevalecendo a ideologia privatista) que ocorre a contratação de leitos em hospitais privados com dinheiro público e surgem diversos hospitais privados, que conseguem preencher seus leitos graças as redes de ambulatorios que captam pacientes para supri-los (Resende, 2001). Desta maneira, no início dos anos 1970 surgem denúncias de grupos de profissionais em relação à "indústria da loucura", pois os hospitais estavam mais interessados nos lucros do que a oferecer tratamento de qualidade aos pacientes (Bezerra, 2001; Delgado, 2001).

Inserido no processo de redemocratização, o processo de Reforma psiquiátrica inicia-se no final da década de 1970, influenciado pelas experiências europeia e norte-americana de reforma do sistema assistencial psiquiátrico, bem como pela proposta de Reforma Sanitária Brasileira que estava acontecendo simultaneamente (Barros, 1996). Os trabalhadores se organizam e passam a reivindicar melhores condições de trabalho, dignidade e autonomia dos profissionais e criticam a situação de abandono, as condições de atendimento dos pacientes, e a hegemonia dos hospitais psiquiátricos privados, apontando a necessidade de investimento no setor público, e não a compra de leitos (Barros e Egry, 2001; Gondim, 2001). Eventualmente, o movimento atingiu outros atores (familiares e usuários), ganhando espaço nas cidades e entre cidadãos, se aliando às reivindicações da sociedade pela redemocratização, e por fim, alertando para o caráter excludente e segregativo das políticas dirigidas aos loucos (Barros e Egry, 2001), e também sobre o estigma dirigido às pessoas com doença mental (Leão, 2006, 2010; Salles, 2005, 2011).

A tendência que inspirou o movimento foi a desinstitucionalização compreendida como desconstrução, caracterizada pela crítica do saber e poder do médico provinda do modelo psiquiátrico tradicional. Tinha por objetivo extinguir/superar a instituição psiquiátrica através da construção de uma nova realidade para a assistência à loucura (Barros e Egry, 2001). A Reforma psiquiátrica tentou superar a crença de que o único local de tratamento da loucura seria o Hospital Psiquiátrico e propôs a construção de serviços substitutivos que operassem em regime aberto, que ampliassem e respeitassem os direitos dos loucos, buscando a reintegração social e familiar destes (Barros, 1996), com a consequente superação do estigma da doença mental.

Portanto,

Torna-se necessário superar o modelo de humanização institucional, a fim de inventar uma prática que tem na comunidade e nas relações que esta estabelece com o louco - através do trabalho, amizade, e vizinhança -, matéria-prima para desconstrução do dispositivo psiquiátrico de tutela, exclusão e periculosidade, produzidos e consumidos pelo imaginário social (Amarante, 1995; p.48).

Em meio a este contexto, mais precisamente em 1987, surge na cidade de São Paulo o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, o primeiro CAPS do Brasil. Em 1989 surge em Santos o primeiro NAPS, dando início à construção de uma rede de serviços substitutivos territoriais em saúde mental, sendo o primeiro a substituir efetivamente o tratamento em hospital psiquiátrico. Estas experiências se tornaram "marcos inaugurais e paradigmáticos de uma nova prática de cuidados no Brasil" (Tenório, 2002; p.37).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços substitutivos que foram inicialmente oficializados pela Portaria GM 224/92, que os definia como unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas por equipe multiprofissional. Atualmente são regulamentados pela Portaria nº 336/GM,

de 19 de fevereiro de 2002. Esta Portaria incluiu os CAPS no SUS (Sistema Único de Saúde), reconheceu sua complexidade de serviços prestados e sua amplitude de atuação tanto no território onde se encontra, quanto na luta pela substituição do modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde.

Hoje temos cerca de 1620 CAPS no Brasil, sendo 251 em São Paulo (Brasil, 2011). Destes, a maioria é municipal e em grande parte administrados pelas diversas Organizações Sociais de Saúde. Apesar da expansão destes serviços substitutivos no Brasil, ainda é baixa a cobertura assistencial promovida por estes serviços em muitos estados brasileiros. O acesso a estes dispositivos se destaca como insuficiente ou deficiente.

Existem algumas modalidades de CAPS de acordo com as diferentes necessidades de cada território: CAPS I - para municípios com populações entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II - para populações entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III - acima de 200.000 habitantes (este é o único que funciona 24 horas, incluindo feriados e fins de semana); CAPSi - atende crianças e adolescentes (até 17 anos de idade); e CAPSad - atende usuários de álcool e outras drogas cujo uso é secundário ao transtorno mental clínico (Brasil, 2004).

Nestes dispositivos, o tratamento é norteado não mais pelo conceito de cura, mas sim pelo conceito de reabilitação psicossocial na qual o indivíduo, antes excluído e alienado de suas possibilidades, pode se tornar sujeito de sua própria história a partir da reintegração nos diversos seguimentos sociais (Goldberg, 2001). Como serviços substitutivos de saúde mental, os CAPS atendem pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, como psicoses e neuroses graves, buscando amenizar e tratar as crises para que estas pessoas possam recuperar sua autonomia e se reinserir nas atividades cotidianas. Por possibilitar que seus usuários voltem para casa todos os dias, os CAPS evitam a quebra nos laços familiares e sociais bem como produção de estigma, fator muito comum em internações de longa duração (Brasil, 2004). Os CAPS trabalham articulados com a rede de serviços da região, pois têm a função de dar suporte e supervisão à rede básica também, além de se envolver em ações intersetoriais – como a educação, trabalho, esporte, cultura, lazer, etc - na busca de reinserção dos

seus membros em todas as áreas da vida cotidiana. É por isso uma arma para a promoção de estratégias de superação do estigma da doença mental no território de sua atuação. Dessa forma, desenhou-se um novo modelo assistencial fundamentado no conceito de cidadania e atenção integral que conforme Yanos *et al.* (2008) são características que aumentam as chances de superação do estigma da doença mental.

Todas as proposições da Reforma Psiquiátrica estão voltadas para um de seus principais objetivos: a reabilitação psicossocial e a inclusão social. O Ministério da Saúde, na tentativa de promover tal objetivo e mudar o modelo de assistência prestada, implementa o programa dos “Serviços de Residências Terapêuticas” no ano de 2000 e o programa “De Volta para Casa”, em 2003. O “Serviço de Residência Terapêuticas” visa proporcionar moradia na comunidade aos egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, buscando a autonomia, a emancipação, a independência e a reinserção social do indivíduo através de programas de alfabetização, inserção pelo trabalho, mobilização de recursos da comunidade e participação social (Brasil, 2004). Alguns autores afirmam que tais ações promovem a diminuição do estigma da pessoa com doença mental (Sayce, 2003; Penn e Wykes, 2003; Corrigan, Larson e Rüsch, 2009; Hirdes, 2009; Yanos *et al.*, 2008; Yanos *et al.*, 2010). Por sua vez, o programa “De Volta para Casa” tem por finalidade contribuir efetivamente com o processo de inserção social e superação do estigma, através da dispensa direta de um auxílio-reabilitação aos egressos de internações psiquiátricas de longa permanência (Brasil, 2005). Este programa ajuda a incluir as pessoas com doença mental dentro do sistema de trocas sociais, reabilitando-as psicossocialmente e ajudando-as a superar o rótulo de incapaz, perpetrado pelo estigma da doença mental (Hirdes, 2009).

Em 2005 é firmada uma parceria entre o Ministério do Trabalho e Ministério da Saúde através da portaria Interministerial nº353/2005, que instituiu o Grupo de Trabalho de saúde Mental e Economia Solidária. Esta parceria buscou promover a autonomia e a inclusão social através do trabalho em cooperativas sociais (Brasil, 2006), com o objetivo de redução do estigma da loucura na sociedade, expondo a esta que a pessoa com

doença mental também é capaz de trabalhar e de produzir (Penn e Wykes, 2003).

No mesmo ano é criada a portaria nº1169/2005, que define um incentivo financeiro ao município que tiver projetos de inclusão social vinculados à rede de saúde mental extra-hospitalar de base comunitária e territorial (Brasil, 2006), aumentando as possibilidades de atuação das equipes multidisciplinares dos CAPS, bem como as facilidades de expansão de ações de superação do estigma da doença mental no território e na sociedade.

Amarante (2003) ressalta que é importante intervir nos contextos sociais para possibilitar a transformação da concepção de loucura no imaginário das pessoas, pois ações no território alcançam diretamente o aspecto sociocultural do processo da reforma psiquiátrica, transformando o local da loucura.

A respeito das políticas públicas sobre diversidade cultural no campo de saúde mental, um importante trabalho se destaca no cenário nacional; trata-se da “Oficina Loucos pela Diversidade – da Diversidade da Loucura à Identidade da Cultura”, realizada em 2007 no Rio de Janeiro pelo Ministério da Cultura, através da Secretaria da Identidade e da Diversidade Cultural, e pelo Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Oswaldo Cruz (Amarante, 2007). O objetivo do evento foi discutir e indicar políticas públicas culturais para os indivíduos em sofrimento mental e em situações de risco social. O evento teve expressividade e contou com a participação de autoridades, professores, alunos, pesquisadores, usuários, artistas e demais envolvidos em projetos culturais na área de saúde mental (Amarante, 2007), mostrando que este é um dos caminhos para o exercício da reabilitação psicossocial, e por fim da superação do estigma da doença mental, que tanto dificulta a inclusão da pessoa com transtorno mental na sociedade. Em julho de 2010, aconteceu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental (IV CNSM) que, pela primeira vez, foi intersetorial, contando com a participação de usuários, trabalhadores, gestores do campo da saúde mental e de outros setores. E teve como tema ***"Saúde mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios"***.

O relatório da VI CNSM reafirmou:

"... de forma unívoca e incondicional os princípios mais gerais da reforma psiquiátrica em curso no país, como a superação do modo asilar, com construção de uma rede substitutiva diversificada, e garantia dos direitos de cidadania das pessoas com transtorno mental e seus familiares. A conferência se manifestou contrária a todas as propostas de privatização e terceirização de serviços, na direção de um sistema estritamente público e estatal de serviços de saúde mental. Finalmente, reafirmou a necessidade da presença e participação ativa dos usuários na rede de serviços na produção do próprio cuidado em saúde mental e, no ativismo junto aos serviços e aos dispositivos de controles social" (IV CNSM, 2010).

Portanto a IV CNSM prevê que se deve garantir prioritariamente o atendimento às pessoas com doença mental e acometidas de outros problemas de saúde em todo e qualquer serviço de saúde, investindo ativamente contra o estigma e a discriminação que possam ocorrer durante o atendimento ou nos corredores de um serviço de saúde, seja por um profissional ou por usuários que não sofram com a doença mental. Nesse contexto, é de fundamental importância ampliar estratégias para fortalecer o protagonismo das famílias e dos usuários dos serviços de saúde mental, tendo em vista a necessidade de superação do estigma e o favorecimento da inclusão social das pessoas com transtornos mentais, através de ações realizadas junto das equipes multidisciplinares dos CAPS no território.

1.2. O CAPS: UMA PROPOSTA ANTIMANICOMIAL.

Os CAPS têm por objetivo oferecer às pessoas com doença mental um tratamento que alie o acompanhamento clínico e os cuidados de reinserção social de seus usuários, por meio de acesso a atividades cotidianas comuns a qualquer cidadão, sejam estas atividades de cunho laboral, comunitário ou familiar (Brasil, 2004). Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários que oferecem atendimento diário. É função dos CAPS:

- prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos;
- acolher e atender as pessoas com transtornos mentais

graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território;

- promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais;
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação;
- dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica;
- organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios;
- articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental num determinado território;
- promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Estes serviços são portanto substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. Os projetos desses serviços muitas vezes ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e a singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (Brasil, 2004). Estes serviços têm como base de seus projetos e ações em saúde mental o conceito de território, o qual não se restringe à ideia de área geográfica, mas se refere a um espaço no qual são realizadas as ações de cuidado conforme a demanda dos seus usuários. Neste sentido, os CAPS, mediante a construção de uma rede por meio de intervenções no território de vida, apresentam como possibilidade o delineamento de novas práticas que buscam contemplar os cuidados necessários e a reabilitação psicossocial, com a finalidade de inclusão social das pessoas com doença mental (Brasil, 2004).

No momento de transição do paradigma psiquiátrico para o paradigma psicossocial existe um consenso sobre a *"importância do papel*

dos trabalhadores na produção e reprodução de novas práticas. novas estratégias de ação e novos discursos para lidar com a loucura" (Barros, 2004; p.31). Desta forma, o trabalho no território é um pressuposto para a consolidação da mudança de paradigma de atenção à saúde mental, construindo novas formas de relações sociais entre todos os atores envolvidos e modificando os contextos onde ainda está presente a cultura da exclusão (Guljor, 2003; Leão, 2010).

Basaglia (2005) afirma que para ocorrer definitivamente a reformulação do modelo asilar, a mudança deve acontecer na "*relação entre cidadão e sociedade, na qual se insere a relação de saúde e doença*" (p.231), e portanto torna-se essencial a consciência política na ação técnica.

Segundo Dalmolin (2004) quando as intervenções dos serviços de saúde mental se tornam ações terapêuticas para os seus usuários, todos os atores envolvidos nestas ações obtêm ganhos. Leão (2010) cita como um desses ganhos as transformações nas representações sociais acerca da doença mental. E para isso, a autora enfoca a necessidade de superar o estigma e o preconceito. Conforme Leão (2010), o território é um ponto de referencia cultural, onde ocorre relação de trocas e há possibilidade de construção de novas relações sociais nesse espaço, contemplando o aprendizado da convivência com a diferença e contribuindo com a superação de estigma e preconceito.

No entanto, os desafios decorrentes do processo de transformação proposto pela reforma psiquiátrica são postos aos trabalhadores, que têm as tarefas de expandir e consolidar as mudanças que concretizem a rede de cuidados sob o olhar do território, da integralidade e da participação popular (Yasui e Costa-Rosa, 2008). Kantorski *et al.* (2011) afirma a necessidade da realização de práticas externas ao serviço, as quais promovam parcerias com a comunidade, a favor da diminuição de estigma e preconceitos e aquelas relacionadas ao processo de inclusão social (como por exemplo, geração de renda).

Assim, para promover a recuperação de pessoas com transtornos mentais graves e reduzir o estigma é necessário desenvolver modos de cuidar em que a própria experiência da doença não seja rejeitada. Para isso

se faz absolutamente necessário conhecer a experiência de adoecimento e a vivência de cuidado que pessoas com transtornos mentais graves têm nos serviços territoriais.

1.3. O ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL.

As frequentes internações psiquiátricas vivenciadas por diversas pessoas com diagnóstico psiquiátrico imprimem múltiplas perdas nas esferas profissional, social, afetiva e outras (Leão, 2006), bem como a desconsideração da pessoa quanto à validade de seu poder contratual. Em consequência, surge o preconceito e o estigma, que estabelecem a exclusão de todos aqueles que não estejam inseridos no sistema de trocas.

As pessoas em geral apresentam grande desconhecimento sobre os transtornos mentais, sendo esse um dos motivos da origem do preconceito e do estigma, e muitas vezes apresentam uma reação negativa diante das pessoas com doença mental, considerando-os “perigosos, incapazes e imprevisíveis” (Corrigan, 2005; Klin e Lemish, 2008; Salles, 2011). Aos olhos desta parcela da sociedade, as pessoas com doença mental devem ficar isolados.

Esta visão sobre a pessoa com doença mental, disseminada historicamente e através da cultura dos hospícios e pela legislação criada pelas diferentes sociedades, promove sentimentos de “medo, desconfiança e aversão” pelos loucos até hoje. Esse desconhecimento também propaga a ideia de que as pessoas com doença mental são violentas e que devem ficar isolados em manicômios, o que não encontra respaldo na realidade na medida em que, na maioria das vezes, os doentes mentais são mais vítimas de violência que perpetradores desta (Corrigan, 2005; Corrigan e Sahpiro, 2010; Sartorius e Schulze, 2005; Thornicroft, 2006, 2008; Dubugras, Evans-Lacko e Mari, 2011).

Segundo Kantorski (2001) a desmistificação do louco e da loucura tem ganho um grande espaço através dos profissionais de saúde envolvidos na reforma psiquiátrica. Porém, Spadini e Souza (2006) verificaram que ainda é muito forte no meio social o rótulo dado ao louco, sendo ainda

necessário trabalhos de esclarecimento e divulgação sobre a doença mental para a população.

A importância da compreensão de como o estigma influencia a vida do sujeito justifica-se pela constatação de que esta conduz à autodepreciação, bem como a exclusão nas relações sociais e dificuldades no relacionamento familiar e profissional (Moreira e Melo, 2008).

O estigma é definido como uma diferença indesejada, atributo pejorativo que implica na intolerância do grupo, e quando relacionado à doença mental gera o medo do desconhecido, exclusão e um conjunto de falsas crenças que são originadas da falta de conhecimento e de compreensão sobre os transtornos mentais. É um atributo profundamente depreciativo, e que aos olhos da sociedade serve para desacreditar a pessoa que o possui (Goffman, 2004), contribuindo com a discriminação social.

Matheus *et al.* (2005) acreditam que o estigma também é reforçado pela “caricatura da doença mental” que o louco carrega fisicamente e que é caracterizada pelos efeitos colaterais das medicações psicotrópicas – discinesias, sialorreia, sedação, ganho de peso corporal. Estas “caricaturas” contribuem para a diminuição da autoestima e do autoconceito, e por consequência, roubam as oportunidades sociais da pessoa que o possui, gerando uma barreira para a inclusão social e a cidadania (Thornicroft, 2006; Leão, 2006; Pinto-Folts e Logsdon, 2009; Salles, 2011), além de promover a desistência do tratamento. Para Thornicroft (2006), o estigma, além de estar relacionado a conhecimentos insuficientes ou inadequados (estereótipos), leva a preconceitos, à discriminação e ao distanciamento social da pessoa estigmatizada, bem como acarreta a exclusão social deste indivíduo.

Assim, o estigma relacionado às doenças mentais, além de se associar a uma visão estereotipada de incapacidade, imprevisibilidade e violência, associa-se também à negação de direitos humanos das pessoas com doença mental. Dessa forma, frequentemente contribui para exclusão social dos pacientes e os coloca em posição de desvantagem quando buscam emprego, moradia, estudo, direitos previdenciários, mídia ou mesmo acesso a tratamento. Como consequência produz no paciente autoestigma e baixa autoestima, contribuindo para pior qualidade de vida da pessoa com doença

mental (Thornicroft, 2006; Salles, 2011) e para a perpetuação do modelo manicomial.

O impacto negativo do estigma não se limita à discriminação pelos outros; algumas pessoas com doença mental também endossam atitudes estigmatizantes sobre o sofrimento psíquico, e em essência, sobre si mesmos. Desta forma, estas pessoas acabam diminuindo a sua qualidade de vida. Além disso, pessoas que se autoestigmatizam provavelmente são menos bem-sucedidas no trabalho, na habitação e em redes sociais devido à baixa autoestima e ao baixo autoconceito. Esses indivíduos parecem se convencer de que os estigmas socialmente endossados estão corretos e que eles são incapazes de ter uma vida independente (Corrigan, 1998; Link e Phelan, 2001; Corrigan e Watson, 2002; Corrigan, 2004; Corrigan, Watson e Miller, 2006; Thornicroft, 2006, Thornicroft *et al.*, 2008).

Spadini e Souza (2006) observaram em seu estudo que a pessoa com doença mental e sua família muitas vezes escondem a doença, para não serem classificados dentro da estereotipia que a sociedade pratica, tentando evitar a exclusão, o preconceito e o estigma. Porém, outra parcela de familiares e de pacientes assumem e encontram maneiras de lidar com a doença, de aceitá-la, tendo como consequência disso um melhor tratamento e trocas positivas de experiência. Para que isso ocorra, Kantorski (2001) aponta que os profissionais de saúde mental contribuirão para o fim do estigma e do preconceito por meio de atividades territoriais, com foco em ações de integração do paciente na sociedade, na sua inserção familiar e social.

Os serviços substitutivos, para romper com o estigma da loucura, devem procurar programar ações de autonomia/cidadania do usuário e construir parcerias dentro da comunidade em que está inserido. Kantorski (2001) evidenciou a atuação das equipes dos CAPS na comunidade através de esclarecimentos sobre o papel do serviço e as dúvidas que a sociedade apresenta, além de aumentar a participação dos sujeitos em sofrimento psíquico dentro da sociedade por meio de ações intersetoriais e sociais. O desenvolvimento dessas ações intersetoriais e sociais é de imensa importância para que o CAPS possa alcançar resultados satisfatórios, mediante ao seu caráter aberto e complexo, que precisa estar em

permanente intercâmbio com o contexto territorial onde está inserido, sob a forma de teias criadas no espaço extramuros e em consonância com suas ações construídas durante a interação intensa que se desenvolvem intramuros entre equipe, as pessoas com doença mental e familiares (Nunes *et al.*, 2010).

Segundo Yasuí (2006), os CAPS são serviços de referência que trabalham com a lógica de território e atuam na comunidade, onde se encontra a pessoa com doença mental. Os CAPS, como aponta a portaria nº336 de 2002, são os organizadores da rede, e como tais, deveriam buscar o estreitamento de laços entre o campo da saúde mental e a comunidade (Brasil, 2002), diminuindo o estigma. No entanto, suas ações e espaços precisam incessantemente serem ampliados e estruturados de forma a ocupar todo o território (Delfini, 2009) e fazer parceria com outros serviços e com a comunidade.

Para Santos (2002), o território é um objeto dinâmico, vivo de inter-relações. O território engloba as características físicas de uma dada área, bem como as marcas e relações produzidas pelo homem. Desta maneira, o território vai se compondo pelas características das pessoas, que também sofrem as ações desse território, em processos contínuos de transformação.

De acordo com Delfini (2009) o cuidado se faz dentro dos perímetros do território, porque é neste espaço que as pessoas adoecem. Yassuí (2006) afirma que o território é um norteador das estratégias de ações de cuidados dos serviços de saúde mental, e portanto, uma grande arma contra o estigma.

Amarante (2003) argumenta que precisamos produzir novas formas de nos relacionar com as diferenças e transformar as relações entre sociedade e loucura no âmbito sociocultural. Porém, para Delfini (2009) um dos desafios do CAPS atualmente é conseguir sair da instituição e tornar-se um lugar que não só atenda com qualidade as pessoas com doença mental e seus familiares, mas que promova uma articulação social e intersetorial, primícia básica para a produção de novas práticas e transformações socioculturais.

As equipes que atuam nos CAPS são as grandes responsáveis por

esta função de articuladores social e intersetorial. Elas devem fazer parte da rede de suporte e apoio social às pessoas em sofrimento mental e a seus familiares, promovendo a emancipação de sujeitos que precisam se tornar independentes, pois se destacam pela sua condição de aliar ações de cuidados clínicos a programas de reabilitação psicossocial, estratégia imprescindível para a organização da rede comunitária de cuidados aos usuários e seus familiares (Kinoshita, 2001; Brasil, 2004; Leão, 2006; Mielke *et al.*, 2009).

São as equipes de saúde mental as que têm forças, como articuladores, para criar estratégias de superação do estigma em relação à pessoa com doença mental, pois estão em contato direto com o território e seus recursos (Corrigan, Watson e Miller, 2006; Gray, 2010; Marttila, 2010; Holttum, 2011). A exemplo disso, o estudo de Kantorski (2001) relata que a equipe do CAPS avaliado teve como principal desafio demonstrar para a sociedade a proposta de trabalho promovida pelo serviço em questão, e para isso a equipe se utilizou de gincanas, passeios e idas ao cinema. Esses suportes foram utilizados pelos profissionais para aumentar a inserção dos usuários na comunidade e vice-versa. Diminuindo dessa forma o preconceito que ainda existe na comunidade, embora represente um combate tímido do estigma no território pertencente ao CAPS. Programas de inclusão social dos pacientes, como no caso dos projetos de geração de renda, economia solidária e as atividades culturais promovidas pela rede de serviços (Brasil, 2005), têm sido considerados redutores de estigma, bem como os sites como o da ABRE (Associação Brasileira de familiares, amigo e portadores da esquizofrenia), que disponibiliza livretos de fácil entendimento promovendo o conhecimento sobre as doenças mentais. Por promover este conhecimento a sociedade, entende-se, portanto, que a ABRE tem ações educacionais de superação do estigma da doença mental.

Segundo Rotelli (1990b) a subjetividade do paciente é exercida quando lhe são reconstituídas as condições materiais e sociais. Com base nesta afirmação Kantorski (2001) alerta as equipes dos CAPS para que fiquem sempre atentas às oportunidades oferecidas pelo território, a fim de se inserirem na mesma, divulgando o seu serviço e o conhecimento da doença mental e diminuindo o estigma e o preconceito da loucura

existentes.

Sendo assim, a divulgação do serviço e do conhecimento sobre saúde mental devem ocorrer em diversos eventos, através de recursos como: panfletagem, rádio, televisão, internet e informativos. Tais divulgações também devem ocorrer através da promoção de contato/relações entre paciente e sociedade através de festas e feiras promovidas pelos serviços, modificando as características culturais em relação a doença mental e desconstruindo o estigma (Corrigan, Watson e Miller, 2006; Feldman e Crandall, 2007; Thornicroft, 2006; Ramon, 2010).

As estratégias relatadas são utilizadas para mudar atitudes estigmatizantes que alguns países (EUA, Inglaterra, Portugal, etc) estão desenvolvendo há algum tempo e que usualmente são divididas em: educação (informações sobre as doenças mentais e seus portadores) – que não se mostra duradoura e não necessariamente muda atitudes; contato (por meio da interação direta com as pessoas com doença mental) e protesto (buscando suprimir atitudes estigmatizadas, principalmente na mídia), sendo esta última a menos eficiente (Corrigan e Watson, 2002; Corrigan, Watson e Miller, 2006; Thornicroft, 2006; Perese, 2007).

Mais recentemente, estratégias favorecedoras de empoderamento (*empowerment*) e de participação no tratamento (*recovery*) das pessoas com doença mental têm sido preconizadas de forma a promover sua participação efetiva no planejamento terapêutico e na própria avaliação dos serviços de saúde mental (Corrigan, Watson e Miller, 2006; Corrigan, Larson e Rüsch, 2009; Thornicroft, 2006; Yanos *et al.*, 2008; Yanos *et al.*, 2010). Desta forma, compreende-se que a superação do estigma aumenta o poder contratual das pessoas com doença mental, pois para Kinoshita (2001) o poder contratual da pessoa com doença mental é aumentado quando se desconstrói barreiras cívicas e relacionais, sendo estas geradas pelo estigma e pela exclusão social.

Para que as estratégias tenham eficácia é necessário ter uma equipe capacitada, que tenham conhecimentos bem fundamentados sobre a Reforma Psiquiátrica, desinstitucionalização, Reabilitação Psicossocial, saúde mental e saúde coletiva, exclusão e inclusão social e sobre o estigma da doença mental.

Lucchese e Barros (2009) afirmam que os profissionais podem não estar preparados para prestar assistência a este tipo de clientela devido à falta de especialização, treinamento ou até mesmo a falta de conhecimento proporcionada pela baixa carga horária dispensadas pelas escolas para o ensino da saúde mental. Este pode ser o principal motivo para que ainda hajam serviços que reproduzam o modelo biologicista/ manicomial em serviços substitutivos.

Assim, supervisionar e capacitar às equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, também são ações importantes, pois melhoram o atendimento dos usuários de saúde mental e promovem uma melhor sociabilidade dessas equipes com os sujeitos.

Sabendo disso surgem as seguintes questões: O que os profissionais entendem sobre estigma e reabilitação psicossocial? Quais são as ações de superação do estigma em relação à pessoa com doença mental proposta pela equipe dos CAPS adulto no território de atuação? Elas são para todos os usuários ou é somente para alguns? Há facilidades ou dificuldades para implantar estas ações? Quais são estas dificuldades ou facilidades? Estes serviços estão fazendo parcerias com a comunidade para implementar estas ações? São ações que reabilitam psicossocialmente ou entretêm o paciente? Estas aumentam ou não a contratualidade?

1.4. JUSTIFICATIVA

O interesse de estudar as ações de superação do estigma da doença mental desenvolvidas pelas equipes dos CAPS adultos se dá pela observação e pelos relatos da literatura, sobre a dificuldade que o estigma causa para a inclusão social da pessoa com doença mental na sociedade, assim como por ter presenciado, durante meu trabalho como enfermeira psiquiátrica em CAPS e, atualmente, em Enfermaria de psiquiátrica dentro de Hospital Geral, atitudes estigmatizantes da equipe profissional.

Observo que alguns colegas da equipe multidisciplinar que desconhecem o conceito de estigma, ou que tem preconceitos, fazem

brincadeiras colocando apelidos jocosos na pessoa com doença mental. Porém, questionam sobre dificuldades de inclusão social dos pacientes cuidados por eles.

No entanto, a equipe é um dos principais atores envolvidos no processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, cabendo a esta sempre que possível se capacitar e capacitar outros serviços envolvidos na rede para um melhor funcionamento dos trabalhos prestados na saúde mental. A divulgação das práticas de atenção psicossocial fora do CAPS contribuem para o processo de transformação da assistência em saúde mental, pois as atividades na sociedade ajudam a criar vínculos, reforçando os seus laços sociais e produzindo uma maior inclusão de todos os sujeitos envolvidos, e por consequência, diminuição do estigma.

Portanto, conhecer serviços que devem implementar a superação do estigma será importante para entender melhor a dinâmica e os resultados destas ações.

Este estudo, portanto, deverá gerar um conjunto de dados de interesse acadêmico e potencial aplicação para o aumento de ações de superação do estigma, como também para a implantação de estratégias que auxiliem a promoção destas ações pelos CAPS, imprescindível para a prática de reabilitação psicossocial e para a consumação da inclusão social.

2. OBJETIVOS.

2.1. OBJETIVO GERAL

Contribuir para a formulação de ações de reabilitação psicossocial que contemplem a proposta de superação do estigma no território.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conhecer a compreensão dos profissionais das equipes multidisciplinares dos CAPS Adultos sobre o conceito de estigma da loucura.
2. Identificar as estratégias de intervenção para superar o estigma da doença mental realizadas por equipes multidisciplinares dos CAPS adultos em seu território de atuação.
3. Analisar a possibilidade e a dificuldade das equipes multidisciplinares para a implementação das ações de superação do estigma.

3. MÉTODO.

O presente estudo é uma pesquisa de campo qualitativa de abordagem descritiva e exploratória, por meio da qual a candidata procurou compreender o fenômeno em estudo: as ações desenvolvidas pelas equipes multidisciplinares de CAPS para superação do estigma da doença mental.

A pesquisa qualitativa pode ser entendida como a tentativa de obter profunda compreensão dos significados e definições da situação, tal como as pessoas nos apresentam. Tem como pressuposto que o mundo está permeado por significados e símbolos, sendo a intersubjetividade um ponto de partida para captar reflexivamente os significados sociais (Minayo, 2010), como é o caso do estigma da doença mental.

Para fundamentar a abordagem das questões relacionadas ao objeto de estudo, olhando para a pluralidade de seus aspectos, foi eleito o conceito de estigma desenvolvido por Erving Goffman.

3.1. O CONCEITO DE ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL COMO BASE TEÓRICA.

De acordo com Goffman (2004), originalmente o termo estigma foi cunhado na Grécia antiga para designar marcas físicas produzidas artificialmente no corpo de uma pessoa com o objetivo de sinalizar o status moral inferior dela, indicando que se tratava de uma pessoa moralmente manchada e com a qual se devia evitar contato, especialmente em locais públicos.

A leitura do autor citado permitiu a compreensão do termo de acordo com o que se segue.

O conceito de estigma percorreu uma longa trajetória, da Grécia antiga à atualidade. Na Idade Média o termo “estigma” era utilizado com referência a sinais físicos presentes no corpo de alguém, e que eram interpretados como sinais de graça divina recebida pelo indivíduo. Era

também utilizado na acepção médica, como sinais físicos do corpo que indicavam a presença de alguma doença.

Na atualidade a palavra estigma é utilizada com um sentido semelhante ao original, porém refere-se à própria condição social de desgraça e descrédito, e não mais à evidência corporal de inferioridade moral. É uma marca social, uma mancha ou mácula social, como alguns preferem. Trata-se, portanto, da marca de inferioridade social. Esse descrédito social resulta de julgamentos mais ou menos consensuais das pessoas da comunidade na qual ocorre esse fenômeno.

Na discussão sobre a questão, frequentemente tem sido apontado como sendo estigma o atributo que torna alguém diferente de pessoas comuns, com um profundo sentido depreciativo, caracterizando-o como um ser inferior.

O próprio Goffman (2004, p. 12) acenou nessa direção, ao apontar que:

Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável - num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande [...]

Entretanto, logo em seguida, assinalou que é necessária a linguagem de relações, pois um “*atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem*”; portanto, nenhum atributo é, “*em si mesmo, nem honroso nem desonroso*” (p. 13).

O conceito de estigma, em Goffman é na realidade singular. Para Jones *et al.* (1984)³ *apud* Link e Phelan (2001), o estigma se refere às consequências do processo de descrédito. Já Pfuhl e Henry (1993) apontam a identidade moralmente deteriorada de alguém socialmente indesejável. Na introdução à sua obra, Katz (1981)⁴ *apud* Katz e Hass (1988) aponta a ambivalência como um conceito importante no estudo do estigma. O

³ Jones E E, Farina A, Hastorf A H, Markus H, Miller D T, Scott R A. Social stigma: The psychology of marked relationships. New York: W. H. Freeman. 1984.

⁴ Katz, I. Stigma: A social psychological analysis. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1981.

próprio termo estigma é ambivalente na sua polissemia.

Embora o estigma se refira hoje à própria condição social de desgraça e descrédito, e não mais à evidência corporal da inferioridade moral, o sentido original do conceito deve ser analisado com algum detalhe, pois ainda que metaforicamente, o estigma parece cumprir ainda hoje essencialmente as mesmas funções. E a função primordial desempenhada pelo estigma é a de controle social, como é observado na história da loucura (Goffman, 2004).

A marca social que representa hoje o estigma não é visível, mas a manipulação que se faz do estigma e o tratamento especializado dispensado ao estigmatizado podem aumentar a visibilidade da condição especial desse indivíduo. Alguns autores afirmam que somente o fato de uma pessoa ser internada em um aparelho asilar já faz com evidencie o seu sofrimento, passando a sofrer com o estigma da loucura (Salles, 2005; Gibson, 2008; Boyd *et al.*, 2010).

Os procedimentos de identificação e atribuição de rótulos específicos, a prescrição categorial de serviços especializados e as relações sociais com os usuários desses serviços podem ser administrados de modo a aumentar a visibilidade da condição especial deles. Desta maneira, subentende-se que os diagnósticos dispensados a uma pessoa a encarcera dentro do esteriótipo de periculosidade e incapacidade, que foi construído por anos pela evolução da assistência à loucura e enraizado na cultura da sociedade moderna (Corrigan, 2005, 2007; Salles 2005, 2011; Klin e Lemish, 2008; Barney, 2009; Brohan *et al.*, 2010; Cook e Wang, 2010).

Os símbolos de estigma podem ser amplamente empregados para sinalizar à coletividade em geral que aquelas pessoas são socialmente marcadas. A ilusão de homogeneidade intracategorial e heterogeneidade intercategorial, e o consequente tratamento indiferenciado e distintivo dos membros de uma mesma categoria, contribuem para aumentar a visibilidade da mácula social (Goffman, 2004).

O circuito se completa na extensão em que se criam estereótipos, verdadeiras caricaturas que põem em evidência os traços presumidamente comuns a todas as pessoas colocadas em uma mesma categoria, destacando-os como marcas distintivas dessas pessoas. No caso da loucura

se destacam a incapacidade e periculosidade (Goffman, 2004).

Desde o trabalho de Goffman em 1963, os pesquisadores demonstraram que o estigma associado a pessoas com doença mental, particularmente aquelas sofrendo de doenças com sintomas psicóticos ou depressivos, está entre os mais nocivos tipos de estigma (Corrigan e Penn, 1999; Link *et al.*, 1999; Crisp *et al.*, 2000; WHO, 2001, Buizza *et al.*, 2007; Alonso, 2008), pois eles geram um estereótipo de que o louco é violento e perigoso devido ao comportamento bizarro gerado através das alucinações e dos delírios (Link *et al.*, 1999; Crisp, 2001; Corrigan, 2007).

Link *et al.* (1999) em seu estudo do diferencial semântico, alertaram que os entrevistados tinham uma visão estigmatizada da doença mental, pois tipificaram um homem com sintomas psicótico como perigoso, sujo, desprezível, preguiçoso, alguém que não valia a pena. Para que esta visão seja superada, os autores indicam que há a necessidade de atuação de serviços que planejam ações que superem ao estigma, desmistificando a doença mental e almejando a aceitação da pessoa com doença mental na sociedade.

No entanto, alguns autores indicam a necessidade de identificar os processos sociais e culturais que ligam categorias de pessoas aos estados morais desvalorizados e investigar como estes estão presentes na vida cotidiana dos indivíduos e suas famílias, como são tratados os dilemas morais, as relações sociais cindidas e as possibilidades da vida para aqueles afetados (Link e Phelan, 2001; Feldman e Crandall, 2007; Thornicroft *et al.*, 2007; Ahmedani, 2011). Esta mudança de perspectiva nos força a olhar para além dos indivíduos – ou para além da pessoa (Moreira, 2001), e a considerar como respostas às doenças específicas são construídas e inseparáveis da estrutura normativa da sociedade e de ambientes socioculturais específicos (Weiss e Ramakrishna, 2001; Feldman e Crandall, 2007). Isto sugere a importância de se examinar o estigma da doença mental como um fator causador de exclusão social (Gray, 2010; Gulliver, 2010) que deve ser observado pelos profissionais de saúde mental.

A perda resultante da falta de identidade e do confinamento se estende às redes familiares (Das, 2001). Em muitas sociedades onde a pobreza impera e onde os serviços que não seguem a lógica manicomial são

poucos, as pessoas com doenças mentais severas e persistentes são frequentemente escondidas pelos familiares e trancadas em sua própria residência, seja como medida de proteção ou de vergonha, podendo ainda sofrer com a violência de familiares (Moreira, 2002; Thornicroft, 2006; Wong, 2009; Duburgras *et al.*, 2011).

Associados ao estigma e ao autoestigma são desenvolvidos comportamentos de vergonha, isolamento, e manutenção da doença em segredo, por conta da imagem pejorativa que esta traz, associada à loucura, e por consequência, à diminuição da autoestima (Link *et al.*, 2001; Gibson, 2008; Corrigan, 2009). Estes resultados não são novos e corroboram a tradicional literatura sobre o “estigma da loucura” (Foucault, 1995; Link e Phelan, 2001; Corrigan e Lundin, 2001; Goffman, 2004).

O estigma da doença mental tradicionalmente encontra-se associado ao medo da loucura (Link e Phelan, 2001, Thornicroft, 2008), por falta de conhecimento do processo de adoecimento da mesma. Há também casos em que o estigma resulta em isolamento pelo fato das pessoas acharem que o doente mental esteja inventando a doença, ou mesmo que ele é capaz de controlar os sintomas da doença, simplificando o processo de sofrimento a uma simples atuação (Barney, 2009; Cook e Wang, 2010).

Esta nova dimensão relativa ao estigma abre a necessidade de novas perspectivas de intervenção na saúde pública e na saúde mental: trata-se de sublinhar os contornos da invisibilidade da doença mental, reconhecendo sua visibilidade, isto é, sua existência, o que implica a necessidade de ações que superem este estigma no território e promovam a cidadania da pessoa com doença mental através da reabilitação psicossocial (Rüsch, Angermeyer e Corrigan, 2005; Hirdes, 2009). A partir de uma intervenção que torne visível o sofrimento invisível para a sociedade, esclarecendo para esta a doença mental, se promoverá compreensão, respeito e, portanto, a desestigmatização da loucura.

Não tendo mais que esconder seu sofrimento, pelo simples medo de não ser compreendido, mais pessoas que sofrem de doenças mentais poderão buscar tratamento, evitando que a doença mental se instale de forma mais profunda na sua vida com consequências psicossociais de exclusão por conta do estigma.

Segundo Corrigan e Lundin (2001) o estigma internalizado, ou o sentimento de estigma em relação a si mesmo enquanto doente mental, está associado a uma sensação de “despotencialização”. Ou seja, pelo fato de serem diagnosticados como doentes mentais, as pessoas com este rótulo se sentem frágeis, impotentes (Corrigan, 2007). O sentimento de “despotencialização” é uma característica das doenças mentais em geral (Moreira, 2002). O doente mental passa a acreditar que é um incapaz.

Sabendo disso, na década de 1980 instituições nos Estados Unidos da América passaram a promover ações de superação do estigma da doença mental no sentido de alcançar a inserção social das pessoas com doença mental na sociedade (Department of Health and Human Services [DHHS], 1986). Com este intuito lançaram diversas cartilhas e as distribuíram em escolas e locais públicos, bem como atuaram com programas educativos na mídia para promover o conhecimento da doença mental visando sua desestigmatização. Estudos indicam, que as atitudes acima são potencializadas a partir do momento que as pessoas 'normais' entram em contato com a pessoas como doença mental (Corrigan e Watson, 2002; Corrigan, 2005, 2007; Corrigan, Larson e Rüsch, 2009; Thornicroft, 2006; Stuart, 2008; Pinto-Foltz e Logsdon, 2009).

Historicamente o doente mental se sente estigmatizado porque é visto como louco pelo grupo cultural com quem convive (Foucault, 2004; Goffman, 2004). Estudos mostram que esta forma de produção cultural do estigma se dá de modo similar no Brasil (Ferraz, 2000; Rodrigues e Figueiredo, 2003).

Desta maneira as equipes dos serviços substitutivos territoriais, como o CAPS, devem realizar ações neste sentido que mude esta questão cultural em relação à loucura para poder alcançar a superação do estigma da doença mental.

Para que isso possa acontecer, os profissionais de saúde mental tem de reconhecer os usuários dos serviços substitutivos territoriais como cidadãos da comunidade, caso contrário eles condenarão estas pessoas a um papel social marginalizado, reforçando o estigma e a discriminação que são prevalentes na sociedade (Bertram e Strickley, 2005).

Assim, a equipe multidisciplinar dos CAPS tem um papel importante

para ampliar debates sobre os direitos e sobre a cidadania das pessoas com doença mental no seu território de atuação, informando às pessoas com e sem doença mental e aos empregadores sobre o propósito de diminuir a discriminação/estigma relacionado à doença mental (Gray, 2010; Marttila, 2010). A equipe multidisciplinar, segundo Sayce (2001), deve aproveitar as oportunidades dentro e fora do campo de trabalho em saúde mental para promover a inclusão social, a reabilitação psicossocial e a superação do estigma da doença mental na sociedade através de ações estratégicas no seu território de atuação.

3.2. CATEGORIA ANALÍTICA.

As categorias analíticas, são aquelas que abarcam historicamente as relações sociais primordiais e são delimitantes para conhecer o objeto em seu caráter genérico (Minayo, 2010). Neste estudo será usado o conceito de Reabilitação Psicossocial. Esta categoria analítica é de extrema importância para o presente estudo, pois considerando que a missão do CAPS é a reabilitação psicossocial dos usuários, entende-se que o conceito deve sustentar as ações desestigmatizadoras realizadas por equipes multidisciplinares dos CAPS em favor da pessoa com doença mental no território.

3.2.1. A Reabilitação Psicossocial.

Segundo Pitta (2001), a Reabilitação Psicossocial está presente no cenário brasileiro desde 1990 e adquiriu caráter "ortopédico", cuja ideia é recuperar as habilidades daqueles que apresentam uma disfunção física ou psíquica e assim restituir a condição de normalidade. No entanto, Pitta (2001) propõe uma definição, dentro das chamadas democracias emergentes e com ênfase na noção de equidade:

“Reabilitação psicossocial implica numa ética de solidariedade que facilite aos sujeitos com limitações para os afazeres cotidianos, decorrente de transtornos mentais severos e

persistentes, o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica que viabilize o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade"(p.9).

Nesta perspectiva, Bertolote (2001) argumenta que o sentido de reabilitação não se resume a transformar um indivíduo desabilitado em habilitado, mas em atenuar ou remover barreiras que impedem a integração na comunidade e o pleno exercício dos direitos e da cidadania.

Conforme Saraceno (2001), os profissionais de saúde mental devem estar atentos em relação à construção da cidadania da pessoa com doença mental, bem como a restituição da contratualidade deles nos aspectos de moradia, da rede social e do trabalho com valor social que são os eixos norteadores do processo de Reabilitação Psicossocial, a fim de ampliar os espaços de negociação para a realização das trocas sociais daqueles que o sistema excluiu, reduzindo desta forma o estigma da doença mental. Ainda para Saraceno (2001), o cumprimento da Reabilitação Psicossocial necessita de intervenção técnica em relação ao serviço (o próprio tratamento), aos recursos disponíveis (humanos, comunitários e materiais) e ao contexto de vida da pessoa com doença mental. Em suma, a reabilitação psicossocial seria um processo contínuo que objetiva oportunidades de trocas de recursos e afetos, possibilitando o aumento de poder contratual da pessoa com doença mental.

Desta forma, este processo visa devolver ao indivíduo sua cidadania, ou seja o direito pleno de uma constituição afetiva, relacional, material, laboral e habitacional, e por consequência, sua inserção social e a superação do estigma. A reabilitação psicossocial aponta para a superação de estigma e preconceito e visa promover equidade e oportunidade. Seus proponentes estão empenhados na organização, legislação, profissionalização, qualidade de cuidado e garantia de qualidade de vida, organização familiar e suporte, autoajuda, participação educacional e promoção de esforços para fortalecer serviços, expansão de serviços, pesquisa e desenvolvimento dos sistemas existentes (Hirdes e Kantorski, 2004).

De acordo com Saraceno (2001) a reabilitação psicossocial e a evolução da pessoa com doença mental não depende apenas de intervenções

clínicas, mas sim das transformações situacionais deles. A Reabilitação Psicossocial é uma proposta para se operar nos diferentes ambientes sociais (em casa, no bairro, no trabalho da pessoa com doença mental), restituindo o poder contratual para atuar na família e na comunidade, bem como nas políticas de saúde, organização do trabalho entre outros, no qual o doente está inserido, propiciando sua ação como cidadão de direitos. A reabilitação psicossocial pressupõe que a comunidade e o tratamento no território sejam dimensões possíveis de propiciar a inserção social da pessoa com doença mental. Desta forma, as equipes multidisciplinares dos serviços substitutivos territoriais – os CAPS – que são aparatos que tem como proposta a Reabilitação Psicossocial, seriam os propulsores de ações de superação do estigma da doença mental no seu território de atuação, com vista para a inclusão das pessoas com doença mental na sociedade, posto que o estigma da doença mental seja uma barreira neste sentido.

Estes profissionais que compõe as equipes multidisciplinares dos CAPS emprestariam seu poder contratual (Kinoshita, 2001) para desenvolver ações que aumentassem o contato/relações com a pessoa com doença mental no território, permitindo maior atuação destas nas políticas públicas e de cidadania, além de ações educativas que propiciassem maior entendimento da sociedade sobre a saúde mental e estigma da doença mental. Sayce (2003) argumenta que estes serviços de saúde mental e os atores envolvidos no processo devem movimentar os diversos setores da sociedade, seja o legislativo, a educação, as políticas públicas, ou o próprio meio onde vive a pessoa com doença mental, para angariar forças para superar o estigma da doença mental e aumentar a inclusão social daqueles que há tanto tempo estão excluídos da sociedade.

Um exemplo de processo de reabilitação psicossocial de doenças estigmatizadas foi o ocorrido com a síndrome de Down, após ações educativas ocorridas nos principais meios de comunicação, a implantação de leis que incluíssem essas pessoas no mercado de trabalho e garantissem o acesso à escola e à saúde. A iniciativa resultou em um aumento do contato entre estes cidadãos graças à maior atuação das famílias, dos portadores de Down e aos profissionais dos serviços de atendimento destas pessoas. Isto fez com que hoje a síndrome de Down seja vista como algo em superação, o

que aumentou a inclusão deles na nossa sociedade.

Para que isso ocorra com a doença mental, os projetos de reabilitação psicossocial devem transcender as limitações de estrutura física, tendo como “*setting*” a rua, a cidade, o legislativo, o habitar da pessoa com doença mental, fazendo de cada local e momento uma oportunidade de pôr em prática a reabilitação psicossocial, visando a superação do estigma da doença mental e a transformação de uma realidade dialeticamente construída e inventada no seu cotidiano (Hirdes e Kantorski, 2004). Para que esta realidade se amplie, é necessário o envolvimento de todos (profissionais, familiares e pessoas com doença mental) e a desmistificação da doença mental com ações de superação do estigma e educação da sociedade. Tendo como perspectiva a cidadania e a inclusão social da pessoa com doença mental.

Portanto, os CAPS representam mais do que uma simples alternativa ao modelo hospitalar predominante, funcionando com o objetivo de evitar internações psiquiátricas e diminuir sua reincidência, e principalmente por tornar possível o desenvolvimento de laços sociais e interpessoais, indispensáveis para o estabelecimento de novas possibilidades de vida através da proposta de reabilitação psicossocial.

3.3. REVISÃO INTEGRATIVA.

Foi realizada uma revisão integrativa dos vários estudos encontrados durante a fase de exploração da literatura sobre o tema, para o processo de síntese e análise dos resultados, criando um corpo de literatura compreensível sobre o estigma da doença mental e o processo de inclusão e exclusão social.

O levantamento bibliográfico propriamente dito foi realizado através do LILACS, SCOPUS, MEDLINE, PUBMED e SCIELO, utilizando as seguintes palavras-chaves: *estigma, exclusão social, inclusão social, doença mental e saúde mental*. O Acesso aos periódicos internacionais e nacionais foi obtido através das assinaturas das bibliotecas no VPN – USP (Virtual Private Network).

Os critérios para a inclusão dos artigos foram: os artigos publicados em inglês e português; artigos na íntegra que retratassem a temática referente à revisão integrativa e artigos publicados e indexados nos bancos de dados supracitados.

O levantamento dos periódicos internacionais se restringiu durante o período do ano de 2006 a 2012, obtendo um total de 3289 artigos sobre o tema. Enquanto o levantamento da literatura nacional sobre o tema se restringiu durante o período de 2000 a 2012, obtendo um total de 146 artigos. A compreensão das concepções sobre "estigma da doença mental" foi enriquecida a partir da aproximação a pesquisas realizadas em distintos períodos, possibilitando que configurasse a temática, adquirindo forma e concretude em contextos diferentes.

Após o levantamento bibliográfico, realizou-se a leitura exploratória do material encontrado. Com essa leitura, pôde-se obter uma visão global do material, considerando-o de interesse ou não à pesquisa. Em seguida, efetuou-se a leitura seletiva dos resumos destes artigos, a qual permitiu determinar qual material bibliográfico realmente era de interesse desta pesquisa. Finalmente, foram delimitados os textos a serem interpretados em um total de 44 artigos que abordam o estigma da doença mental, sendo 35 artigos internacionais e 11 nacionais.

A partir desse momento, os artigos foram colocados em ordem cronológica, sendo feitos: o reconhecimento com enfoque nos seguintes aspectos que compuseram uma "ficha bibliográfica": dados de identificação do artigo – título, nome do periódico, volume, número e ano de publicação e dados de identificação do pesquisador: nome, categoria profissional, local de atuação; a análise do artigo: apreensão das concepções acerca do estigma, ou seja, quais as ideias sobre "estigma da doença mental" veiculadas no artigo; a síntese integrativa: integrando os artigos lidos, em suas diferenças e semelhanças "conceituais" foi possível uma aproximação à concepção geral acerca das ações de superação do estigma da doença mental, conforme é tratada na produção científica analisada.

Durante o processo de análise e de síntese integrativa foi fundamental estabelecer uma relação aberta com o texto, permitindo que ele se revelasse em suas intenções, sendo essencial o diálogo

pesquisador-texto-contexto. Neste diálogo Obtivemos os seguintes resultados desvelados nos quadros 1 e 2.

Há, nestes estudos, a compreensão de que é necessário que a superação do estigma se faça através de ações desenvolvidas pelos serviços comunitários (como, por exemplo, estimular a convivência entre o louco e o não louco) e pelo Estado (através de ações educativas em diversas áreas de sua responsabilidade).

Quadro 1: Artigos nacionais levantados nas Bases de dados MEDLINE, SCOPUS, SCIELO, LILACS e PUBMED sobre o tema: O estigma da doença mental e o processo de inclusão/exclusão social.

Artigos em Português						
N	Procedência	Autores	Título	Periódico (vol., Nº, pág., ano)	Descritores	Temática
1	MEDLINE, SCOPUS, SCIELO, LILACS	Hirdes A, Kantorski LP.	Reabilitação psicossocial: objetivos, princípios e valores.	Rev. Enferm UERJ, 12:217-21. 2004.	Prática profissional; psiquiatria; reabilitação; saúde mental.	Ressalta as aproximações e diferenças entre tratamento e reabilitação psicossocial, destacando-a como tecnologia de ajuda às pessoas com doença mental a alcançar melhores níveis de funcionamento na comunidade e sobre a questão do estigma.
2	SCIELO, SCOPUS	Hirdes, A.	"Reforma psiquiátrica e reabilitação psicossocial: uma leitura a partir do materialismo dialético".	Saúde em debate 32(78/80): 9-17. 2008.	Serviços de Saúde Mental Desinstitucionalização Saúde Mental	Reflete acerca da utilização do referencial teórico metodológico do materialismo dialético como suporte para interpretação e discussão do processo de Reforma Psiquiátrica, do estigma e reabilitação psicossocial no contexto brasileiro.
3	SCIELO, SCOPUS	Hirdes A.	Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão.	Ciência & Saúde Coletiva, 14(1):165-171, 2009.	Saúde mental, Atividades cotidianas, Autonomia pessoal	Aborda a autonomia e cidadania no processo de reabilitação psicossocial que trazem consigo variáveis determinantes – o estigma, as expectativas, a intolerância –, que denunciam formas de exclusão social do trabalho. Um dos maiores obstáculos diz respeito à inserção do “louco” no mercado de trabalho formal.
4	SCIELO	Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A, Machado MS	O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais	Ciênc. saúde coletiva, 14(1):159-164. 2009.	Enfermagem, Saúde mental, Reabilitação	Analisa o entendimento dos profissionais dos CAPS sobre o cuidado que é prestado neste local. Os aspectos do atendimento vão além do biológico, incluindo também a família e a sociedade; a equipe do CAPS tem ampliado seu olhar sobre a saúde mental e os efeitos deletérios do estigma quando compreende a reabilitação psicossocial como o centro do cuidado.

Artigos em Português (Cont.)

N	Procedência	Autores	Título	Periódico (vol., N°, pág., ano)	Descritores	Temática
5	MEDLINE, SCOPUS, SCIELO, LILACS, PUBMED	Moll MF Saeki T.	A vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um centro de atenção psicossocial.	Rev. Latino-Am. Enfermagem, 17(6). 2009.	transtornos mentais; qualidade de vida; enfermagem.	Destaca que a terapêutica empregada no CAPS colabora para a adesão ao tratamento, diminui o estigma e reduz as internações psiquiátricas, porém a vida social dos “loucos” ocorre Também no contexto familiar. Essa realidade mostra a necessidade de parcerias junto à Estratégia Saúde da Família e à comunidade para ampliar intervenções socializantes e superar o estigma.
6	SCIELO	Nunes MO Torrenté M	Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe.	Revista de Saúde Pública, 43, 101-108. 2009.	Pessoas Mentalmente Doentes, Relações Profissional-Paciente. Preconceito. Relações Profissional-Família. Serviços de Saúde Mental.	Analisa os processos de estigmatização e modalidades de violência vividos por portadores de transtornos mentais. As variadas formas de expressão do estigma denotam uma situação sociocultural de violências contra os portadores de transtornos mentais. Propõe-se a constituição de observatórios estaduais capazes de planejar e avaliar contra-ações às estigmatizações.
7	SCIELO	Moreira V Melo AK.	“Minha Doença é Invisível!”: Revisitando o Estigma de ser Doente Mental.	Interação em Psicologia, (12)2:305-314. 2008.	Estigma; doença mental; fenomenologia.	Destaca a presença do estigma e, principalmente, do autoestigma na experiência vivida da doença mental. Diante disso são desenvolvidos comportamentos de vergonha, isolamento, e manutenção da doença em segredo, por conta da imagem pejorativa da doença mental dentro da tradicional compreensão do estigma associado à loucura; a experiência vivida tanto do estigma quanto do autoestigma está relacionada ao caráter “invisível” da doença mental.
8	SCIELO	Rodrigues CR Figueiredo MAC.	Concepções sobre doença <i>mental</i> em profissionais, usuários e seus <i>familiares</i> .	Est Psicol.; 8(1):177-25. 2003.	Saúde Mental, Doença Mental, Crenças, Valores, Concepções	Salienta que as concepções presentes no trabalho em Saúde Mental se caracterizam pela reprodução estereotipada de conhecimentos adquiridos e a práxis passa a se constituir pela manutenção do estabelecido, sem a criação de novos modelos de intervenção.

Artigos em Português (Cont.)

N	Procedência	Autores	Título	Periódico (vol., Nº, pág., ano)	Descritores	Temática
9	SCIELO, SCOPUS, MEDLINE, LILACS	Spadini LS Souza MCBM.	A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares.	Rev. esc. enferm. USP; 40(1): 123-127. 2006.	Saúde da Família Transtornos Mentais Enfermagem Psiquiátrica	Analisa a compreensão sobre doença mental de pacientes e familiares. Quatro categorias foram identificadas: dificuldade de relacionamento familiar com o doente; preconceito e estigma; explicação orgânica/biológica para a doença; o medo e a dor da loucura. A maioria dos trabalhos nos mostra que, em relação à assistência, há necessidade de apoio e expansão da rede de saúde para atender essa demanda.
10	SCIELO, SCOPUS, MEDLINE, LILACS	Salles MM Barros S	Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental	Acta paul. Enferm., 22(1): 11-16. 2009.	Saúde mental; Hospitais psiquiátricos; Serviços de saúde mental; Pessoas mentalmente doentes	Investiga como a doença mental afetou a vida cotidiana do paciente que está convivendo na sociedade e analisa as possibilidades de inclusão social encontradas pelos sujeitos; mostra o estigma como uma dificuldade de inclusão social, porém os usuários dos CAPS encontram formas para superá-lo e se reinserir na sociedade.
11	SCIELO, SCOPUS	Leão A Barros S.	As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social.	Saude soc, 17(1), 95-106. 2008.	Inclusão social; Serviço de saúde mental; Reabilitação psicossocial.	Compreende a ocorrência das práticas de inclusão social voltadas para as pessoas com doença mental, no intuito de contribuir para a avaliação de serviços de saúde mental, considerado um importante avanço no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Os discursos revelaram concepções representativas do modelo psiquiátrico tradicional e sobre o estigma, podendo ser superadas a partir de uma maior clareza do projeto institucional do CAPS e de discussões dentro das equipes interdisciplinares.

Quadro 2: Artigos Internacionais levantados nas Bases de dados MEDLINE, SCOPUS, SCIELO, LILACS e PUBMED sobre o tema: O estigma da doença mental e o processo de inclusão/exclusão social.

Artigos em Inglês						
N	Procedência	Autores	Título	Periódico (vol., N°, pág., ano)	Descritores	Temática
1	MEDLINE, SCOPUS, PUBMED	Ahmedani BK.	Mental Health Stigma: Society, Individuals, and the Profession.	J Soc Work Values Ethics; 8(2): 4-14-16. 2011.	Mental Health, Psychiatric Conditions, Stigma, Treatment Engagement, Social Work Ethics	Analisa a questão ética do estigma que age como uma barreira para as pessoas com doença mental que podem procurar ou se envolver em serviços de tratamento.
2	SCOPUS	Alonso J et al..	Association of Perceived Stigma and Mood and Anxiety Disorders: Results from the World Mental Health Surveys.	Acta Psychiatr Scand. 118(4): 305–314. 2008.	Mental Disorders, Stereotyping/Stigmatization, Disability Evaluation, Epidemiology, Health Surveys	Avalia a prevalência de estigma entre pessoas com transtornos mentais e condições físicas crônicas em um estudo internacional.
3	MEDLINE, SCOPUS, PUBMED	Barney LJ et al..	Exploring the nature of stigmatising beliefs about depression and help-seeking: Implications for reducing stigma.	BMC Public Health, 9:61. 2009	Stigma Stereotyping/Stigmatization Mental Health	Delineia intervenções para reduzir o estigma, posto que visa investigar sistematicamente as percepções da comunidade de crenças sobre a depressão de acordo com a teoria de componentes dimensionais do estigma.
4	SCOPUS	Berry C, Gerry L, Hayward M e Chandler R.	Expectations and illusions: a position paper on the relationship between mental health practitioners and social exclusion.	J Psychiatric. and Mental Health Nursing, 17:411–421. 2010.	Mental Health Stigma Social Exclusion	Explora o relacionamento entre os profissionais, o estigma e a exclusão social dos usuários dos serviços de saúde mental. A revisão da literatura foi realizada a fim de identificar os temas entre os fatores que aparecem para moderar e contribuir para esta relação. Esses fatores são apresentados e implicações para a prática inclusiva e menos estigmatizadas são exploradas.

Artigos em Inglês (Cont.)

N	Procedência	Autores	Título	Periódico (vol., N°, pág., ano)	Descritores	Temática
5	PUBMED	Boyd JE et al..	The relationship of multiple aspects of stigma and personal contact with someone hospitalized for mental illness, in a nationally representative sample.	Soc Psychiat Epidemiol 45:1063–1070. 2010.	Stigma, Mental illness, Survey, Personal experience, Contact	Avalia a relação do estigma após a convivência com a pessoa com doença mental permanece depois de levar em conta os efeitos das crenças falsas e outras características de fundo, como o desconhecimento da doença.
6	MEDLINE SCOPUS	Brohan et al.	Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures.	BMC Health Services Research, 10:80. 2010.	Stigma, Mental illness, Health Surveys	Revisa a prática corrente para a aferição do estigma da doença mental, o preconceito e a discriminação sofrida por pessoas que têm experiência pessoal de doença mental. Identifica as medidas utilizadas, suas características e propriedades psicométricas.
7	MEDLINE, SCOPUS, PUBMED	Buizza C et al..	The stigma of schizophrenia from patients' and relatives' view: A pilot study in an Italian rehabilitation residential care unit.	Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 3:23. 2007.	Stigma, Mental illness, Stereotyping/Stigmatization	Identifica os elementos constitutivos do estigma do ponto de vista daqueles que têm experiências primeiro episódio de crise.
8	MEDLINE SCOPUS	Cook T Wang JL.	Descriptive epidemiology of stigma against depression in a general population sample in Alberta.	BMC Psychiatry, 10:29, 2010.	Stigma, Mental illness, Stereotyping/Stigmatization	Estima as porcentagens de diversas atitudes estigmatizantes em relação a depressão em uma amostra da população geral e comparar as porcentagens por características demográficas e sócio-econômicas.
9	MEDLINE, SCOPUS, PUBMED	Corrigan PW, Larson JE Ruesch N.	"Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices.	World Psychiatry. 8 (2): 75-81. 2009.	Self-stigma, mental illness, public stigma, self-esteem, self-efficacy, empowerment	Revê a literatura que explica "Why try", focando especialmente modelos da psicologia social.
10	MEDLINE, SCOPUS, PUBMED	Corrigan PW e Shapiro JR.	Measuring the Impact of Programs that Challenge the Public Stigma of Mental Illness.	Clin Psychol Rev. 30(8): 907–922, 2010.	Instruments' evaluation mental illness, public stigma	Analisa as aferições relacionadas com a mudança do estigma. As avaliações incluem comportamento, influência, ponto de vista psicológico, conhecimento e informações dos processos fisiológicos para a avaliação de programas anti-estigma.

Artigos em Inglês (Cont.)

N	Procedência	Autores	Título	Periódico (vol., Nº, pág., ano)	Descritores	Temática
11	MEDLINE, SCOPUS,	Corrigan PW	How clinical diagnosis might exacerbate the stigma of mental illness.	Social Work, 52:31-39. 2007.	diagnosis; DSM; empathy; stigma	Analisa como o diagnóstico biomédico pode agravar muito a experiência do estigma da doença mental. E propõe estratégias que podem diminuir os efeitos indesejados do diagnóstico.
12	MEDLINE, SCOPUS, PUBMED	Corrigan PW, Watson AC e Miller FE.	Blame, shame, and contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma on family members.	Journal of Family Psychology, 20(2): 239-246, 2006.	Family, stigma mental health	Avalia como a sociedade vê os membros da família de uma pessoa com doença mental ou usuária de álcool/drogas ou em comorbidade, bem como avalia a influência do estigma da desordem psiquiátrica sobre a família.
13	MEDLINE, SCOPUS, PUBMED	Corrigan PW e Wassel A.	"Understanding and influencing the stigma of mental illness."	J. psychosocial nurs mental health services. 46(1): 42-48. 2008.	Stigma, Self-stigma Social Exclusion	Analisa como o estigma e o autoestigma podem atuar como barreiras para as aspirações pessoais.
14	MEDLINE, SCOPUS, PUBMED	Dubugras MTB, Evans-Lacko S e Mari JJ.	A Two-Year Cross-Sectional Study on the Information About Schizophrenia Divulged by a Prestigious Daily Newspaper.	J. Nervous and Mental Disease. 199(9):659-655. 2011.	Schizophrenia, health journalism, newspaper, stigma, violence	Analisa as informações sobre a esquizofrenia divulgado pelo maior jornal brasileiro. Os temas com maior número de artigos foram transtornos mentais e violência, tratamento e etiologia com a presença de estigmatizadoras mensagens.
15	MEDLINE, SCOPUS, PUBMED	Feldman D e Crandall C.	Dimensions of Mental Illness Stigma: what about mental illness causes social rejection?	J. Social Clinical Psychology, 26(2):137-154. 2007.	Mental Illnes, Stigma discrimination	Realiza a classificação dos transtornos mentais por grau de estigmatização através de três dimensões essenciais na contabilização de rejeição: a responsabilidade pessoal para a doença, periculosidade e raridade da doença.
16	MEDLINE, SCOPUS	Franz et al.	Stigma and treatment delay in first-episode psychosis: a grounded theory study early	Interv psychiatry, 4(1): 47-56. 2010.	Mental Illnes, Stigma Schizophrenia	Explora como os efeitos do estigma são percebidos pelos familiares, nos casos da psicose de longa duração não tratada, a qual está associada com uma maior morbidade no decurso início da esquizofrenia.

Artigos em Inglês (Cont.)						
N	Procedência	Autores	Título	Periódico (vol., N°, pág., ano)	Descritores	Temática
17	MEDLINE, SCOPUS, PUBMED	Gibson RC et al..	Internalizing stigma associated with mental illness: findings from a general population survey in Jamaica.	Rev Panam Salud Publica.;23(1):26–33. 2008.	Self-stigma Mental illness Urban Population	Avalia a interiorização e a assimilação de atitudes estigmatizantes, crenças e comportamentos em pessoas que estão em risco de tal estigmatização na Jamaica.
18	MEDLINE, SCOPUS	Gray B et al..	Patterns of exclusion of carers for people with mental health problems — the perspectives of professionals.	J. Social Work Practice, 24(4): 475-492. 2010.	Carers, mental health, exclusion, qualitative research	Aborda a questão da exclusão social a partir das perspectivas dos profissionais dos serviços de saúde mental.
19	MEDLINE, PUBMED	Gulliver et al..	Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review.	BMC Psychiatry, 10:113. 2010.	Qualitative Research Young Adult Stigma	Sintetiza os obstáculos e facilitadores para a procura de ajuda, relatados por jovens, para problemas comuns de saúde mental.
20	MEDLINE, SCOPUS, PUBMED	Hickling FW, Robertson-Hickling H e Paisley V.	Deinstitutionalization and attitudes toward mental illness in Jamaica: a qualitative study.	Rev Panam Salud Publica, 29(3):169–76. 2011.	Community Mental Health Services/organization & administration Stigmatization, Stigma	Analisa a desinstitucionalização e a integração dos cuidados de saúde mental da comunidade com os serviços de cuidados de saúde primários têm reduzido o estigma em relação a doença mental na Jamaica.
21	MEDLINE, SCOPUS, PUBMED	Holtum S.	Research watch.	Mental Health and Social Inclusion., 15(2):49-53. 2011.	Anti-stigma programs, Community-based participatory research, Mental health services, Self-management Social psychology	Resume as formas eficazes de combater o estigma contra as pessoas que experimentam sofrimento mental, e ilustra como as pessoas podem viver bem em comunidade com transtorno bipolar.
22	MEDLINE, SCOPUS, PUBMED	Hopper, K.	Rethinking social recovery in schizophrenia: what a capabilities approach might offer.	Social Science & Medicine, 65(5), 868-879. 2007.	recovery, schizophrenia, capabilities, disability, public mental health	Propõe a correção de materiais com desvantagem simbólica, a elevação dos direitos fundamentais da pessoa com doença mental e reivindica o apoio institucional com competências complexas, através de uma abordagem de capacidades para oferecer ferramentas úteis para a saúde mental pública.

Artigos em Inglês (Cont.)						
N	Procedência	Autores	Título	Periódico (vol., Nº, pág., ano)	Descritores	Temática
23	MEDLINE, SCOPUS, PUBMED	Klin K e Lemish D.	Mental disorders stigma in the media: Review of studies on production, content, and influences.	Journal of Health Communication, 13:434-449. 2008.	Stigmatization Stigma Review	Analisa duas décadas de pesquisa sobre o papel dos meios de comunicação de massa em formação, perpetuando, e reduzindo o estigma da doença mental. Concentra-se em três grandes áreas comuns em inquérito mídia: produção, representação e audiências.
24	MEDLINE, PUBMED	Perese EF.	Stigma, Poverty, and Victimization: Roadblocks to Recovery for Individuals With Severe Mental Illness.	J. American Psyc Nurses Association, 13:28. 2007.	recovery stigma poverty victimization severe mental illness	Propõe que se inclua na avaliação no planejamento do tratamento da pessoa com doença mental os efeitos do estigma, pobreza e vitimização.
25	MEDLINE, PUBMED	Pinto-Foltz MD e Logsdon MC.	Reducing stigma related to mental disorders: initiatives, interventions, and recommendations for nursing.	Archives of Psychiatric Nursing 23(1), 41-49. 2009.	Health Policy Prejudice Stigma	Resume as atuais iniciativas nacionais dos EUA para reduzir o estigma, esclarecer o conhecimento atual do estigma de redução de intervenções e fornecer recomendações para os enfermeiros na implementação e investigar as intervenções estigma de redução.
26	MEDLINE, PUBMED	Ramon S et al..	Towards Social Inclusion Through Lifelong Learning In Mental Health: Analysis Of Change In The Lives Of The Emilia Project Service Users. International	Journal of Social Psychiatry, 57(3). 2010.	Health Policy Social Stigma Social Support	Propõe utilizar a aprendizagem formal para aumentar a inclusão social em saúde mental que é raramente investigado em termos de mudança na vida dos usuários do serviço em escala comparativa.
27	MEDLINE, PUBMED	Sadler JZ.	Stigma, conscience, and science in psychiatry: past, present, and future.	Acad Med. v.84, n. 4, p.413-7, 2009.	Stigma Prejudice Attitude to Health	Realiza uma síntese integradora de informações sobre pesquisas, bem como a reflexão moral consciente sobre os avanços científicos, visando reforçar a confiança do público, garantindo a confiança pública na ciência psiquiátrica, e na capacidade dos pacientes.

Artigos em Inglês (Cont.)

N	Procedência	Autores	Título	Periódico (vol., N°, pág., ano)	Descritores	Temática
28	MEDLINE, PUBMED	Sadow D, Ryder M.	Reducing Stigmatization Attitudes Held by Future Health Professionals: The Person is the Message	Psychological Services, v.5, n. 4, p.362–372. 2008.	Stigmatization Stigma Education	Identificar uma intervenção prática econômica que, quando adicionado ao currículo dos futuros profissionais de saúde, resultaria na redução de atitudes estigmatizantes em relação às pessoas com a doença mental
29	MEDLINE, PUBMED	Sayce L.	Beyond Good Intentions. Making Anti-discrimination Strategies Work.	Disability & Society, 18(5): 625-42. 2010.	Stigmatization Discrimination Health policy	Explora algumas questões fundamentais sobre a eficácia no trabalho de combate à discriminação: o que sabemos sobre o que funciona para reduzir a discriminação enfrentada pelas pessoas que utilizam os serviços de saúde mental, na Grã-Bretanha e internacionalmente.
30	SCOPUS	Stuart H.	Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions.	World Psychiatry. October; 7(3):185–188. 2008.	Mental health related stigma, stigma reduction, discrimination, Open-the-Doors anti-stigma program	Reflete sobre as perspectivas do passado que nos levaram a nossa posição atual, revisões apresentar atividades e realizações, e identifica os desafios que os membros da secção enfrentará em seus esforços futuros para reduzir o estigma causado por transtornos mentais.
31	MEDLINE, PUBMED	Thornicroft G et al.	Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions.	International Journal of Mental Health Systems, 2:3. 2008.	stigma reduction, discrimination, anti-stigma program	Propõe que o estigma em relação às pessoas com doença mental pode ser entendida como uma combinação de problemas de conhecimento (ignorância), atitudes (preconceito) e comportamento (discriminação). A partir de uma revisão da literatura, uma série de intervenções propostas são identificadas que podem ser eficazes na redução da estigmatização e da discriminação.
32	MEDLINE, PUBMED	Thornicroft G et al..	Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?	BJP, 190:192-193. 2007	Mental Disorders/psychology Prejudice Schizophrenic Psychology Stereotyping	Evidência que as intervenções para melhorar o conhecimento do público sobre a doença mental pode ser eficaz. O principal desafio no futuro é identificar quais intervenções produzirão mudanças de comportamento para reduzir a discriminação contra as pessoas com doença mental.

Artigos em Inglês (Cont.)						
N	Procedência	Autores	Título	Periódico (vol., N°, pág., ano)	Descritores	Temática
33	MEDLINE, PUBMED	Thornicroft G et al.	Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people withschizophrenia: a cross-sectional survey.	Lancet. 373(966):408-15. 2009.	Mental Disorders/psychology Prejudice Schizophrenia	Descreve a natureza, direção e gravidade da discriminação antecipada e experientes relatado por pessoas com esquizofrenia.
34	MEDLINE, PUBMED	Yanos PT et al..	Pathways Between Internalized Stigma and Outcomes Related to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders.	Psychiatr Serv. December; 59(12): 1437–1442. 2008.	Self-stigma Recovery Mental Illness	Avalia empiricamente um modelo de como o estigma internalizado afeta os resultados importantes relacionados com o <i>recovery</i> .
35	MEDLINE, PUBMED	Yanos PT et al..	The Impact of Illness Identity on Recovery from Severe Mental Illness.	American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 13:73-93. 2010.	Stigma Recovery Severe Mental Illness	Propõe um modelo teoricamente orientado do impacto da doença sobre a identidade do curso e recuperação de uma doença mental grave e analisa pesquisas relevantes.

3.4. LOCAL DE ESTUDO.

Os cenários em que se conduziram o presente estudo são CAPS que atendem os adultos com transtornos mentais severos e que são integrantes da rede pública de saúde da Região Oeste do Município de São Paulo, gerenciados ou não por organizações sociais de saúde, e que tenham enfermeiros em suas equipes.

A Região Oeste de São Paulo é uma região administrativa estabelecida pela Prefeitura de São Paulo englobando as subprefeituras da Lapa, de Pinheiros e do Butantã. De acordo com as estimativas do TABNET, tem uma população de 1.033.719 habitantes. Esta região possui 04 CAPS adultos, sendo: CAPS adulto Butantã, CAPS adulto Perdizes, CAPS adulto Lapa e CAPS adulto Itaim Bibi, segundo o *website* da prefeitura do Município de São Paulo.

Das instituições enumeradas somente os CAPS das Sub Prefeituras Lapa e Pinheiros fizeram parte da pesquisa, conforme a figura 1.

Figura 1: Disposição dos CAPS adulto dentro das redes de saúde da Supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros do Município de São Paulo, 2012.

A escolha deste cenário deve-se ao fato desta região ser a base operacional do “Termo de Cooperação Técnica, Didática e Científica, entre a SMS, através do seu Conselho de Ensino, e a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, CNPJ 63.025.530/0023-10, para a formação de Programa de Integração Ensino/Serviço” efetivado junto às Unidades de saúde da CRS Centro-Oeste, relacionado às atividades de seus cursos de graduação, pós-graduação e especialização em Enfermagem, publicado no Diário Oficial da Cidade de São Paulo.

Esta escolha se deu por estes serviços já serem campo de ensino e pesquisa e extensão da Escola de enfermagem da USP há mais de uma década, facilitando o acesso e a interlocução com os profissionais. Neste cenário, o fator limitante ao volume de coleta de dados foi o tempo disponível para as entrevistas. Desta forma, a pesquisadora procurou realizar o maior número possível de entrevistas com os profissionais participantes, os sujeitos da pesquisa, dentro dos limites do cronograma de um projeto de mestrado. Foram entrevistados profissionais enquadrados aos critérios de inclusão, considerado um número suficiente de sujeitos que permitisse uma reincidência das informações – conforme está descrito mais adiante.

Foi realizada uma caracterização dos serviços com os seus respectivos gerentes para melhor conhecimento, conforme a tabela 1.

Tabela 1: Caracterização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS adultos).

Serviços Caracterização	CAPS III adulto Itaim Bibi	CAPS II adulto Perdizes	CAPS II adulto Lapa
Região de abrangência	Brooklin, Jd América, Pinheiros, Jd. Paulista, V. Olimpia e V. Madalena	Perdizes e Barra Funda	Jaguare, V. Piauí, V. Romana, V. Jaguará, Lapa, Lapa de Baixo, V. Anastácia e V. Leopoldina
Número total de Usuários atendidos	225 apacados, sendo 42 intensivos e 89 semi-intensivos	188 apacados, sendo 30 intensivos e 98 semi-intensivos	192 apacados, sendo 19 intensivos e 90 semi-intensivos
Miniequipes	03	01	03
Total de funcionários da equipe multidisciplinar	44	18	17
População do território de atenção	~290.000 hab.	~111.000 hab.	~195.000 hab.
Tipo de administração	Organização Social de Saúde: Associação saúde da família	Municipal	Municipal
Profissionais que faltam para completar a equipe	01 enfermeiro e 01 Téc. de enfermagem	01 terapeuta ocupacional, 01 psiquiatra, 01 enfermeiro e 01 Téc. de enferm. em licença médica	01 médico, 01 terapeuta ocupacional e 06 Téc. de enfermagem
Equipamentos de Saúde presentes no território de abrangência dos CAPS	ESF Pêra, ESF Magaldi, UBS Meninópolis, PS Lapa, CAPS álcool e drogas Pinheiros, Hospital das clínicas/IPQ, 02 centros de acolhida, CRAS, 02 Centros de convivência, CRATOD.	UBS V. Anglo, UBS Jd Vera Cruz, UBS V. Ipojuca, PS Lapa e CECCO Bacuri.	UBS V. Romana, UBS V. Anastácio, UBS Jaguaré, PSF Pq. Lapa, PSF Piauí, PSF Jaguará, AMA Jaguaré, AMA Sorocabana, AMA Piauí, CAPS infantil Lapa, PROSAM.

Fonte: Dados de Gestão das unidades

a) Caracterização do território da Subprefeitura de Pinheiros e da Lapa, segundo dados do *website* da Prefeitura de São Paulo ⁵:

Com 31,7 km², a região administrada pela Subprefeitura de Pinheiros é formada por quatro distritos administrativos: Alto de Pinheiros, Pinheiros,

⁵ <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras> acessado em: 13/02/2012 12/03/2012

Itaim Bibi e Jardim Paulista, composto por 20 bairros. Já a região administrada pela Subprefeitura da Lapa é composta por seis distritos: Lapa, Barra Funda, Perdizes, Vila Leopoldina, Jaguaré e Jaguarara que, somados, representam uma área de 40,1 km².

b) Perfil sócio-econômico-demográfico da Subprefeitura de Pinheiros e da Lapa

A Subprefeitura de Pinheiros e da Lapa comporta uma população maior que muitos municípios brasileiros, com uma distribuição populacional de países desenvolvidos, que exibe as seguintes características:

1. alta incidência de idosos;
2. alta renda;
3. mais de 50% dos responsáveis pelos domicílios possui 15 anos ou mais, de estudo;
4. alto índice de desenvolvimento humano (IDH);
5. grande oferta de emprego no setor de serviços;
6. alta concentração de trabalhadores;
7. quase a totalidade dos domicílios permanentes possuem água encanada, coleta de lixo e sistema de esgoto;
8. a população moradora residente nas áreas de favela corresponde a 0,24% da população total;
9. é a terceira região do Município com população em situação de rua (800 pessoas).

3.5. SUJEITOS DA PESQUISA:

Os sujeitos são profissionais que compõem as equipes multidisciplinares que atuam nos CAPS adultos supracitados. Foram entrevistados os que atendem aos critérios de inclusão e foi considerado como um número suficiente de sujeitos, de forma a permitir uma reincidência das informações.

O CAPS tipo III conta com 44 profissionais (04 médicos, 05

enfermeiros, 08 terapeutas ocupacional, 08 psicólogos, 05 assistentes social e 14 técnicos de enfermagem) e aproximadamente 18 profissionais em um CAPS tipo II. Existiu a possibilidade de algum dos CAPS analisados ter ainda incluso na equipe multidisciplinar um outro profissional de nível superior, como educador físico, músico ou artista plástico, que poderiam também ser inseridos na pesquisa, caso estes profissionais manifestassem interesse em participar, o que não aconteceu.

Foram entrevistados 27 profissionais. Foram selecionados como sujeitos da pesquisa, todos os profissionais de nível técnico e universitário que compõem as equipes multidisciplinares de saúde mental do CAPS, que não pertenciam à farmácia e ao setor administrativo e que desejaram participar da entrevista, durante o período de 90 dias, pré-determinado pela pesquisadora. A caracterização dos profissionais é descrita na Tabela 2.

Tabela 2: Caracterização dos profissionais que compõe a equipe multidisciplinar dos CAPS adultos.

Serviço Caracterização	CAPS III Adulto Itaim Bibi		CAPS II Adulto Perdizes		CAPS II Adulto Lapa	
	<i>Feminino</i>	<i>Masculino</i>	<i>Feminino</i>	<i>Masculino</i>	<i>Feminino</i>	<i>Masculino</i>
Sexo	15	05	01	01	03	02
Idade média	45 anos		46 anos		51 anos	
	<i>Superior</i>	<i>Técnico</i>	<i>Superior</i>	<i>Técnico</i>	<i>Superior</i>	<i>Técnico</i>
Profissionais (nível)	14	06	0	02	05	0
Especialização/Residência	04		0		02	
Mestrado	03		0		02	
Doutorado	01		0		0	
Curso de atualização	0		0		0	
Tempo médio de serviço nesta instituição	7 anos		10 anos		12 anos	

Os sujeitos que não eram parte da equipe multidisciplinar do CAPS, ou que se recusaram a participar, ou não responderam ao questionário no período de coleta por razões de licença médica, greves prolongadas, ausência ou razões pessoais, foram excluídos da pesquisa.

3.6. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Este estudo utilizará um questionário (APÊNDICE 1) para a coleta de dados. Este é composto por questões semi-estruturadas que abordam o tema pesquisado, bem como os dados de caracterização desses profissionais.

3.7. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E COLETA DE DADOS

Após o exame de qualificação, o Projeto de Pesquisa foi submetido na Plataforma Brasil para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob número 114.178/2012 (ANEXO 1) e ao CEP da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo, sob número 52/12 (ANEXO 2). O projeto foi aprovado em ambos os Comitês de Ética em Pesquisa. Também, solicitou-se a autorização da Supervisão Técnicas de Saúde Lapa/Pinheiros para a coleta dos dados, sob número 022/12 (ANEXO 3).

Após a autorização, foram contatados os gerentes dos serviços de saúde, que foram informados acerca da finalidade e objetivos do estudo, cujo a ficha de caracterização do serviço (APÊNDICE 1) foram convidados a responder.

Os objetivos da pesquisa foram previamente esclarecidos aos sujeitos entrevistados, assim como a natureza de sua participação voluntária, a garantia de sigilo de suas respostas, seguido do pedido de preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas realizadas foram gravadas e guiadas pelo questionário semi-estruturado e aberto (APÊNDICE 2) criado pela autora, que também aplicou e conduziu todas as entrevistas, feitas individualmente em um local fechado. Estas entrevistas somente foram feitas após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE – (APÊNDICE 3) lembrando que o sujeito poderia desistir de contribuir com a pesquisa no momento em que

desejasse.

Os sujeitos que foram parte da amostra não sofreram danos de qualquer com a pesquisa. Os benefícios, por sua parte, foram traduzidos em conhecimentos para os serviços dos sujeitos estudados, assim como para eles próprios.

Os resultados serão divulgados, após a defesa da dissertação de mestrado, para as Instituições onde foi realizada a pesquisa, que poderá comunicar aos sujeitos os resultados e implicações relacionados às entrevistas, de maneira a proporcionar a reflexão sobre a realidade em que trabalham e incentivar a busca por alternativas para transformá-la, encontrando novas e mais produtivas tecnologias de trabalho.

3.8. ANÁLISE DOS DADOS:

A análise dos dados coletados foi conduzida após transcrição das falas gravadas, destacando dos discursos as estratégias realizadas para superação do estigma feitas pelos profissionais das equipes multidisciplinares em relação à pessoa com doença mental.

A técnica utilizada para analisar os dados foi a análise temática, cujo objetivo é compreender o sentido das comunicações e suas significações explícitas e/ou ocultas.

Segundo D'Urung (1974)⁶ *apud* Minayo (2010) o tema é uma unidade de significação complexa de comprimento variável e a sua validade é de ordem psicológica, podendo um tema constituir tanto como uma afirmação quanto uma alusão.

Esta abordagem difere da análise temática de Bardin (1979)⁷ *apud* Minayo (2010), a qual tradicionalmente é feita pela contagem de frequência das unidades de significação, posto que no presente estudo as unidades de significação serão determinadas de acordo com sua sua relevância.

⁶ D'Urung M C. *Analyse de contenu et acte de parole*. Paris: Editions Universitaires, 1974.

⁷ Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.

A realização da análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação, para que a presença ou a frequência destes signifiquem algo para o objeto, conforme aponta Minayo (2010, p.316), “*para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso*”.

Para operacionalizar a análise temática, esta ocorrerá a partir das seguintes etapas: **pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação**. Sendo elas, de acordo com Minayo (2010):

a) Pré-análise: consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada dos pressupostos e objetivos iniciais da pesquisa. Deve-se elaborar alguns indicadores que facilite e oriente a compreensão do material e na interpretação final do mesmo. O pesquisador faz uma leitura flutuante nos documentos a serem analisados, deixando-se tomar contato exaustivo, representativo, homogêneo e pertinente com o material, para assim constituir o *corpus* (universo do estudo em sua totalidade) e a formulação/reformulação dos pressupostos e dos objetivos. É na fase de pré-análise que se determina a unidade de registro e de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise.

b) Exploração do material: consiste simplesmente numa operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto. O pesquisador busca encontrar expressões/palavras significativas (categoria), de modo que o conteúdo de uma fala seja organizado em função dela. É uma etapa delicadíssima, e que não garante que a categoria escolhida traga uma abordagem densa e rica.

c) Tratamento dos resultados obtidos e a interpretação: nesta fase os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos.

De posse destes dados significativos, o investigador poderá então propor inferências e interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas sugeridas pela leitura do material.

Por fim, os resultados são agrupados em temáticas, definidos após a etapa citada anteriormente, e analisados considerando-se a experiência da autora e a bibliografia disponível sobre o assunto.

4. RESULTADOS

4.1. PROCESSO SAÚDE-DOENÇA MENTAL

O fenômeno saúde-doença gera atitudes, comportamentos e revela concepções de mundo, bem como explica anomias, os desequilíbrios e os estigmas da sociedade, servindo de instrumento coercitivo e liberador para a legitimação do poder político ou para sua execução. E dentro do fenômeno saúde-doença se encontra o Processo saúde-doença mental (Barros e Egry, 2001).

O processo saúde/doença mental, que foi discutido durante a II Conferência Nacional de Saúde Mental que ocorreu em 1992, deverá ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício de cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades (II CNSM, 1994; Costa-Rosa, Luzio e Yasuí, 2001).

A análise dos discursos revelou temas que, em sua maioria, sustenta o conceito acima.

4.1.1. Concepção do processo saúde-doença mental

A análise dos discursos revela diferentes concepções do processo saúde-doença mental, e parte dos discursos dos profissionais afirma, que a “loucura” sempre existiu no contexto sócio-histórico do ser humano. Pessoti (1997) afirma que a “loucura”, dentro do processo histórico da humanidade, já foi vista/entendida de diversas formas; dependendo de cada estruturação da sociedade e cada fase econômica da época, o “louco” pôde fazer parte da sociedade até que fosse excluído totalmente (Barros e Egry, 2001). Desta forma, pode-se perceber que houve mudanças no modo de ver o fenômeno

da loucura, bem como compreendê-lo.

A frase temática, a seguir, revela a compreensão da palavra “louco” como sendo depreciativa, quando relacionada ao sujeito com doença mental, e que não é uma palavra adequada para expressar o fenômeno da loucura.

E17F5- Eu acho que louco é uma palavra muito pejorativa, que não tem definição...

Autores como Benedict (1983) e Pessoti (1997) afirma que o fenômeno saúde-doença está intimamente atrelado ao contexto histórico-cultural da humanidade.

As frases temáticas evidenciam que a concepção saúde-doença mental é cultural e que variam de acordo com o contexto histórico e econômico de cada época, contribuindo com as afirmações acima.

E4F3- Eu acho que o louco, as loucuras sempre existiram, nos acompanham na nossa história, na nossa sociedade, o que muda é como é entendido, e o valor que isso vem sendo dado...

E4F5- ... em outros momentos a loucura foi vista de outras formas, um vidente, com outras identidades.

E6F5- ... mais que essa acentuação, pode recolocar e ressignificar essas categorias sociais dependendo dos interesses da própria sociedade de recolocar essas pessoas em outros status...

E6F6- ... a própria história da loucura vai dizendo isso, do quanto as pessoas foram também, como o diagnóstico da loucura e o entendimento da loucura vai mudando com a passagem do tempo...

E6F7- ... tentar definir a loucura é tentar definir o próprio tempo ...

E11F16- ... a história é que faz com que hoje se tenha essa ideia do louco, uma ideia mais psicossocial...

E17F31- ... porque antigamente a loucura era muito malvista, até pela ciência...

E17F32- ... eram os alienados e vivia excluído da sociedade.

E18F9- Acho que tem vários tipos de loucos.

Os discursos dos profissionais revelam, ainda, a associação entre o fenômeno da loucura e o indivíduo que não se adapta à norma, as regras impostas pela sociedade e que, portanto é o outro.

E4F2- ... o usuário fica sem possibilidade de construção na vida, de transformação.

E30F6- A loucura eu não vejo como outro da civilização, da sociedade, mas exatamente com a impossibilidade de tomar distância das normas sociais, quando o sujeito não consegue tomar distância, não consegue propor outras normas, aí é que se instala uma

E19F11- ... o louco tem uma dificuldade de se relacionar com situações mais padronizadas, com relações sociais mais normais.

E26F5- O louco é o sujeito que apresenta outras normas, outras ordens, outras normas que estão excluídas dessa normatização.

E30F3- ... mas uma das características mais fortes, historicamente colocando, [O LOUCO É VISTO] como aquele que não se adapta, outro da razão, outro da sociedade, da cultura...

A concepção de doença mental é percebida pelos sujeitos como incapacidade de gerir a própria vida, como um sujeito impossibilitado de seguir normas sociais, implicando em comprometimentos na qualidade de vida.

E14F3- Para mim é a pessoa que não se adéqua a norma vigente, na sociedade.

E18F11- ... a pessoa tem uma dificuldade de se adequar ao que as pessoas exigem dela, do que a sociedade espera dela e nem sempre ela consegue expressar isso...

E19F9- ... é uma pessoa que não se adéqua as regras sociais impostas, devido a dificuldades de se

relacionar devido à doença, enfim, as questões que a doença traz.

Os fragmentos dos discursos evidenciam que a concepção dos sujeitos sobre o processo saúde-doença mental está relacionada a dificuldade de estabelecer relacionamentos.

E7F4 - ... o que eu vejo é que são pessoas que tem dificuldade na vida, de relação, na própria relação com os seus desejos, com a sua intencionalidade que em função disso vivem problemas, restrições, situação de conflito que muitas vezes podem ser auxiliadas por práticas de cuidados que a gente desenvolve...

E25F6-dificuldade de se relacionar dessas pessoas, o que mais me chama atenção no louco...

Os fragmentos dos discursos desvelam que uma forma de compreender esse processo é como sofrimento psíquico, e este sofrimento pode decorrer do estigma da doença mental presente na sociedade.

E8F9- ... claro que tem uma relação com o sofrimento psíquico.

E8F11- ... a gente vê principalmente ao longo de anos que são pessoas que, por exemplo, tem as suas ideias delirantes como parte da sua vivência do mundo, da sua relação com as pessoas, das suas explicações das suas relações afetivas, do seu sofrimento.

E11F11- Hoje para mim o sinônimo de loucura é sofrimento, são pessoas que sofrem, sofrem de dificuldades subjetivas, pessoais, dificuldade de entender seus sentimentos, dificuldade de entender suas reações e sofrem também dificuldades nas relações sociais, na funcionalidade podemos assim dizer, nas funções executivas, no seu dia a dia, no despenho das atividades pessoais e também das sociais.

E11F12- O sofrimento advém também do preconceito, o estigma que essas pessoas sofrem na sociedade.

E11F14- Para mim loucura é descrita por esse quadro de sofrimento que gera a dificuldade de trânsito social...

E11F17- ... hoje em dia a gente considera as questões da loucura tanto as questões subjetivas como os sofrimentos internos quanto as questões emocionais, estruturas de personalidade onde a psicanálise foi fundamental para isso...

E13F3- ... o psicótico que tem aquele sofrimento, eu vejo como um problema de natureza, de saúde...

E17F7- ... [TRANSTORNO MENTAL] é um sofrimento para a pessoa...

E17f9- ... e sim que ela está num sofrimento psíquico.

E18F10- Eu acho que é uma pessoa que na grande maioria tem um sofrimento, porque algumas vezes ele não entenda aquilo que ele está passando como sofrimento...

E18F14- ... acho que é um sofrimento e uma dificuldade de se expressar no mundo...

E35F6- ... a loucura é sofrimento.

E11F11- ... são pessoas que sofrem, sofrem de dificuldades subjetivas, pessoais, dificuldade de entender seus sentimentos, dificuldade de entender suas reações e sofrem também dificuldades nas relações sociais, na funcionalidade podemos assim dizer, nas funções executivas, no seu dia a dia, no despenho das atividades pessoais e também das sociais.

E11F14- Para mim loucura é descrita por esse quadro de sofrimento que gera a dificuldade de trânsito social...

E18F14- ... acho que é um sofrimento e uma dificuldade de se expressar no mundo

Portanto, evidencia-se a complexidade do fenômeno.

E11F20- ... loucura para mim é complexidade.

E, ainda, a concepção de saúde-doença mental como crise.

E16F5- ... o João [NOME HIPOTÉTICO] está num momento de loucura, eu acho que aí a gente olha de outro jeito.

4.1.2. A vivência do processo saúde-doença mental

Os discursos dos entrevistados, além de expressar diversas concepções do processo saúde- doença, também informam apreciações sobre a vivência das pessoas com este sofrimento. Assim, compreendem que o cotidiano destas pessoas é marcado por rupturas e perdas.

E1F10- ... a vida das pessoas é efetivamente marcada por muitas rupturas, por muitas perdas...

E4F9- ...acho que a loucura tem um ponto bem difícil, é o que trava, o que limita, que rompe...

A frase temática abaixo destaca que a pessoa com doença mental tem direitos, o que converge com o modelo de Reabilitação Psicossocial.

E23F7- Eu enxergo o louco como digno de direitos...

E23F8- ...mas alguém apartado disto [DIREITO], acho que pela questão do estigma.

E27F7: ... tem muitas dificuldades no sentido... retomar os seus direitos, porque muitas dessas pessoas que eu atendo não tem documento, não tem nada

A exclusão social é evidenciada, pelos discursos, como uma questão importantíssima no que define a “loucura”, pois a exclusão gera diversos prejuízos à vida da pessoa com doença mental. Estes prejuízos abarcam o não reconhecimento de seus direitos e sua cidadania, a não aceitação de seu modo diferente de estar no mundo, acarretando a não-inserção destas pessoas no mundo do trabalho, na própria família e, consequentemente, na sociedade.

E19F10- Acho que ainda são pessoas que vivem bastante excluídas da nossa sociedade, devido esse modo de funcionar, grande parte não consegue se

inserir no trabalho, às vezes na própria família...

E19F14- ...[O LOUCO] como mais uma parte de um grupo, dentre vários, que é excluído na sociedade.

E30F4- ... de alguma maneira aquele que estaria fora do sistema, essa é a marca social mais forte do louco...

E23F8- ...mas alguém apartado disto [DIREITO], acho que pela questão do estigma.

4.2. O PROCESSO DE ESTIGMA E EXCLUSÃO SOCIAL

De acordo com Salles (2011) e Pescosolido (2013), apesar do avanço no processo de diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos, com cada vez mais pessoas com doença mental estejam vivendo em sociedade, a herança criada por anos de exclusão e estigma em relação ao doente mental ainda persiste, tendo estabelecido na sociedade uma visão negativa e desesperançosa em relação às pessoas com doenças mentais.

Pattyn *et al.* (2013) corroboram que o estigma da doença mental está atrelado à exclusão social, seja durante o tratamento em serviços substitutivos, seja após a alta deste, ressaltando que são necessárias mudanças no imaginário da sociedade em relação ao estigma da doença mental.

Para que isso aconteça, primeiramente, é necessário que os profissionais dos CAPS compreendam o conceito de estigma da doença mental para poder desenvolver ações no seu território, objetivando desconstruir a visão negativa e estigmatizadora em relação aos seus usuários.

A análise temática dos discursos dos entrevistados revelou temas que configuraram a categoria empírica Processo de estigma e exclusão social.

4.2.1. Concepções sobre o estigma da doença mental referidas pelos profissionais

O processo de tematização dos discursos dos entrevistados revelaram frases que apontam para a concepção de estigma da doença mental, como se vê abaixo.

Os discursos revelam que o conceito de estigma é construído socialmente, é a estampa negativa do “louco”, que é perpetrada pela

incorporação deste conceito na cultura.

E30F1: Estigma para mim tem a ver com certa imagem que é usada na cultura, na população em geral...

E18F1: É uma imagem que as pessoas colam no outro e tem uma dificuldade muito grande de tirar, de enxergar o que esta debaixo daquela figurinha...

E35F1: Tem uma carga cultural, algo culturalmente estabelecido a cerca de uma especificidade.

E11F1": ... coisas que são manifestas pelas pessoas e que advém de um panorama social.

E28F1: Algo que está socialmente colocado, determinada por um grupo de pessoas.

E17F1: ... uma coisa, pessoa perseguida.

Na análise pôde-se notar que suas concepções estão relacionadas a uma **marca** que sinaliza que uma pessoa é diferente.

E19F3: Como uma marca coletiva de acordo com algumas situações.

E13F1: É quando uma pessoa acaba sendo marcado por alguma imagem, símbolo, algum significante, todo mundo acaba a colocando nesse lugar...

E16F1: É algo que marca...

E11F1: ... estigma é marca, na hora em que eu faço essa associação. Marcas que a pessoa traz decorrentes de alguma coisa...

E4F1: Tem a ver com uma marca...

E23F2: ... que a deixa [PESSOA] marcada por uma característica, uma inserção, um jeito de ser.

E8F3: ...pode criar características mais rígidas de identidade, transformando a própria identidade da pessoa num critério definidor, num estigma de uma doença, de uma característica física, pessoal...

E27F1: Eu entendo por uma característica que obscurece todas as outras, uma característica única que defini a pessoa.

E29F1: ... é uma marca que desvaloriza aquela pessoa que a possui.

As frases temáticas que seguem reiteram que concepções de estigma estão relacionadas a um rótulo, que estampa o produto que se quer distinguir, isto é, a uma pessoa, a qual se quer destacar.

E7F1: É uma espécie de rótulo...

E5F1: ... a gente vive muito isso hoje em dia, esta questão do estigma é um rótulo, um fantasma...

E16F1': [ALGO QUE] rotula alguém.

E18F1': ... um rótulo, que você não consegue perceber o que tem dentro...

E6F1: Primeira coisa que vem na cabeça é rótulo...

E7F2: ... condição que se atribui a uma pessoa que fecha a possibilidade de liberdade dela, de mudança de posição, de contexto, de situação, eu distingo dessa maneira.

Os fragmentos dos discursos salientaram que, as concepções sobre o estigma remete ao conceito de valor e desvalor de uma pessoa.

E4F1': ...uma coisa taxada muito grande que totaliza a pessoa...

E22F1: É uma coisa que fica taxada...

E21F1: A pessoa denomina alguma coisa, uma coisa que você é ou acham que você é...

E32F1: ... é algo que as pessoas projetam consigo mesmo ou com o outro.

Reiteram a concepção de estigma como desvalor.

E30F2: ... fazendo referência a certa identidade que desvaloriza o sujeito em relação a alguns predicados.

E11F2': ...o estigma que o paciente em saúde mental carrega, tem o sentido de desvalor, nunca de uma valorização.

E31F1: É uma posição que um grupo coloca uma

pessoa no sentido de desvalorizar...

Destacam-se nos fragmentos dos discursos, que a concepção de estigma está relacionada a características de uma vida institucionalizada que gerou “marcas” nos usuários, com várias trajetórias por instituições manicomiais, e estas acarretam a invalidação desses pacientes no cotidiano.

E26F4: ...pessoas que têm uma trajetória pelas instituições psiquiátricas e têm as marcas não só na cara, mas têm as marcas no jeito, então você sai com um sujeito desse e vai até a padaria e ele está pedindo alguma coisa e o rapaz que está servindo olha para mim e me pergunta ela quer tal coisa, acho uma situação muito simples de invalidação do louco e de estigmatização.

A frase temática desvela que essa marca é estabelecida no momento em que o paciente recebe um diagnóstico médico:

E19F1: Eu entendo como a marca de um diagnóstico...

Essas marcas deixam as pessoas com doenças mentais, vulneráveis.

E19F2: ... situação de vulnerabilidade que é consensualizada por uma consciência coletiva...

Foi possível desvelar nos discursos dos profissionais a compreensão de estigma associada a preconceito:

E7F1': ... vamos dizer: uma espécie de preconceito.

E11F2: Geralmente quando a gente fala em estigma, a gente fala da questão do preconceito...

E20F1: Eu entendo como preconceito.

E14F1: São preconceitos que as pessoas carregam por um determinado motivo.

E13F7': ... é claro que a sociedade tem preconceito [NO SENTIDO DE ESTIGMA].

E25F1: Uma visão preconcebida, algo próximo do preconceito, algo que se impõe antes que você conhece de fato aquela pessoa...

E ainda, como sinônimo do conceito de exclusão social, como pode ser observado nas frases temáticas abaixo:

E8F1: Bem, estigma é tudo aquilo que de repente compromete a vida de uma pessoa, pode excluí-la do convívio...

E26F1: ... estigma é marginalização...Estigma está ligado a exclusão, a exclusão do louco na sociedade, está excluído do social.

E8F4: A tendência [DA PESSOA] é de ficar reduzida ao estigma que vai lhe sendo colocado, seja na área que for ou referente ao que for, causando danos gerais na vida da pessoa, limitando a sua circulação na vida, as suas possibilidades, causando danos psíquicos.

E7F6: ... no território é bem difícil você quebrar o estigma seja tanto no sentido da exclusão quanto no sentido de uma inclusão excludente.

E31F8: Tem [EXCLUSÃO SOCIAL], o preconceito [NO SENTIDO DE ESTIGMA] existe.

E24F6: Existem dificuldades [EXCLUSÃO SOCIAL] pelo preconceito de quem não entende a doença.

E24F5: Fora tem muito preconceito, as pessoas veem o louco como ameaça, essa é uma dificuldade para levar o paciente para fora do CAPS.

Por vezes, frases revelam o incômodo por uma problemática, que ainda está pouco clara.

E24F1: É um problema a ser solucionado, algo sem muita resposta.

Os fragmentos dos discursos abaixo apresentados identificam que os profissionais percebem que o sentimento de medo é umas das características que se encontra em uma pessoa com estigma da doença mental, convergindo

com a teoria sobre o estigma de Goffman (2008).

E31F3: Tem um caso de uma paciente bem grave que aconteceu com ela dentro do processo de tratamento e de vida, quando ela tentou arrumar um emprego, e falou para o empregador que ele não precisaria arcar com a condução dela, porque ela tinha a carteirinha de ônibus especial, e aí ele desistiu de contratar na hora, e isso desencadeou uma crise depois de um processo que ela estava muito bem.

E14F2: São vários, medo é um exemplo.

E32F5: ... quando não sabem participam, entra junto, mas é só saber que é da psiquiatria excluem, a pessoa fica com medo, sai.

4.3. PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS: O PROCESSO DE ASSISTIR PARA INCLUIR

A missão do CAPS é prestar um atendimento diuturno às pessoas com doença mental severa e persistente num dado território, oferecendo cuidados dentro da ótica da Reabilitação Psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários (Brasil, 2005). De acordo com Saraceno (1999) os serviços se constituem como uma variável que influi no processo reabilitativo. Para Saraceno (1999) um serviço de alta qualidade deverá ser permeável e dinâmico, com alta integração interna e externa, ou seja, *“um serviço onde a permeabilidade dos saberes e dos recursos prevalece sobre a separação dos mesmos e em que a organização está orientada às necessidades do paciente e não às do serviço”* (p. 96-97). Desta maneira, a integração interna e externa também deverá acontecer nos movimentos que perpassam o tratamento e a reabilitação psicossocial, ou seja, o processo de trabalho em saúde mental.

A interpretação do trabalho como processo é decorrente da teoria marxista, que entende o trabalho como transformação da esfera da matéria pela esfera humana em um *continuum* dinâmico, cujas alterações são sofridas pelas duas esferas (Marx, 1980). O processo de trabalho é compreendido como algo que o ser humano faz de forma intencional e consciente com o objetivo de produzir algum produto ou serviço que tenha valor para si próprio e para a sociedade (Marx, 1980), o que diferencia do trabalho realizado pelos demais animais.

Segundo Mendes-Gonçalves (1992) o trabalho em saúde é algo a ser transformado (objeto de trabalho) e que será transformado em algo pensado (produto), através da utilização de instrumentos e da força de trabalho. Este produto gerado no processo de trabalho em saúde será distribuído na sociedade de modo desigual, posto que estamos em uma sociedade capitalista.

Desta forma, entende-se que o objeto, a finalidade, os instrumentos ou meios, os produtos e a força de trabalho são elementos básicos para o entendimento do conceito genérico de trabalho e de trabalhos humanos específicos, como no caso do trabalho voltado para o atendimento de necessidades de saúde. Neste sentido se compreende que o processo de trabalho em saúde é sempre uma interação intersubjetiva, mediada pela estrutura das organizações de saúde e das instituições sociais. Em consequência, existe o encontro entre sujeitos com importantes diferenças em relações aos seus desejos, interesses, saberes (político, técnico e administrativo) e micropoderes (Testa, 1992; Campos, 2006; Foucault, 2006).

A percepção dos trabalhadores e gestores sobre o processo de trabalho em saúde influencia as formas de organizá-lo e distribuí-lo. Desta maneira o processo de trabalho em saúde mental realizado pelos profissionais do CAPS deve ter como finalidade a superação do estigma e a exclusão social para poder desenvolver a missão da Reabilitação Psicossocial.

A análise temática dos discursos dos entrevistados revelou temas que configuraram a categoria empírica Processo de trabalho.

4.3.1. Objeto de trabalho dos agentes do processo de trabalho em saúde mental

No modo psicossocial o objeto é o sujeito pertencente a um grupo familiar e social, ampliando a concepção de objeto ao incluir a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas. Os meios de intervenção procuram, portanto, reposicionar o sujeito tanto como agente implicado nesse sofrimento, quanto como agente da possibilidade de mudança, e para isso lança mão de um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural e de uma equipe interprofissional. “*A loucura e o*

sofrimento psíquico não têm mais que serem removidas a qualquer custo, eles agora são reintegrados como partes da existência como componentes do patrimônio inalienável do sujeito” (Costa-Rosa, 2000, p.155).

As diferentes concepções sócio-históricas que a “loucura” assumiu ao longo dos séculos resultaram também em mudanças na forma de lidar com ela. A psiquiatria, desde seu advento, considerou que o objeto de intervenção era a doença (a loucura), e para isso organizou práticas que procuravam dar conta do que se acreditava ser a finalidade da intervenção, a cura. Atualmente, orientado por mudanças nas relações sociais, há um movimento de transformações no paradigma da psiquiatria, que propõe a mudança do objeto para um objeto ampliado, no qual o foco não é mais a doença, mas sim o sujeito em todas as suas dimensões, incluindo família, amigos, vizinhos, enfim, o território no qual está inserido.

Esta mudança do objeto de trabalho pode ser vista no fragmento do discurso a seguir.

E5F21- ... é muito gratificante, quando você trabalha com um cara, um individuo, um sujeito e faz ele acreditar no que é capaz e ele acreditando torna mais fácil o nosso serviço...

A frase temática desvela que o sofrimento psíquico não define a pessoa com doença mental em sua totalidade.

E8F6- ... mas para mim, a sobra do sofrimento psíquico por mais intensa que esteja não é o definidor total da pessoa...

Outras concepções sobre o objeto do processo de trabalho em saúde mental são elucidadas pelos discursos, quando estes evidenciam a pessoa com doença mental com a necessidade de cuidados e de atenção.

E16F7- ... é uma pessoa que naquele momento está precisando ser cuidada e não rechaçada, estigmatizada.

E20F2- Um paciente com doença mental grave, que requer atenção do estado, da família, da sociedade.

E22F4- ... uma pessoa doente precisando de cuidados...

4.3.2. Os instrumentos dos agentes no processo de trabalho em saúde mental

Em todo processo de trabalho existe um agente, um sujeito ou um conjunto de sujeitos, que estabelece os objetivos, as relações de adequação dos meios e as condições para a transformação do objeto, além de executar ações (Marx, 1980). Estes agentes são profissionais que transformam o seu objeto de trabalho, isto é, que o alteram através de intervenções, resultando em um serviço que para ele tem um especial significado. Desta forma, se entende que o agente desenvolve suas ações até obter a transformação desejada (Gomes *et al.*, 1997; Andrade, 2012).

Os meios de trabalho ou instrumentos de trabalho são um complexo de coisas necessárias (propriedades físicas, químicas, mecânicas de diferentes elementos) que o trabalhador insere entre si e o objeto de trabalho a fim de mediar sua atividade sobre o objeto (Mendes-Gonçalves, 1992). A partir dos instrumentos de trabalho é possível distinguir diferentes épocas em relação ao desenvolvimento da força de trabalho humana e condições sociais em que o trabalho se realiza. O processo se extingue ao concluir o produto, o qual já estava presente na ideia do homem que operou a transformação. Ao final do processo temos um material da natureza adaptado às necessidades humanas através da mudança de forma do objeto (Mendes-Gonçalves, 1992). Nesta perspectiva pôde-se verificar nos discursos dos profissionais que os instrumentos de transformação são as intervenções no território, como se vê nas frases temáticas abaixo:

E25F3': ... a gente tem um foco de estar conhecendo o território junto com os usuários, um grupo em que os lugares em que visitamos são todos escolhidos pelos próprios usuários.

E19F6: Eu acho que são muitas ações que nós

fazemos aqui, diversas ações no território...

E22F6: ... a gente explica para eles que fazem parte da sociedade, que eles têm que estar na sociedade, e não incluso aqui dentro, eu acho que isso é um dos pontos que faz com que as pessoas do território veem os pacientes circulando entre eles, vendo que não tem nada demais nisso que eles são pessoas como qualquer outra.

Os discursos, ainda apontam, como instrumentos no processo de trabalho, as ações que envolvem atividades culturais, considerando a liberdade como terapêutica, evidenciando a circulação do sujeito pela cidade, e as atividades realizadas fora do CAPS:

E23F6: ... acho que a gente tem algumas ações na área de cultura, algumas ações de reconhecimento da cidade, circulação pela cidade no sentido de que essas pessoas também passam ser apropriadas com autonomia da liberdade de ir e vir.

E27F6: ... as ações têm sempre essa direção de sair daqui, as coisas tem que acontecer fora do CAPS, nessas inclusões pelo trabalho, pela cultura, a direção é sempre essa.

E19F12: ... no [GRUPO] 'bate pernas' porque a nossa proposta é realmente essa de poder circular, poder pegar ônibus, para que faça sentido para que depois esse usuário possa retornar aos lugares onde escolhemos passear... deslocar para onde tem circulação pela cidade

E8F5: Tem algo que acho que vai ficando meio que incorporado, algo como em situações de passeio, circulação pela cidade, ou de acompanhar alguém em outra unidade. E que quanto mais a gente vai fazendo de forma natural, reconhecendo o direito daquele sujeito, a hora que surge o incomodo, as vezes, você naturalmente trabalha as situações.

E29F9: ... a gente se pega fazendo coisas bem manicomialis e bem estigmatizante também...

precisamos ter essa reflexão... a gente fez há muito tempo a festinha junina [DENTRO DO CAPS] e estamos tentando a construir de outro jeito... [A ÚLTIMA FESTA JUNINA REALIZADA] foi no Museu da Casa Brasileira... uma festa construída pelos usuários, uma demanda deles...

E29F7: ... o 'cordão' [GRUPO QUE ACONTECE NA ESCOLA DE SAMBA] é uma estratégia de superação dos anos de conceito que se traz, ou seja, que a gente está tentando construir a superação de estigma, de construir um espaço autorizado ou mais que construir de reapropriar esse espaço autorizado da rua para o outro...

As frases temáticas revelam que a superação do estigma deve ocorrer no dia a dia, com estratégias individuais para cada usuário e pessoa, que integre a sua rede social.

E27F5: Mudanças vão sendo nas pequenas coisas, o combate é nessas coisas pequenas.

E18F59- ...podendo refinar que são pessoas que tem sentimentos diferentes, individualizando acho que isso faz a diferença...

E4F8: ... são pessoas que tem suas particularidades e suas dificuldades, também ajudamos nessa retaguarda para que isso possa ser mantido, e acho que tem outras estratégias que são individuais, que é referências com o próprio usuário, na proximidade da casa dele, dos recursos que ele usa.

Para tanto, as intervenções de superação do estigma devem ocorrer diariamente, por meio de discussão de casos com a rede de saúde.

E23F6'- A gente tem algumas ações interinstitucionais onde também esta discussão [DE ESTRATÉGIAS INDIVIDUAIS DE SUPERAÇÃO DO ESTIGMA] é feita.

E23F26- ... então acho que quando a gente está atrelada a uma discussão [DE CASOS] com a equipe

do PSF, onde a gente problematiza por onde esse paciente pode circular pra além do tratamento.

E35F3: Acho que a gente vai tentando desconstruir isso a todo o momento, quando a gente vai para a unidade básica de saúde discutir [CASOS].

Coerentemente, foi possível identificar frases, indicando que a superação do estigma pode acontecer pela convivência fora do CAPS, ou seja, o contato/relacionamento com pessoas com doença mental diminui o estigma que estas pessoas sofrem em seu cotidiano (Corrigan, 2005, 2009, 2013; Thornicroft, 2006, 2008, 2010).

E17F3: ... só convivendo você vai perdendo esse medo, esse preconceito, porque a maioria das pessoas tem essa concepção de que louco é uma pessoa pelada correndo na rua, atacando os outros, as pessoas não tem noção do quanto são pessoas boas, que você investindo tem uma vida normal como qualquer outro, que trabalha, que estuda, que constitui família, tem seu momento da crise, mas fora disso tem uma vida boa, plena.

E32F3: A gente tenta fazer o máximo, uma convivência, uma participação em lugares mais abertos, para pessoa se englobar naquela sociedade...

E27F10: Só desconstrói mesmo na vida, fora daqui, não adianta só sentar com a pessoa, tem que acompanhar na retomada do mundo, que é um pouco isso você modifica a pessoa [QUE ESTIGMATIZA E A PESSOA COM DOENÇA MENTAL]

E22F7: ... a gente fez a festa junina, inclusive foi feita no museu, e eu achei superbacana, ali não tinha só usuários, tinha outras pessoas também... eles viram que são pessoas como todos nós, circularam juntos, andaram juntos.

E29F6: ... [O CORDÃO BIBITANTÃ – GRUPO QUE ACONTECE NA ESCOLA DE SAMBA] acho que é o que vai contra esse estigma que não se pode fazer, eu acho que o curioso desse projeto é usar a inversão

para poder fazer isso, que é usar o próprio carnaval ou o espaço do samba, onde as pessoas vão para ficarem loucas, onde a loucura é permitida e aí aproveitar esse espaço para dizer que é permitido mesmo, e a gente tá lá, onde você chega e não vai saber quem era quem, acho que era um jeito.

Os discursos reiteram a importância dos grupos realizados na comunidade, ou no próprio serviço, como instrumentos utilizados pelos profissionais dos CAPS para alcançar a inclusão social do usuário, a superação do estigma da doença mental na comunidade e do autoestigma sofrido pela própria pessoa com doença mental.

E5F28- ... tem um grupo muito interessante que é 'Os Ouvidores de Vozes', que é um espaço meio que deles, trabalha as vozes...

E11F35- ... a ideia é fazer atividades de convivência, de expressão, utilizando recurso corporal, artístico, para criar espaço onde esses pacientes possam frequentar.

E11F37- ... a gente não os atende em espaço da UBS ou espaços de saúde, agente faz esse trabalho [GRUPOS] há anos, nos bairros, nos parques.

E16F23- Outra intervenção importante aqui no CAPS se chama 'sexta com o seu vizinho', que é uma intervenção [GRUPO] que acontece no território que é de abrangência nossa e usa o recurso da arte como uma possibilidade de expressão na própria comunidade.

E17F21- ...a gente tenta não focar só aqui, porque aqui tem grupo de acompanhamento, tem [GRUPO DE] psicoterapia...

E31F15-...a gente faz o grupo de projetos, esse é o tema recorrente: como eles colocam, como eles se veem, porque são vistos como impossibilitados de fazer um monte de coisas...

E16F9: Tem as danças circulares, que acontece

também no território da comunidade geral, então você estar junto com os outros. Tem também a caminhada [GRUPO] que é feita, é um jeito de você explorar a cidade, isso ajuda a estar de outro jeito, não necessariamente quem olhe vai mudar o seu ponto de vista, mas, na medida em que você não se esconde você pode mudar o ponto de vista também.

E26F7'- Seja um projeto de saída que é o [GRUPO] 'bate perna', quando você vai aos lugares, mas não é só ir ao lugar que é integração, o que faz diferença no meu ponto de vista é ir estabelecendo relações com as pessoas e nos lugares, que faça diferença, que questione esse lugar da invalidação, do sem valor, esse lugar de objeto que o sujeito cita.

O trabalho como emancipador do sujeito, aparece como uma ação/instrumento, como se evidencia nas frases abaixo:

E28F4: Seriam as pessoas no espaço de discussão e deliberação, de proteção, de autonomia. Eu trabalho no 'Bar Bibitantã' que é uma cooperativa que enfrenta estas situações, que produz comida, que sai para servir, que as pessoas comem o que os loucos produzem.

E27F6: ... [...] nessas inclusões pelo trabalho [...] a direção é sempre essa.

E22F9" ... muitas pessoas procuram o serviço e oferecem o seu trabalho para os usuários daqui, para eles se integrarem.

Os grupos de geração de renda mostram que há possibilidade de incluir socialmente pelo trabalho e desconstruir o estigma da doença mental.

E16F12: Nós temos um grupo chamado 'carinho feito à mão', onde agente trabalha com essa questão do trabalho como inclusão...

E16F12': ... estamos na rede de saúde mental economia solidária, que é uma rede local e ai agente

vai discutindo o que é economia solidária, o que é trabalhar, o que é trabalho, o que é vender, pontos de comercialização.

E26F7: ... tem a inclusão do projeto da inclusão pelo trabalho, vai construindo coletivamente com a população alvo inclusive, com usuários e participantes. Projetos que fomentem o protagonismo das pessoas, a participação das pessoas na vida social, seja um projeto cultural, seja um projeto que trabalha alguns projetos que dizem isso.

E23F4: ... o projeto de geração de renda... Esse projeto parte do princípio de reconhecer o louco, essas pessoas que são usuárias do serviço, como pessoas capazes, que podem trabalhar, tem habilidades, que podem se reconhecer nessas suas habilidades e acho que mudar um pouco de lugar social de alguém que está de fora.

As frases temáticas desvelaram que a escuta também é outro instrumento do trabalho em saúde mental, importante para a superação do estigma.

E18F36- ... oferecer uma escuta para essa pessoa, e a gente chama de estigma e pode ser, mas talvez essa pessoa esteja precisando de uma escuta...

E18F37- ... eu acho que isso [ESCUTA] é um cuidado para além do estigma...

E20F3- Aqui a gente dá o máximo de atenção como a gente pode, da atenção para ele, procura escutá-lo...

E8F12- ... alguém com uma característica mais difícil, comportamento mais complicado e que a gente procura sempre trabalhar também, seja conversando, colocando, escutando, explicitando...

E20F5- ..., a gente faz uma abordagem [no sentido de oferecer escuta] e conversa com as duas partes.

E21F5- Conversar é a melhor coisa...

E21F6- Conversar e tentar desviar ele desse

pensamento ruim, levar para outro lugar, conversar, dar água, isso acalma muito.

Ainda, dentro do tema relacionado à escuta, a divisão social e técnica do trabalho aparece de forma velada. Ou seja, o profissional de nível médio (auxiliar de enfermagem) realiza no seu entendimento uma primeira escuta, a qual dá o nome de triagem, encaminhando ao psicólogo ou outro terapeuta, um profissional de nível superior, para que então seja realizado o atendimento.

E20F4- ... se ele passa algum problema para gente, nós encaminhamos para o psicólogo, para terapeuta, a gente escuta e tria esse paciente para um profissional.

Outro instrumento importante que os discursos evidenciaram, para transformar a relação da sociedade com o objeto de trabalho, foram as ações para esclarecer a necessidade de aceitação da diferença, *do outro*, na sociedade e entre os próprios usuários, o que vai ao encontro aos preceitos de Saraceno (2001), que alegam que a evolução da pessoa com doença mental não depende apenas das intervenções clínicas, mas sobretudo das transformações situacionais.

E5F12- Nossa já interferei já em várias coisas... na rua... a última agora foi num caixa de um mercado... não só eu, mas várias pessoas tiveram essa intervenção com a caixa do mercado, até para conscientizar de alguma forma....

E16F9- Então tem essa questão [PRECONCEITUOSA] que aparece entre os próprios usuários e que eu tento chamar atenção...

E21F8- Acho que [ESTIGMA] teria que ser mais orientado, mais falado...

E31F17- ...a gente vai trabalhando assuntos diferentes, [ESCLARECE NO GRUPO QUE] não são porque eles têm uma crise, um surto, que eles não tem capacidade de estudar, trabalhar, de circular...

E16F10- ...eu acho muito curioso [PRECONCEITO

ENTRE PACIENTES], sempre tento intervir.

E18F38- acho que isso vai clareando as possibilidades, vai mostrando que o outro também tem dificuldade, não só aquele em questão...

E18F39- ...mas que outras pessoas também têm dificuldades, e que ela também incomoda outros...

E18F40- ...e que dá para fazer uma mediação entre essas coisas....

E20F12- ... orientação sempre há.

E20F13- Dificilmente acontece das pessoas virem reclamar dos pacientes em casa, quando tem a conversa não é difícil.

E20F7- ...orientamos os pacientes para não fazerem isso [SEREM PRECONCEITUOSOS ENTRE SI], que eles estão aqui para tratamento...

E8F13- ... acho que tem de explicitar e não de ficar disfarçando, não é expor as pessoas, mas também não ficar disfarçando alguma característica, alguma dificuldade...

E8F14- ...poder falar da dificuldade que é conviver [COM SITUAÇÕES DIFERENTES].

E20F6- Falo que ele [PACIENTE] não está aqui para fazer esse tipo de fala [PRECONCEITUOSA] com o outro colega...

E20F9- A gente trabalha nesse sentido [CONVERSANDO], aborda os dois e fala que não pode estar acontecendo isso, que tem fazer o tratamento sério, que tem que gostar do outro colega do jeito que ele é.

Além da utilização da contratualidade do CAPS com a sociedade visando a desestigmatização do “louco”, como um instrumento de trabalho, os fragmentos dos discursos evidenciam como uma ação de superação do estigma, o investimento na relação com a família, como aparece nas frases temáticas abaixo:

E32F20- ...trazer para família esse leque de possibilidades que não é só internação, que não é só a

medicação, que tem outras saídas, tem outras coisas...

E34F8- A gente trabalha muito com a família para entender o que é a loucura...

Os discursos desvelam que uma ação/instrumento que contribui para a autonomia do sujeito é o investimento na horizontalidade das relações entre os próprios profissionais e o usuário.

E5F8'- ...eu tento agir com eles da forma mais normal...

E5F11- ...quanto mais a gente enxergar que é normalmente que a gente tem que agir com ele, dando um retorno para eles, como a gente dá para qualquer um, ficaria mais fácil de entender; de enxergar eles, até.

Outros fragmentos dos discursos enfatizam que o tratamento biomédico é um instrumento importante no processo de trabalho da equipe:

E13F4- ... acredito que tenha uma intervenção que chama tratamento que pode ajudar...

E8F10- Eu não sou contra amenizar sintomas, medicar sintomas, buscar principalmente em situações mais agudas...

Em contrapartida, nestes mesmos serviços há discursos que criticam o modelo biológico ainda presente.

E23F8': ... a gente ainda tem um universo na saúde onde se pensa num modelo mais biológico, de consultas psiquiátricas, remédios, psicoterapia, e é difícil ir além disso.

E26F9: ... depende muito de sua atitude, menos protecionista, enfim, de aposta, de crença e de trabalho conjunto, isso também não se dá assim, você não desmonta essa visão que é hegemônica.

E16F33: ... tem um trabalho que a gente tem que fazer

com a gente mesmo e com a equipe. [RELACIONADO AO DESMONTE DA VISÃO HEGEMÔNICA E AO ESTIGMA

Algumas frases temáticas desvelam que a estrutura da instituição, e a desconstrução de símbolos de poder dos profissionais é outra maneira de superar o estigma da doença mental, já que se colocam em condição de igualdade.

E31F4: Começa quando o CAPS tem o portão aberto, e tem a livre circulação das pessoas, a arquitetura do CAPS já faz uma diferença do que é um lugar fechado, portão fechado, grade, muro alto, então já tem uma livre circulação no entorno, as pessoas já veem.

E35F10: A gente desconstrói isso [ESTIGMA], por isso não usa crachá, não usa jaleco, é essa a ideia que a loucura esteja entre todos, que afinal de contas todo mundo tem os seus momentos de sofrimento, esperamos que isso se modifique um pouco agora.

A falta de compreensão da lógica da atenção psicossocial é evidenciada por alguns discursos dentro do contexto dos serviços substitutivos em saúde mental no Brasil. Desta maneira, alguns profissionais reproduzem a lógica manicomial de forma explícita em seus discursos como uma forma de (des)atenção as pessoas com doença mental.

E21F8: ... sou a favor [DO MANICÔMIO], porque que eles se dão mais entre eles do que com a família, que não esta nem ai, parecem que eles se entendem, não tem medo um do outro.

E21F9: ... se tivesse uma vila, tipo assim uma grande família, nem que viesse para São Paulo, vamos lá de ônibus, vamos para o mato, vamos fazer outras atividades fora, se tivesse tudo ali mesmo, o que falta é mão de obra, morro de dó deles.

4.3.3. A Finalidade do processo de trabalho em saúde mental

Entende-se a finalidade do processo de trabalho como a atividade adequada a um fim; um elemento que está presente desde o início do processo (Marx, 1980). Neste sentido, entende-se que a finalidade do processo de trabalho do CAPS é a Reabilitação Psicossocial (Barros e Egry, 2001; Nicácio, 2003; Barros, 2004).

A finalidade do trabalho do profissional de saúde é derivada de um modo próprio de apreender as necessidades que demandam este trabalho (Leopardi *et al.*, 2001) e passa a exigir e organizar diversos profissionais que contribuem para o resultado ou produto, neste caso, a assistência em saúde. Ao focar o olhar nas atividades realizadas pelos diversos profissionais, podemos descrever processos específicos (Leopardi *et al.*, 2001; Pires, 2008). Contudo, salienta-se que a organização do processo de trabalho em saúde e o envolvimento dos diversos profissionais de saúde são fundamentais para que se alcance uma assistência de qualidade, buscando a integralidade.

No contexto da Reforma Psiquiátrica, a finalidade do processo de trabalho em saúde mental é a Reabilitação Psicossocial. O objeto é o sujeito (usuário) que necessita ser atendido com sua complexidade e sua história de vida. E os instrumentos são os materiais, os conhecimentos e os relacionamentos estabelecidos no cotidiano do CAPS, que são classificadas como tecnologias de saúde. A finalidade do modelo de atenção psicossocial não é mais a cura, mas sim a construção de um outro lugar social para a “loucura” que não o da anormalidade, da periculosidade, da irresponsabilidade, da incompetência, da insensatez, do erro, do defeito e da incapacidade; os objetivos agora estão centrados na inclusão, na solidariedade e na cidadania (Luzio e L'Abbate, 2006).

Os modelos fundamentados na Reabilitação Psicossocial vêm sendo implantados com a finalidade precípua de resgatar a cidadania da pessoa

com doença mental. Desta forma, a Reabilitação Psicossocial tem como metas diminuir o sofrimento, desestigmatizar a doença mental, neutralizar os processos crônicos, aumentar a articulação social do sujeito como ambiente, ampliar a capacidade de autonomia para a vida, ampliar as oportunidades e aumentar o poder de contratualidade da pessoa (Chamma, 2001).

As frases temáticas abaixo sinalizam a inclusão social, como finalidade do processo de trabalho em saúde mental.

E5F9: ... acho que cada um deles tem a possibilidade e capacidade de estar em qualquer lugar, eles estando bem, estando assistidos, estando seguros de si.

E5F9': ... nosso trabalho é para isso, inserir o indivíduo de novo na sociedade.

E13F24- ...na hora que o paciente se coloca diferente, lendo uma poesia na biblioteca e falando com um semelhante, a inclusão é possível...

Outra finalidade do processo de trabalho em saúde mental é a desestigmatização do sujeito, como se evidencia:

E5F22- ... um dos primeiros passos que deveríamos tomar é sempre esse, trabalhar autoestima, tirar esse estigma deles próprios e tentar fluir com eles...

E28F4': Acho que todas as nossas ações são para desconstruir [ESTIGMAS], para colocar as pessoas [NA SOCIEDADE]...

A autonomia do sujeito e o aumento do seu poder contratual são evidenciados pelo agente, como finalidade de seu processo de trabalho, como é revelado nas frases:

E17F10- Aqui no serviço a gente tenta promover

outros serviços, outras situações, para não institucionalizá-lo...

E28F4'': ...esse é o nosso trabalho, na verdade é produzir sujeitos autônomos...

O que se compreende dos discursos é que o território, onde os CAPS – que são cenários deste estudo – estão localizados, proporciona facilidades para promover estratégias de inclusão social das pessoas com doença mental. Isto porque, este local, é economicamente ativo (devido à sua localização geopolítica) e com fácil acesso a atividades artísticas e equipamentos de saúde e sociais.

*E22F9: Eu não sei se é a região que favorece...
(RELACIONADO A INCLUSÃO)*

E23F9: ... a gente tem algumas parcerias construídas tanto com serviços de saúde como outros equipamentos da região, como Museu da Casa Brasileira, Museu do Ibirapuera, MAM [Museu de Arte Moderna] que tem alguns projetos, e acho que estes projetos vão nos ajudando a ir pra além da questão da saúde mental, porque a gente acaba tendo diálogos com pessoas que são simpáticas de uma certa forma...

E26F12: ... eu sinto que temos menos dificuldades com outros equipamentos [SOCIAIS] do território.

E22F9': ... mas eu percebo que aqui, o CAPS, recebe muitas pessoas interessadas em incluir os usuários em alguma coisa, vem um pessoal que trabalha ali no parque do povo, veio apresentar aqui [SEU TRABALHO], porque gostaria que os usuários fossem participar...

No entanto, as frases temáticas desvelaram outra dificuldade encontrada pelos profissionais dos CAPS, no território, que é a formação de parcerias com serviços ligados à saúde, a fim de que o usuário possa ser

atendido em suas múltiplas dimensões na rede de serviços de saúde. Desde a comunicação estabelecida entre serviços, entendimento dos profissionais que não são da saúde mental até a integração dos usuários na rede.

E35F7: Lembro-me de uma visita que eu fiz com alunos, em que a assistente social que coordenava a instituição, disse assim: “a assistência não é leito de retaguarda para a saúde”...

E35F8: Quantas vezes, os usuários voltavam com sacolinhas lotadas de medicação, porque no centro de acolhida, não entregavam a medicação para os usuários, porque entendiam que não é função do centro de acolhida entregar medicação para o usuário.

E26F13': ... com essa parte do território que é sanitária [PARCERIA] é mais difícil.

E26F13'': Eu sinto maior dificuldade de articular o trabalho com o posto de saúde. Conseguimos bastante coisa com muita insistência.

E19F10: ... há uma resistência muito grande dos profissionais darem importância e abertura para firmamos essa parceria.

E19F9': ... o quanto é difícil estabelecer essas relações [RELACIONADO ÀS PARCERIAS]...

E19F9'': ... muitas vezes a gente insiste em manter essas parcerias. Muitas reuniões foram por insistência nossa, de se manter reuniões com esses serviços que são parceiros...

E34F5: ... infelizmente [ALGUMAS INSTITUIÇÕES] não tem a visão que a gente tem...

E19F9: Uma própria resistência nos serviços de saúde em que a gente faz uma parceria...

E19F9''': ... parece que eles deixam como secundário o transtorno mental dentro do território.

E34F5'': ... no posto de saúde, quando a gente precisa de alguma coisa, o coleguismo, a parceria é um pouco mais difícil...

Outra dificuldade é a articulação dos serviços para realizarem ações em conjunto.

E26F13': ...[SINTO] maior dificuldade de articulação de trabalho no território com os equipamentos de saúde...

E26F13'': Em tese, seria de supor, que seria mais fácil no campo da saúde ações mais conjuntas...

E30F11: ... além da própria dificuldade da estrutura institucional, outros serviços dificultam muito o trabalho integral.

O preconceito, por parte de outros profissionais de saúde para com a pessoa com doença mental, aparece como uma dificuldade no processo de trabalho dos profissionais.

E19F10': Ao discutir casos juntos, [OS PROFISSIONAIS DE OUTROS SERVIÇOS] parecem ver como algo menos importante ou não querem saber; não querem se envolver... me parece, às vezes, preconceito que se tem com essa população [USUÁRIOS COM DOENÇA MENTAL].

E35F6: ... é uma dificuldade de conversa com um serviço de assistência que é o centro de acolhida, uma briga para os caras aceitarem os usuários lá, eles fazem de tudo para transferirem os usuários.

No processo de trabalho, há dificuldade dos trabalhadores em articularem atividades, em que os usuários do CAPS participem com aqueles que não são usuários, de serviços de saúde mental.

E8F10: Quando a gente faz oficinas em alguns lugares, a gente vê a dificuldade de integrar outras pessoas da comunidade...

E25F5: ... facilitar o acesso as UBS, podendo participar de grupos com outras pessoas que não tem necessariamente transtorno mental... é uma coisa que a gente vem tentando construir mais concretamente,

que é difícil.

Os discursos revelam que há um reconhecimento da necessidade de ações territoriais que busquem integrar e reduzir estigmas no território. No entanto, também se reconhece a dificuldade, deles e dos usuários, para realizarem atividades fora do CAPS.

E8F10': ... o usuário do CAPS tem dificuldades de se deslocar e de se integrar. Não, necessariamente, pela dificuldade em estar com outro.

E8F11: No geral, ganhar espaços públicos e construir trabalhos no território, é sempre um desafio.

E8F11': ... facilita um pouco você ficar em um território mais definido, chamar pessoas, aguardar as pessoas vindo, botar critérios, definir sua estratégia.

E8F11'': Eu acho que quando se procura ampliar os limites, é sempre um processo de criação e desafio maior para o profissional.

E14F5: ... eu percebo que a dificuldade é levá-los aí pra fora, para fazer coisas externas, isso é uma grande dificuldade.

E18F13: ... transformar a vida das pessoas. Para algumas, talvez com muito êxito, com muita sorte a gente consegue. Para muitas, tem muito um contexto, por mais que a gente lide contra o estigma e que a gente instrua as famílias, é aquilo que a pessoa tem, que às vezes é muito pouco e a sociedade não está muito disposta a oferecer outros espaços... é um trabalho de formiguinha.

Esta compreensão dos trabalhadores, da necessidade de articulação com outros serviços do território, é reiterada pela avaliação de que a construção da rede de atenção psicossocial, preconizada pela política pública de saúde mental, é difícil, como é evidenciado nas frases a seguir.

E11F12: Nós sentimos uma grande dificuldade em

construir parceria.

E16F7: ... a dificuldade é trabalhar junto com outras instâncias.

E34F4: ... as parcerias com algumas instituições que a gente necessita é um pouco mais difícil...

E34F5': ... é um pouco difícil o trabalho com albergue.

E11F6: A principal dificuldade no momento é o trabalho em rede...

E26F13: Sinto mais dificuldades na articulação dos serviços na rede de saúde...

E30F9: ... um acompanhamento num projeto singular que não fique preso só ao serviço é uma dificuldade, porque você tem que construir uma rede, tem que abrir os espaços da rede que muitas das vezes não estão prontas, que a maioria das vezes tem que ser alinhavado, desenhado, construído num processo.

E35F9: Essa articulação entre os serviços, constituir a rede é difícil.

E17F8: ... a concentração de moradores de rua é bem grande, e quanto fica mais difícil trabalhar com eles, é totalmente dependente do serviço, não tem rede que possibilita de trabalhar melhor com eles.

Os fragmentos dos discursos atribuem às fragilidades da gestão municipal, como um complicador no cotidiano de seus processos de trabalho.

E26F13'': ... a rede está também bastante esburacada.

E26f14: O sistema de saúde, as unidades próprias da prefeitura foram ficando, já vem historicamente, no abandono. Agora, então, estão superabandonados.

E26f14'': Tem os funcionários, mas é mais coisa da gestão.

E29F10: ... acho que dificuldade gira bastante em torno disso, de uma rede que é capenga, de um terreno político árido demais, onde a gente não consegue trocar com as outras instituições parceiras. Onde a

gente não tem muito recurso financeiro, recursos humanos, não só do serviço, não só do CAPS, mas de outras instituições que a gente busca.

A melhoria da infraestrutura do CAPS foi apontada como facilitador do processo de trabalho das equipes multidisciplinares.

E26F11: ... serviço tem mais infra (INFRAESTRUTURA)...tem mais recursos para fazer o que a gente sabe que tem que fazer.

Em contrapartida, a falta de recursos humanos e materiais são apontados como uma dificuldade do processo de trabalho no cotidiano dos CAPS.

E30F10: ... uma dificuldade importante e em especial, em alguns pontos que a rede é muito precária por recursos materiais, humanos, físicos, enfim, vários tipos de precariedade que estão evoluídas.

E19F11: ... na copa de inclusão vão vários serviços, não só CAPS... acontece uma vez por ano no SESC Itaquera e que é muito amplo e que inclui várias pessoas de vários lugares. Às vezes é muito difícil conseguir um transporte para ir até lá, isso entraria como uma dificuldade, também por ser uma maneira de estarmos fora do território e não temos recurso [humano e material] para poder dar sequência a isso...

Uma das dificuldades apontadas pelas frases temáticas foi a manutenção da estrutura horizontalizada do CAPS, pois se entende que na proposta do modelo psicossocial não há espaço para uma estrutura vertical.

E30F8: ... uma das dificuldades é você sustentar a estrutura institucional que dá condições para isso, uma estrutura mais horizontal, com espaços coletivos de decisão, que vai dar sustentação e que vai pedir a transversalidade desses coletivos.

4.3.4. Dificuldades do processo de trabalho

Os fragmentos dos discursos desvelaram que os profissionais entrevistados percebem uma distância entre concepções prescritas, tal como a de Reabilitação Psicossocial relacionados com os direitos da pessoa com doença mental, e as práticas do cotidiano.

E5F8: ... a maioria das pessoas mesmo profissionais tem uma visão muito distante desta questão dos direitos, dessa questão da reabilitação psicossocial com relação à loucura.

E14F11: E essas dificuldades se traduzem numa dificuldade técnica, digo, uma operacionalização mais processual, a pensar quais são os modos, os procedimentos organizadores dessa ação. Porque que estou falando de um pensamento, uma filosofia, que norteia esse tipo de intervenção. E isso tem que ser traduzido em procedimentos, e esses procedimentos devem seguir nessa linha, tem que ser construído.

Esta percepção leva os sujeitos a desvelar o hiato entre teoria e prática, no contexto do processo de trabalho em saúde mental.

E14F13: Acho que é um distanciamento do conhecimento científico, com conhecimento da academia e da prática de quem está na ponta.

A dificuldade de articulação de múltiplos saberes, para dar conta de compreender melhor o fenômeno da loucura, aparece como uma questão importante evidenciada pelo fragmento do discurso abaixo.

E11F7: ... a dicotomia ainda é a grande dificuldade de integração do saber da saúde mental com o saber da saúde coletiva ou pública. Em decorrência dessa falta de integração as práticas também são setorializadas.

As frases temáticas sinalizam como uma dificuldade, no cotidiano do processo de trabalho dos profissionais, a relação do CAPS com a família dos usuários, chegando por vezes a culpabilizá-los pela doença mental dos sujeitos.

E21F10: Não, muito difícil... A gente liga, eles [FAMILIARES] falam está bem, concorda, e não aparece.

E17F7: ... temos dificuldade de devolver esse paciente para a família ou mesmo de fazer essa família se comprometer, porque a família acha mais fácil deixar em nossas mãos.

E17F7': O trabalho é esse mesmo, de falar que não é o CAPS que tem que fazer tudo, a gente faz junto... Essa convocação é diária.

E7F4: A dificuldade é total, começa pelas famílias, o ambiente familiar que coloca a pessoa em sofrimento...

Nos fragmentos dos discursos está evidenciado, a percepção dos trabalhadores que o usuário tem certa acomodação, principalmente em se manter dentro de um ambiente protegido que é o próprio CAPS, o que desvela também alguma dificuldade destes profissionais de compreender e acreditar nas potencialidades das pessoas com doença mental.

E8F10'': Às vezes é a dificuldade de circular em outros status; se acomodar um pouco no cotidiano mais conhecido do próprio CAPS.

E11F8: Então nós temos muita dificuldade para que os nossos pacientes da saúde mental participem de grupos que não são voltados para a saúde mental, como: os grupos de práticas integrativas, atividades de educação e saúde...

E13F4: ... eu acho que são poucos os [USUÁRIOS] que a gente encontra movimento de mudança é mais manutenção, manutenção...

E13F7: O paciente conseguir não se colocar como o paciente o tempo todo, como o doente o tempo todo.

Eu acho que essa é a principal dificuldade, quando você efetivamente já conseguiu o espaço...

E5F6: ... a principal dificuldade é com eles próprios, em acreditar do que eles são capazes [DE SER CIDADÃOS].

Em contrapartida, destaca-se que é uma dificuldade no processo de trabalho o fato do próprio usuário conceber-se como um coitado, tendo um olhar vitimizador sobre si mesmo, e enxergando-se como um sujeito sem potencialidades.

E13F9: ... é difícil quando o cara não se coloca desse jeito [COM AUTONOMIA], ele se coloca como paciente, como coitado, uma vítima, um que não vai mudar porque não pode, porque a doença é mais forte do que ele. Ai é difícil, ele sempre espera que a população, o território, venha a acolhê-lo. Ele [USUÁRIO] já se põe em uma condição que não vai ser superada.

Como se pôde observar foi possível com a análise dos discursos dos sujeitos obterem três categorias empíricas, sendo elas: Processo saúde-doença mental, Processo de estigma e exclusão social e Processo de trabalho dos profissionais: assistir para incluir.

No processo saúde-doença mental destacam-se subtemas reafirmando que a concepção da loucura é histórica e está relacionada às formas de organização econômica e a cultura de cada época, ou seja, com a visão de mundo que a sociedade estabelece como 'ideal', gerando assim as normas. Por não conseguir se relacionar com a “loucura” e com o “louco” e vice-versa, a sociedade o exclui acrescentando estereótipos que justificam a exclusão. Desta forma, surge o estigma e este atua como uma barreira que visa dificultar a convivência em sociedade de pessoas que se desviam da norma. Os profissionais entendem que a “loucura”, o estigma e a exclusão do “louco” geram mais sofrimento a pessoa com doença mental que a própria doença e uma das formas para reverter é incluindo-o novamente na

sociedade resgatando seu direito de cidadão, através de ações que proporcione o acesso à cidadania e à cultura.

O processo de exclusão social surgiu nos discursos confirmando que um motivo, pelo qual o “louco” é alijado da convivência em sociedade e ao acesso à cidadania é o estigma da doença mental, que destaca este sujeito de outros indivíduos da sociedade por meio de atributos desfavoráveis, cuja construção é fortemente influenciada pela cultura. A vida institucionalizada das pessoas com doença mental contribuiu e contribui de modo significativo para a construção do estigma, já que reafirma a norma, perpetrando o mito da incapacidade e periculosidade deste indivíduos. Foi possível inferir, também que, para os sujeitos, o estigma é um preconceito e também uma ferramenta de exclusão social, embora tenham dificuldades de compreender a complexidade e os efeitos deletérios do estigma.

Com relação ao Processo de trabalho dos profissionais verificou-se a mudança do objeto de trabalho, que antes focava a doença e a sua cura e atualmente visa focar a pessoa com doença mental em todas as suas dimensões. Desta forma, explica-se a utilização do território e das atividades culturais promovidas dentro deste como ferramenta para promoção da inclusão social, possibilitando a convivência com a pessoa com doença mental que tem também o objetivo de desconstruir o estigma da doença mental. Os grupos de geração de trabalho e renda se mostraram de grande importância para a superação do estigma da doença mental, posto que viabiliza a inclusão das pessoas com doença mental dentro do circuito de trocas, pois possibilita a desconstrução do estereótipo de incapaz já que desvela a capacidade de desempenhar tarefas que historicamente foram lhe negadas. Porém há dificuldades para que se ampliem estas ações devido aos obstáculos encontradas pelos trabalhadores nos serviços de saúde mental, tais como: restrição às ações territoriais por falta de recursos humanos e materiais; a estrutura política e a relação com os outros serviços de saúde, devido ao preconceito dos demais trabalhadores destes serviços ou pela fragilidade na gestão dos serviços e do município, que dificultam a

implantação e implementação da rede de atenção psicossocial (RAPS) preconizada pelo Ministério da Saúde do Brasil; a relação com a família devido aos resquícios do modelo que culpabiliza a família pela doença do indivíduo; e, por fim, a dificuldade do próprio usuário em participar de atividades fora do CAPS por causa da internalização do estigma e do medo que as pessoas “normais” possuem em relação ao “louco” e a “loucura”, fazendo com que o usuário prefira ficar dentro do ambiente protegido do CAPS e com os amigos que lá fizeram.

Desta maneira, as categorias empíricas apontam para o estigma como uma dificuldade para a inclusão social dos usuários do CAPS, se apresentando coerente com o que a literatura nacional e internacional, já vem discutindo. Os sujeitos desvelam que há muito por fazer para desconstruir tais estereótipos (incapacidade e periculosidade), posto que o estigma é um produto social construído cultural e historicamente e que é através da integração do “louco” à sociedade que se pode superá-lo, seja pelo convívio cotidiano, seja pela incorporação aos meios de produção e trocas comerciais. Estas questões serão discutidas com mais propriedade e aprofundamento no capítulo a seguir.

5. DISCUSSÃO

5.1. O PROCESSO DE SAÚDE-DOENÇA MENTAL

5.1.1. Concepção de saúde-doença mental.

Pôde-se observar, a partir da análise dos resultados, que a compreensão sobre a palavra “louco” vem se modificando devido às novas concepções de mundo que vem se instalando no contexto social atualmente vivenciado. Algumas destas concepções de mundo são expressas pelos trabalhadores, que interpretam o termo “louco” como algo que denigre a imagem do indivíduo com doença mental, em função da mudança de paradigma que tem se implantado em nossa sociedade, por meio da proposta de desinstitucionalização da pessoa com doença mental, onde o sujeito e suas singularidades se tornaram o objeto do cuidado. Desta forma, a concepção sobre o fenômeno saúde-doença mental tem tomado novos rumos, gerando assistências mais humanizadas e condizentes à proposta de reabilitação psicossocial (Barros e Egry, 2001; Leão, 2010).

Os discursos evidenciaram que a concepção de saúde-doença mental está diretamente relacionada com o contexto cultural de cada sociedade num determinado período histórico, visto que a loucura sempre fez parte da história da humanidade, mudando apenas a forma como sociedade a vê no mundo, podendo ser aceita ou não, de acordo com os interesses do grupo que está no poder da sociedade. Conforme Foucault (1962, p.13) “*há muito tempo, o lugar-comum da sociologia e da patologia mental: a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal*”. Isso significa que: a) a relação normal/anormal, saúde/doença, se inscreve na realidade da existência coletiva; e b) somente considerando o conjunto da sociedade e o seu modo singular de constituição interna, é que se poderá chegar a compreender concretamente a “doença”. Portanto, é a

sociedade que efetivamente define as normas de pensamento e de comportamento. Trata-se de uma perspectiva antropológica sedimentada numa tradição que remonta à Sociologia de Durkheim e que procura relativizar os fenômenos mórbidos, senão toda a esfera da conduta.

Para a UNESCO, a cultura é o conjunto de traços distintos, espirituais e materiais, intelectuais e afetivos, que caracterizam uma sociedade ou grupo social. Inclui as formas de vida, as maneiras de se viver em sociedade, os sistemas de valores, as tradições e as crenças, além das artes e da literatura (Segóvia, 2005). Entende-se que não há manifestações culturais isoladas, entretanto, estas se constituem em lutas de poder e direitos, assim como nas produções e trocas de bens, corroborando com a afirmação dos entrevistados quando mencionam que a determinação do que é desvio ou doença é feita por quem está no poder de uma sociedade. Segundo Alencar (2005, p. 38), as produções e as trocas de bens *“são fatores que assinalam os limites dentro dos quais o homem concreto se envolve e se realiza”*.

Ainda de acordo com os resultados encontrados neste estudo, Benedict (1934) afirma que cada cultura seleciona algumas das infinitas e virtuais idades da essência humana e propõe a seus membros modelos de conduta: aqueles cujas reações espontaneamente se aproximam mais do padrão proposto, são favorecidos; aqueles cujo comportamento se situa fora da curva de possibilidades antropológicas privilegiadas pela sociedade, são os anormais. Em suma, cada sociedade forma, a partir da doença, um perfil que se desenha através do conjunto das possibilidades humanas enfatizadas ou reprimidas culturalmente. Desta forma, são aberrantes os indivíduos cujos comportamentos não são confirmados nas instituições da cultura de que fazem parte. Benedict (1934) afirma que a doença é variável, assim como os costumes. Porém, a essência das diversas manifestações de morbidade é o afastamento do padrão cultural.

Ao procurar compreender as condutas através do contexto singular de cada cultura, essa concepção, ao mesmo tempo em que pretende relativizar antropológicamente os costumes, absolutiza o desvio ou

inadaptação como a essência das doenças (Benedict, 1934). Nesse sentido, independentemente da diversidade cultural, a loucura é concebida como um problema eterno, ou seja, desviante por excelência. Tal perspectiva mantém uma visão negativa da loucura: ela é apenas um afastamento da norma e nessa medida, deixa de lado o sentido e o *status* que adquire justamente a partir do grupo que a denuncia e rejeita como loucura. O que é ignorado é que uma sociedade se expressa positivamente perante a doença de seus membros (Benedict, 1934).

Para Foucault (1962), reduzir a natureza própria da loucura a um mero desvio é tornar universal uma visão cultural particular: *“é próprio à nossa cultura dar à doença o sentido do desvio e ao doente um status que o exclui”* (p.15).

A concepção de saúde-doença presente nos discursos dos profissionais entrevistados está relacionada ao conceito de norma. Os profissionais apontam que a pessoa com doença mental é impossibilitada de construir e transformar a própria vida, de distanciar-se das normas sociais vigentes e de propor novas normas, e que se mantém como o outro da sociedade com dificuldades de se relacionar com situações padronizadas e consideradas normais. Para Canguilhem (1982), são essencialmente normativas as categorias normalidade e patologia, pois conceituar o anormal por meio do excesso e da falta é reconhecer o caráter normativo do estado dito normal. Desta maneira, o autor acrescenta que normalidade é relativa a uma medida considerada válida e desejável. O próprio homem considera patológicos certos estados que são considerados negativos em relação à polaridade dinâmica da vida e, desta maneira, entende que a patologia deve ser corrigida, ou evitada, ou excluída (Canguilhem, 1982). Portanto, a medicina reproduz esta concepção, alegando que o estado normal do corpo humano é aquele que se deseja restabelecer. Segundo Canguilhem (1982), entende-se por normativo qualquer julgamento que qualifique um fato em relação a uma norma e esse julgamento está submetido àquele que institui as normas, ou seja, normativo é o que institui normas.

Ayres (1995) explica que o estado do corpo humano deve ser

considerado normal, não porque é destinado a ser atendido pela terapêutica, e sim porque a terapêutica visa o que é considerado normal pelo interessado. Ou seja, o conceito normatividade vital independe de norma clínica. Neste sentido, Barros e Egry (2001) afirmam que a força da racionalidade médica consiste em eleger tais normas (normal/patológico) em socialmente necessárias, tornando-as diagnósticos e engendrando tratamentos para elas.

A corrente funcionalista tem como concepção do processo saúde-doença, a vinculação do biológico e do social, através da noção de equilíbrio ou desequilíbrio individual diante das pressões sociais. Desta maneira, a doença é um desvio de conduta e a prática médica tem como objetivo reconhecê-lo e institucionalizá-lo, ou seja, curar e prevenir doenças (Barros e Egry, 2001).

O funcionalismo tem como visão de fenômeno natural e de normalidade: a estabilidade, a harmonia e a integração (Barros e Egry, 2001). Porém, ao se perceber que a vida social é complexa e contraditória e repleta de negociações entre diferentes atores, o conflito e a disrupção perdem o seu caráter anormal, sendo necessário pesquisar tal fenômeno (Barros e Egry, 2001).

Os discursos dos profissionais evidenciaram que a concepção de saúde está relacionada à inadaptação das pessoas com doenças mentais às regras sociais. Esta perspectiva é um remanescente do modelo da Psiquiatria Preventiva norte-americana, a qual trabalha com o referencial da história natural da doença, considerando múltiplos fatores causais, com ênfase no social (Barros e Egry, 2001). Neste sentido, a doença passou a ser considerada um desvio/desadaptação da ordem social, cabendo aos profissionais de saúde a reintegração/readaptação do doente a partir de intervenções que visavam reduzir os transtornos mentais, a deterioração resultante e a duração destes, estabelecendo programas de prevenção primária, secundária e terciária (Barros e Egry, 2001). Desta maneira, a loucura tomou contornos de adaptação/desadaptação social, definidas a partir de critérios estabelecidos.

A intervenção preventiva, que influenciou parcialmente a Reforma

Psiquiátrica Brasileira, constituía-se em estimular a interação normatizada, mantendo o equilíbrio entre sujeito e sociedade. Assim, toda e qualquer situação que se opusesse ao equilíbrio era vista como um signo possibilitador de adoecimento, sendo portanto necessário *“esquadrinhar o bem-estar moral e não mais tratar de doenças psíquicas: o mal engloba todos os desvios das normas; a psiquiatria é a promotora do Bem-Estar”* (Birman e Costa, 1994 p. 57).

Birman e Costa (1979) analisaram a constituição da saúde mental como objeto da psiquiatria, de forma a demonstrar que a noção de saúde mental estava estreitamente ligada a um processo de adaptação social, que buscava a padronização dos sujeitos dentro do que era percebido como comportamento “normal”, como apontado por Tenório (2002).

Os profissionais entrevistados criticam a norma, pois acreditam que a pessoa com doença mental não deve ser resumida a padrão de normas pré-estabelecidas que dizem o que é normal e o que é patológico, pois a pessoa com doença mental tem suas singularidades e estas devem ser respeitadas, e não classificadas como mero desvio da norma. Desta forma, a concepção de saúde-doença mental destes profissionais gira em torno da devolução dos direitos civis às pessoas com doença mental e da Reabilitação Psicossocial. Esta proposta revolucionária é de olhar as singularidades do sujeito louco, que o situa fora dos muros do manicômio, ampliando direitos, cidadania e a qualidade de vida, bem como desconstruindo o estigma da doença mental no imaginário social (Basaglia, 2005), evitando que a da loucura se torne um objeto, que o aparato manicomial proporciona.

Os resultados também apontam que a concepção de saúde-doença mental está relacionada à qualidade e modo de vida da pessoa com doença mental, pois os profissionais referem que estas pessoas são impossibilitadas de gerir a própria vida, de seguir e de se adequar às normas sociais vigentes e de se relacionar, graças à doença e seu estereótipo. Para Bullinger *et al.* (1993), o termo qualidade de vida é genérico e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo,

seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, a sua condição de saúde e as intervenções médicas.

Em suma, qualidade de vida é a percepção do indivíduo de seu posicionamento na vida, no contexto cultural, nos sistemas de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Engloba inúmeros domínios como: a saúde física, a saúde psicológica, as relações sociais e o meio ambiente. Neste contexto, portanto, qualidade de vida significa algo mais do que a melhora dos sintomas (Roeder, 1999), consiste na reestruturação de um conjunto de medidas necessárias ao bem-estar do indivíduo, como resgate das habilidades sociais, moradia, trabalho, educação, apoio comunitário e lazer, dentre outros fatores (Saraceno, 1999). Qualidade de vida consiste na busca de situações prazerosas, onde ter saúde, propiciada pelo nível de capacidade "física, emocional, intelectual e social", significa usufruir do bem-estar. Neste contexto, o afeto, a autoestima e a autorrealização, como importantes necessidades do homem, devem ser satisfeitos (Dantas, 1998).

Os profissionais entendem que a qualidade e o modo de vida da pessoa com doença mental estão prejudicados devido às suas dificuldades de vida, que geram dificuldades de relacionamento com a família e com a sociedade, fazendo com que a pessoa com doença mental não usufrua de bem-estar e de autorrealização por não estar incluído nestas relações. Desta maneira, o campo da inclusão social deveria ser o processo pelo qual a sociedade e o indivíduo procuram adaptar-se mutuamente, admitindo as diferenças individuais, a valorização da diversidade humana, a equiparação de oportunidades e, conseqüentemente, uma sociedade para todos (Sasaki, 1997; Salles e Barros, 2009). Entende-se, portanto, que a inclusão da pessoa com doença mental na sociedade implica em sua inclusão na escola, no trabalho, nos espaços de lazer, nos serviços de saúde, etc., bem como implica na adaptação da sociedade às necessidades das pessoas com doença mental. Enfim, implica na celebração das diferenças, do direito de pertencer a uma sociedade humanitária, de ter igual importância entre os membros

desta, assim como obter cidadania com qualidade de vida (Saraceno, 2001; Salles, 2011).

De acordo com Santos (2009), o acesso à cultura e à cidadania é parte indissociável para a melhoria da qualidade de vida da população e das pessoas com doença mental e, partindo da ideia de ampliar o conceito de saúde, entende-se que esta, além de um direito humano, é também a construção de condições para a autonomia individual. É a possibilidade de que as pessoas, independente de suas condições, possam viver da melhor maneira possível. Conforme os relatos dos profissionais, os CAPS têm possibilitado esse acesso e a melhoria da qualidade de vida aos seus usuários, através das parcerias com os museus e outros equipamentos sociais e pelo reconhecimento de seus usuários como cidadãos. Mas esta cidadania reconhecida pelos profissionais dos CAPS é parcialmente reconhecida pela sociedade, pois esta ainda encontra dificuldades em incluir a pessoa com doença mental nos seus meios de trocas e de relações, devido ao estigma da doença mental. Em resumo, compreende-se que a qualidade de vida da pessoa com doença mental pode realizar-se no campo político, pela construção de cidadãos, mas mantém-se parcialmente presente no campo da inclusão social – devido às barreiras que o estigma impõe.

Ainda sobre a dificuldade de se relacionar com a família e com a sociedade, devido à dificuldade de se expressar, Pereira e Pereira Jr. (2003) afirmam que a dificuldade de comunicação e de interação gera impotência diante deste descompasso que infringe o convencional, produzindo vários desgastes relacionais entre as pessoas envolvidas no interior do núcleo familiar e nas relações fora deste círculo. De acordo com os autores, este descompasso dificulta a participação das trocas sociais, trazendo também como consequência a marginalidade frente ao movimento da vida e um modo indiferente de existir, sem conciliação com os ciclos temporais: passado, presente e futuro. Assim sendo, o fator temporal organizador das vivências pessoais é elemento importante para a compreensão da realidade e subentende-se que a dificuldade de comunicação do paciente denota um sofrimento psíquico, ou mesmo uma dificuldade no processo de

representação de si mesmo (Pereira e Pereira Jr., 2003).

Divergindo da psiquiatria tradicional, a qual privilegia a investigação do mundo externo, Silveira (1992) enfatiza o mundo interior e destaca a importância de investigações que considerem e explorem o espaço e o tempo interiores. Analisando a história de vida de pessoas com doença mental, a autora sugere que o tempo subjetivo estagnou a partir de experiências de situações afetivas intensas, modificando as vivências de espaço e tempo do doente.

Encontrou-se também, nos discursos dos profissionais que fizeram parte desta pesquisa, a concepção de saúde-doença mental balizada na concepção de existência-sofrimento. Os profissionais acreditam que o usuário sofre por não entender suas questões subjetivas, ou seja, que seus delírios são parte da vivência e de seu funcionamento. É importante mencionar que em certos momentos da vida o sujeito com ou sem doença mental vive diversas situações que causam sofrimento intenso, podendo iniciar com pensamentos negativos dentro de si, com o sujeito não conseguindo, muitas vezes, suportar. Neste sentido (Farago, 2006), o sofrimento perde o seu caráter aterrorizante e ganha um sentido existencial, quando não passa a ser entendido como, meramente, uma dor física; sofrer é compreender a profundidade das coisas, limitando o esquecimento de si mesmo e é, ao mesmo tempo, o modo da compreensão de si, sabendo que o aprofundamento das coisas não se dá somente no próprio sofrimento, mesmo que seja o sofrimento o meio pelo qual o homem pode chegar a compreender a si mesmo.

A dimensão da existência-sofrimento em relação ao corpo social, como definiu Rotelli ao referir-se à loucura, é considerada como um componente da diversidade humana, que deve ser aceita e valorizada como patrimônio da humanidade, e não como desrazão, um defeito. Portanto, compartilhar ideias a respeito de cultura, saúde, loucura e diversidade, possibilitando a aplicação na vida prática e nas políticas públicas, remete a um compromisso mais profundo com a pessoa com doença mental em um esforço interinstitucional, governamental e da sociedade, de maneira a

alterar e a produzir mudanças sociais e culturais que permitam, finalmente, à população se apropriar de toda sua potencialidade, se alimentar de sua diversidade e viver as possibilidades que a vida oferece (Carvalho, 2008).

No campo teórico-assistencial a mudança vem ocorrendo a partir da desconstrução de conceitos e práticas sustentados pela psiquiatria, como a supressão do paradigma doença-cura pelo conceito existência-sofrimento (Willrich, 2009). A desconstrução não só dos hospitais psiquiátricos, como também dos saberes e das estratégias manicomiais, transformaram os modos como as pessoas são tratadas: o objeto deixou de ser a doença e passou a ser a existência-sofrimento do indivíduo e sua relação com o corpo social (Willrich, 2009). Assim, o olhar dos profissionais voltou-se à pessoa, sua cultura e vida cotidiana, tornando-se este o objetivo do trabalho terapêutico:

Desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos como as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento, porque a terapia não é mais entendida como perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão, através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento. O que é, portanto, nesse sentido, “a instituição” nesta nova acepção? É o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto “doença”. Mas se o objeto ao invés de ser “a doença” torna-se a “existência-sofrimento dos pacientes” e a sua relação com o corpo social, então a desinstitucionalização passa a ser o processo crítico-prático para reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior. (Rotelli, 1990a p.29).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira fez mudanças ocorrerem a partir da adoção de novos conceitos, pois ao desconstruir o conceito de doença mental e incorporar a noção rotelliana de existência-sofrimento, passa a ocupar-se com os sujeitos, surgindo assim, a necessidade de construção de uma rede composta não somente por serviços, mas também por espaços de sociabilidade, de trocas e de produção de subjetividades (Barros e Egry, 2001; Nicácio, 2003; Leão e Barros, 2012; Salles, 2011).

Os profissionais entendem que o sofrimento psíquico pode ser

agravado pelo estigma da doença mental, que dificulta a circulação das pessoas com doença mental na sociedade e o funcionamento das relações. Portanto, para superar o estigma da doença mental e mediar novas formas de se relacionar, viver e conviver com a loucura, deve-se substituir a visão hegemônica de tratamento da loucura de base normativa, que se traduza na eliminação da doença mental, por uma definição de cuidado em saúde mental que coloque a doença entre parênteses para que apareça o sujeito (Basaglia, 2005), procurando instrumentalizá-lo, dando possibilidade de superar o sofrimento.

Desta forma, o vínculo afetivo entre profissional, família e usuário, embutido de confiança recíproca, é decisivo para que haja a possibilidade de melhora do estado da pessoa com doença mental, empreendendo uma ação de saúde que esteja a par dos aspectos cognitivos, técnicos, práticos e científicos (Schränk e Olschowsky, 2008). Para estas autoras, o vínculo pode balizar uma relação compromissada entre profissionais, usuário e família, propiciando uma convivência que deve ser de sinceridade e de responsabilidade. Assim, o estabelecimento de vínculos facilitará a parceria, pois através do relacionamento tem-se uma ligação mais humana, mais singular, que buscará um atendimento que melhor se aproxime às necessidades dos usuários e de suas famílias, implementando uma atuação dos profissionais mais sensível para a escuta, compreensão de pontos de vulnerabilidade e construção de intervenções terapêuticas individuais, respeitando a realidade específica e tornando a parceria como algo possível e concreto (Pereira, 2003; Schränk e Olschowsky, 2008).

Portanto, participar, estar próximo, fazer em conjunto, constituem-se em práticas construídas no cotidiano da vivência do sofrimento-existência da pessoa com doença mental. Essa relação reverte-se em confiança, em caminhos menos sofridos, menos estigmatizados e mais partilhados para inventar novos modos de atenção em saúde mental, aumentando o poder contratual do indivíduo em suas relações. Segundo Kinoshita (2001), parte-se do pressuposto que na sociedade as relações de trocas são realizadas a partir de valores prévios atribuídos a cada indivíduo,

como pré-requisito para participar dos processos de intercâmbio. Para o autor, o valor pressuposto é sinônimo de poder contratual. No caso da pessoa com doença mental, graças ao estigma da doença mental, é visível a anulação dos valores (bens, comunicação/mensagens e afetos) que a assegurem como sujeito social.

Portanto, a contratualidade da pessoa com doença mental está intimamente ligada à relação estabelecida pelos próprios profissionais que prestam a atenção a ela, bem como pela capacidade destes profissionais em elaborarem projetos que modifiquem a vida dos usuários dos serviços substitutivos, contextualizando as abordagens terapêuticas específicas (Kinoshita, 2001).

Mesmo com o desmonte das instituições manicomiais, Kinoshita (2001) afirma que não tem sido automática a passagem da desvalorização da pessoa com doença mental para a situação de efetiva participação no intercâmbio social. Para ele, é comum ver a estagnação dos serviços substitutivos no patamar da assistência humanizada e tolerante, porém igualmente excludente e desvalida como nos manicômios. Conforme Kinoshita (2001), tem acontecido um grande esforço pela busca de uma atuação para além do patamar supracitado.

A complexidade do fenômeno da loucura apresentou-se nos discursos dos profissionais como concepção de saúde-doença mental, pois os profissionais afirmaram que a loucura é complexa e cheia de meandros. Para Basaglia (2005), o fenômeno da loucura é complexo, pois envolve diversos fatores que não só a doença. Segundo o autor, a psiquiatria tradicional não é capaz de compreender esse fenômeno complexo sozinha e precisaria de outros meios e outras visões de diversas disciplinas do conhecimento para poder entendê-lo melhor.

Esta afirmação de Basaglia (2005) dá suporte à Reabilitação Psicossocial, pois esta tem como proposta utilizar-se de diversos equipamentos e recursos sociais. Nesse sentido, Aranha e Silva (1997) afirma que:

[...] o modelo de tratamento desenvolvido diferencia-se do modelo psiquiátrico tradicional porque os profissionais privilegiam e objetivam o olhar sobre o sujeito, compreendem a doença mental como um elemento limitador da expressão da subjetividade e das potencialidades humanas e buscam instrumentos de intervenção repertórios terapêuticos com a finalidade de abrir que ampliem suas fendas nesse limites, intervindo, assim, no processo saúde-doença (p.13).

Nesse contexto, o louco não se constitui mais como um objeto de apreensão, mas como um ser que possui experiência e sofrimento, participante, e que se expressa por meio de manifestações complexas; sendo o tratamento como projeto e cuidado como condição (Pinho, Hernandez e Kantorski, 2010).

No seio da Reforma Psiquiátrica, a interdisciplinaridade reforça a tendência de superação do compartilhamento do saber como um dispositivo que visa integrar habilidades e competências e compreender a loucura como fenômeno da complexidade (Pinho, Hernandez e Kantorski, 2010). Entende-se que esta união de esforços pode ajudar na transformação e no rompimento com padrões de atendimento cristalizados, assim como a superação das características manicomiais presentes. Desta forma, é possível promover uma nova significação de saberes, de práticas, de instituições e, principalmente, de pessoas (Barros e Egry, 2001).

A concepção sobre crise também é apontada no discurso dos profissionais como concepção de saúde-doença mental. Para eles, a crise significa um momento de loucura na vida de uma pessoa. O conceito de crise é entendido como expressão da doença, o momento em que ela mostra a sua face. Assim, Kinoshita (2008) chama atenção para o fato de que em nossa sociedade existe certa “tolerância” à loucura, quando esta se apresenta “controlada”, “amansada”. Entretanto, quando a loucura se mostra “enraivecida” (crise), a sociedade determina o isolamento como punição, e o lugar reconhecido socialmente como capaz de estabelecer essa relação de poder/força é o Hospital Psiquiátrico.

Portanto, na psiquiatria tradicional, a crise é entendida como uma situação em que há uma grave disfunção e ocorre exclusivamente em decorrência da doença (Amarante, 2007). Em virtude dessa concepção, a

resposta à crise está baseada em conter a agressividade e a indisciplina para manter a relação de poder e submissão que sustenta o cotidiano do manicômio.

A intervenção à crise exige a responsabilização pelo controle da ordem social. No entanto, nos serviços substitutivos de saúde mental existe um entendimento de que a ordem não pode ser estabelecida a partir de relações de força, sendo então necessário construir relações sujeito-sujeito, buscando produzir consensos capazes de melhorar o convívio social (Kinoshita, 2008). Conforme Willrich (2009), os comportamentos agressivos necessitam ser redimensionados e legitimados, por serem também um modo do sujeito se colocar no mundo. No cuidado da crise, a valorização da expressão subjetiva dos sujeitos tem a potencialidade de trazê-los para uma relação horizontal, onde o sujeito tenha a capacidade e liberdade para se posicionar (Basaglia, 2005). Segundo Kinoshita (2008), a crise é um momento pontual e difícil para as pessoas com doença mental, pois é um esboço das dificuldades diárias. Desse modo, ela precisa ser vista como possibilidade de transformação da relação entre profissional, pessoa com doença mental e sociedade. Conforme Basaglia (1979), o contexto da saúde mental em relação à crise é concebido como a expressão de uma crise existencial, social e familiar, que envolve a capacidade subjetiva do sujeito em responder às situações desencadeantes. Desta maneira, é considerada uma situação mais social do que biológica ou psicológica, um momento em que há uma “*precariedade de recursos para tratar a pessoa em sua residência*” (Amarante, 2007, p. 81). De acordo com Amarante (2007), é necessário que exista, nos serviços de atenção psicossocial, a “responsabilização” por parte das pessoas que estão sendo cuidadas, a partir do acolhimento destas quando em crise e da construção de vínculos afetivos e profissionais com elas.

5.1.2. A vivência do processo saúde-doença mental.

Observou-se também, nos discursos dos profissionais que participaram desta pesquisa, que o adoecimento mental causa uma ruptura na vida cotidiana das pessoas, marcada por perdas materiais e afetivas. Os profissionais ainda acrescentam em seus discursos que a loucura é algo que limita as possibilidades de inclusão das pessoas com doença mental na sociedade, devido aos sintomas negativos da própria doença. Segundo Salles e Barros (2009), isso acontece porque há um afrouxamento dos laços sociais, revelando a dificuldade de inclusão na rede social primária de familiares, amigos e vizinhos. Além disso, a doença também marca a dificuldade de inclusão pela via do trabalho, diminuindo as possibilidades destas pessoas, devido ao estigma da doença mental.

Portanto, entende-se que o processo da Reforma Psiquiátrica não deve apenas realizar rearranjos nas técnicas e instituições psiquiátricas, tampouco apenas desfazer o aparato e a cultura manicomial, sobretudo, deve construir uma nova maneira da sociedade lidar com a loucura (Pitta, 2001). Isto, por sua vez, implica em reinventar não só a Psiquiatria, mas a própria sociedade em que vivemos (Basaglia, 2005; Barros e Egry, 2001). Pretender a transformação da Psiquiatria sem atacar os pontos de sustentação que a sociedade lhe oferece, é cair na ilusão de que pela técnica se poderia modificar realidades cujo contexto deu origem a essas mesmas técnicas (Bezerra, 1993; Basaglia, 2005).

Os resultados evidenciaram que a concepção de saúde-doença está relacionada ao exercício de cidadania, pois os profissionais alegaram que as pessoas com doença mental são seres com direitos, porém, a presença do estigma da doença mental as apartam destes direitos, bem como dificulta a retomada dos mesmos. Segundo Saraceno (1999), o exercício de cidadania é uma forma de tolerância que não está baseada na nobre vontade de uma minoria, mas na capacidade de organização dos recursos e das instituições que existem em sua comunidade. De acordo com o mesmo autor, a tolerância como ética do respeito à igualdade dos seres humanos, se

transforma em ética do acaso às oportunidades materiais e afetivas de que uma comunidade dispõe.

Nesse sentido, é necessário desenvolver a ideia da democracia como invenção permanente e reconhecer que produzir novos diálogos e novas práticas subjetivas é indispensável para a construção de uma sociedade mais tolerante, que reconheça o direito de cidadão da pessoa com doença mental. A sociedade deve ter a noção de cidadania que implique não apenas o reconhecimento de direitos ou proteção da singularidade, mas um processo ativo de ampliação da capacidade de todos, principalmente do louco, e de cada um agir de modo livre e participativo, onde a loucura não implique impossibilidade (Barros e Egry, 2001; Salles e Barros, 2009; Salles, 2011), nem se resuma ao estigma da doença mental.

Desta forma, são de fundamental importância o reconhecimento e a valorização das diferenças culturais e do próprio cidadão, seja ele louco ou não, porque o respeito às diferenças entre os indivíduos e grupos humanos é condição de cidadania. Nas áreas da cultura e das políticas sociais, o conceito de diversidade cultural é importante para a construção de políticas públicas (Santos, 2009).

Portanto, deve-se continuar trabalhando intensamente pelo reconhecimento e pela proteção da dignidade do ser humano, sem qualquer exclusão ou discriminação. Nesse sentido, deve-se desenvolver um trabalho no sentido da extensão da cidadania para as pessoas com doenças mentais, como os CAPS vêm desenvolvendo, além de continuar lutando pela própria cidadania, pois este é um conceito útil de liberdade e igualdade dos seres humanos, sem perder de vista que, enquanto houver pessoas excluídas da cidadania, não poderá existir sociedade democrática (Dallari, 1995).

Os sujeitos entrevistados reportam que a exclusão social das pessoas com doença mental está relacionada ao seu modo de “estar no mundo”, dificultando sua inserção no trabalho e na própria família, acarretando em sua marginalização do sistema de trocas da sociedade. Corroborando com resultados de outros autores (Aranha e Silva, 1997; Perkins e Repper, 2003), os resultados do presente estudo reafirmam as devastadoras consequências

da doença mental e do estigma, que acarretam a desvalorização e exclusão da pessoa com doença mental em seu contexto social.

Por outro lado, a expectativa de uma vida melhor constitui um alicerce que estabiliza a vida no presente, oferecendo significado, direção e otimismo à vida. Para a reabilitação do indivíduo é preciso que ele tenha esperança e acredite em si mesmo (Perkins e Repper, 2003), sendo reforçado pelas relações profissionais-usuários do CAPS-sociedade.

De acordo com Saraceno (2001), o processo de Reabilitação Psicossocial refere-se à possibilidade do paciente de exercer a cidadania e adquirir autonomia, formação profissional, capacidade social e bens materiais, bem como constitui-se na capacidade das pessoas de exercerem plenamente seus direitos e construírem as próprias habilidades de acesso ao valor no caminho da emancipação.

5.2. O PROCESSO DE ESTIGMA E EXCLUSÃO SOCIAL

5.2.1 Concepções sobre o estigma da doença mental referidas pelos profissionais.

O conceito de estigma da doença mental foi construído culturalmente desde a Idade Média e com o passar dos séculos foi sendo aprimorado. Segundo Goffman (2004), o estigma já foi entendido na Antiguidade Clássica como marca física que desvalorizava a pessoa que a possuía. Na Idade Contemporânea passou a ser definido como um atributo profundamente pejorativo, utilizado socialmente para desqualificar/desvalorizar a pessoa que o possuía. Segundo Leff e Warner (2006 p.63), as atitudes estigmatizadoras em relação às pessoas com doença mental *“são baseadas em estereótipos que crescem quando não existe um conhecimento adequado e há ideias erradas ou pouco contato com as doenças mentais, de modo a corrigi-los”*.

Nos discursos dos profissionais entrevistados pôde-se identificar a compreensão de que o processo de estigmatização é, assim como o processo saúde-doença mental, fruto do contexto histórico-cultural. Ainda foi possível notar que, nos fragmentos dos discursos dos sujeitos da pesquisa, a concepção de estigma está relacionada a uma “marca” simbólica ligada à doença. Neste caso, seria uma caricatura difundida culturalmente, evidenciando a periculosidade e a incapacidade como características principais dos loucos perante a sociedade.

Desde os tempos antigos, a loucura é tida como algo mágico, demoníaco, incapacitante e perigoso (Pessotti, 1997; Barros e Egry, 2001). Estas ideias irracionais ou percepções sociais erradas, apesar de não serem corretas, são reforçadas culturalmente, transmitidas hereditariamente, contribuindo para o estigma (Leff e Warner, 2006; Sadler, 2009). Diversos autores denotam que o estigma é uma situação sócio-cultural de violência em oposição à pessoa com doença mental, devido à marca manicomial

culturalmente estabelecida. Desta forma, as pessoas com doença mental permanecem como alvo de preconceitos arraigados e naturalizados pela cultura (Hopper, Wanderling e Naraynan, 2007; Nunes e Torrenté, 2009; Thornicroft et al, 2009).

Os profissionais entendem que o estigma gera uma perseguição à pessoa com doença mental por ser determinado por um grupo majoritário, ou seja, por um panorama social. Este grupo, no entendimento dos profissionais, prega uma imagem depreciativa sobre uma característica da identidade da pessoa com doença mental e a transforma como critério definidor, gerando a exclusão. Segundo Graham *et al.* (2007), o estigma é o resultado de um processo cognitivo normal de avaliação de ameaças e riscos que organizam os conhecimentos sociais e determinam as autopercepções. Portanto, são os componentes cognitivos e comportamentais da estigmatização que devem ser alvos de ações específicas para a superação do estigma da doença mental.

Assim, Salles (2011) afirma que para a integração da pessoa com doença mental na sociedade é preciso lidar com a herança cultural que estabelece a concepção na qual as pessoas com doenças mentais devem ser temidas e excluídas, transformando a ultrageneralização e os juízos provisórios estabelecidos, criando novas possibilidades de se compreender o adoecimento mental. De acordo com Perkins e Repper (2003), a compreensão e empatia são elementos críticos na formação de relacionamentos que proporcionam uma ajuda afetiva.

Outras frases temáticas desvelaram a concepção de rótulo para conceituar o estigma da doença mental, que é utilizado para destacar o louco dentro da sociedade. Michener *et al.* (2005) consideram que a rotulação é um processo de atribuição de um *status* socialmente estigmatizado e de discriminação social, que de uma forma geral afeta o autoconceito da pessoa e o seu comportamento. Este aspecto se encontra relacionado com o estabelecimento de um rótulo que o próprio indivíduo aceita como sendo real.

Greatley e Ford (2002) acreditam que o processo de exclusão

começa quando as pessoas recebem o rótulo de doença mental severa e, apesar do combate ao preconceito, ainda vivenciam a discriminação e frequentemente lhes são negadas oportunidades e direitos garantidos à outras pessoas da sociedade. A reação da sociedade perante estes indivíduos produz mudanças no seu comportamento e autoimagem. Desta forma, pode-se afirmar que o estigma é uma barreira para inclusão social (WHO, 2001; Gray, 2010; Gulliver, 2010).

Os profissionais definem o estigma utilizando o termo “taxar”, ou seja, eles entendem que o estigma é algo que taxa uma pessoa de forma que a totalize. Ainda, acrescentam que o estigma é algo projetado.

Segundo Houaiss, taxar é o mesmo que estipular um valor ou um desvalor a alguém ou alguma coisa. De acordo com Salles (2011 p.154), *a habilidade de valorizar/desvalorizar o outro é primordial na efetividade de formação dos relacionamentos, pois é muito mais provável que uma pessoa acredite em si mesma se for valorizada pelos outros e o oposto vale para quando desvalorizamos alguém*. Ao valorizar o outro é importante crer em seus sonhos, esperanças e habilidades, compreender e aceitar sua versão dos fatos e ajudá-lo a atingir seu objetivo de vida. Portanto, é necessário confiança em si próprio para construir um futuro e, para construir esta confiança, é necessário que os outros nos valorizem (Perkins e Repper, 2003; Salles, 2011).

Os profissionais compreendem que o estigma é uma identidade que desvaloriza a pessoa em relação a alguns adjetivos e que nunca tem sentido de valorizar. Salles (2011) aponta que todos aqueles que recebem alguma assistência, sejam eles loucos, pobres, negros ou em situação de rua, são estigmatizados e estão fadados a um *status* social desvalorizado que o desqualifica socialmente. Para Paugam (2007), estas pessoas “*permanecem na sociedade ao participar de seu último estrato*” (p70). Link *et al.* (2001) acreditam que devido ao estigma e à discriminação, as pessoas com doença mental são bastante afetadas na sua autoestima, graças à percepção que elas têm da desvalorização que lhes é atribuída e da rejeição social que constantemente as atinge. Esta afirmação pode ser observada nos discursos

dos entrevistados do estudo em questão.

Desta forma surge a necessidade de esconder a doença mental, resultado do receio fundado de ser rejeitado e desvalorizado como se seu sofrimento fosse um mal para a sociedade. Para Corrigan (2013), o estigma da doença mental acarreta fragilidades das relações sociais, familiares e laborais e, conseqüentemente, remete a pessoa ao polo da exclusão social.

Na opinião dos entrevistados, as características das pessoas com doença mental, que tiveram diversas internações em instituições manicomiais, são causadoras de estigma e invalidação do sujeito. De acordo com Valentini (2001), a internação em uma instituição manicomial agrega desvalor à pessoa com doença mental, que passa a ser menos valorizada na convivência com o seu grupo em seu bairro. Ao permanecerem internadas por longos períodos, as pessoas com doença mental desaprendem as regras básicas de convivência em sociedade e, quando saem da internação, passam a ter um *status* desfavorável, ou seja, são estigmatizadas (Salles, 2005).

O diagnóstico psiquiátrico também foi apontado pelos profissionais como estabelecedor de marcas que estigmatizam a pessoa que o recebe. Segundo Hyslop e Jackson (2002), a persistência no senso comum da associação entre: doença mental, incapacidade e periculosidade, resulta em estigma e isolamento das pessoas que recebem o rótulo do diagnóstico psiquiátrico. De acordo com Thornicroft (2006), a pessoa que recebe um diagnóstico de doente mental espera ser discriminada e esta expectativa em si pode causar desabilidades, evidenciando as conseqüências negativas dos rótulos recebidos pelo diagnóstico médico. Desta Forma, Sayce (2000) afirma que as imagens da loucura na cultura ocidental engendradas pelo diagnóstico psiquiátrico tornam claro que a doença mental deve ser evitada ou negada, pois é difícil ver a pessoa com doença mental ao mesmo tempo como “louco” e como pessoa que possui valor e tem um futuro que mereça ser vivido.

Pôde-se verificar também que a vulnerabilidade está relacionada à concepção de estigma. Segundo Castel (1991), que aborda a exclusão social e apresenta o conceito de vulnerabilidade social como uma zona

intermediária entre a exclusão e a integração social, a vulnerabilidade social é uma zona instável que conjuga a precariedade do trabalho e a fragilidade dos suportes de proximidade. Martí (2006) aponta que as pessoas com doença mental formam um “coletivo vulnerável” e transitam por diferentes modalidades de exclusão. Hulex e Thornicroft (2003) evidenciaram em seu estudo que as pessoas com doença mental são quatro vezes mais propensas que a média da população a não terem um amigo mais próximo, e, mais de um terço delas, relatam não ter ninguém a quem recorrer num momento de crise. Muramoto e Mângia (2008) referem que o surgimento da doença mental tende a ocasionar fraturas relacionais, assim como as situações de asilamento hospitalar e a dependência em relação aos serviços de saúde. Tais situações geram mudanças significativas na vida relacional e promovem o aumento da vulnerabilidade social das pessoas com doença mental.

A concepção de estigma evidenciada nos discursos está intimamente ligada à noção de preconceito. Salles (2011) afirma que uma das formas das pessoas com doença mental vivenciarem o preconceito está na impossibilidade de falarem abertamente sobre sua doença, temendo serem excluídas graças ao estigma e ao rótulo negativo que as doenças mentais carregam culturalmente.

Os profissionais entendem o preconceito como uma visão preconcebida que se impõe antes de conviver com a pessoa. Para Crochík (1995), o preconceito é um processo que permite ao indivíduo se constituir. A sua manifestação é individual, assim como responde às necessidades irracionais do indivíduo, mas surge no processo de socialização como resposta aos conflitos aí então gerados. De acordo com o autor, o indivíduo é fruto da cultura. Portanto, em seu processo de socialização, o indivíduo, desde que nasce e é inserido nas diversas agências de sociabilidade, é impelido a incorporar estereótipos produzidos e fomentados pela cultura, cujo objetivo é manter a divisão de trabalho. Além disso, independe das características do objeto e diz mais respeito às necessidades do preconceituoso do que às características do objeto. Como produtos culturais,

os estereótipos são preconceitos que fazem parte da ideologia e que, por vezes fornecidos pela ciência, servem como justificativa para a dominação de determinadas classes sociais sobre outra, além da que se dá sobre a própria natureza (Crochík, 1995).

O preconceito, em geral, é avesso à subjetividade. Ele julga não só falar em seu nome, mas no de uma coletividade com a qual se confunde. A classificação que estamos acostumados a fazer com os objetos é extrapolada para as pessoas. Quando a cultura faz esse tipo de distinção, caracteriza as pessoas como coisas a serem manipuladas (Crochík, 1995).

Apesar da divisão social das classes, somos levados a acreditar que todos são iguais porque participamos da ideia de “humano”, de “pátria”, de “nação” ou de “raça” e de várias outras. O que caracteriza uns e outros são elementos culturais que não expressam a diversidade com universalidade, e sim uma hierarquia do fraco e do forte, do bem e do mal adaptado, do pior e do melhor (Crochík, 1995).

A razão pode ser um poderoso instrumento de dissimulação da realidade a serviço da exploração e da dominação dos homens sobre seus semelhantes. Desta forma, a razão está presente não para avaliar, e sim para justificar aquilo que se incorporou não pela verdade que possa conter, mas pela necessidade de manter tais ideais e valores.

De acordo com Crochick (1995), toda cultura que exija sacrifícios individuais para a sua manutenção necessita da ideologia para se perpetuar. Desta forma, a ideologia afirma que somos cidadãos e, portanto, temos todos os mesmos direitos sociais, econômicos, políticos e culturais. No entanto, isso não acontece de fato.

Crochick (1995) afirma que o estigma é algo que dá visibilidade ao alvo do preconceito. O autor afirma que ao estar vinculado à ideia de marca, o estigma é predisposição para o preconceito, não está presente em todos os tipos de manifestações preconceituosas e é fortemente relacionado ao ambiente em que o grupo estigmatizado está inserido.

Para melhor entender as diferenças entre manifestações de estigma e de preconceito, Phelan, Link e Dovidio (2008) realizaram uma revisão

teórica que unifica ambos os conceitos. Segundo os autores, embora seja possível distinguir preconceito de estigma em suas finalidades, ambos fazem parte de um mesmo universo discriminatório por produzir resultados semelhantes. De acordo com os pesquisadores, o preconceito é comumente associado às características grupais, enquanto que estigma tem a ver com particularidades inerentes ao indivíduo. A tradição de estudos sobre preconceito partiria, portanto, de preocupações com processos sociais motivados por exploração e dominação – como o racismo –, enquanto a tradição de trabalhos sobre estigma esteve mais preocupada em entender processos relacionados ao estabelecimento de normas de comportamento e evitação (Phelan, Link e Dovidio, 2008). As funções de ambos os conceitos, portanto, se confundem em "manter as pessoas em nível inferior" (exploração e dominação), "manter as pessoas inseridas" (estabelecimento de normas) e "manter as pessoas distantes" (evitação). Isto é, os processos sociais do estigma e do preconceito são similares; as razões históricas que explicam por que sociedades estigmatizam ou são preconceituosas tendem a variar (Phelan, Link e Dovidio, 2008).

Stuber, Meyer e Link (2008) afirmam que as diferenças entre estigma e preconceito estão longe de serem conceituais. Para eles, o foco das pesquisas desenvolvidas até hoje fez com que houvesse a impressão de que ambos são conceitos diferentes. Nesse sentido, os autores argumentam que pesquisas sobre estigma têm tradicionalmente enfatizado estudos de pessoas com condições pouco comuns, como HIV/Aids e doença mental. Por outro lado, pesquisadores especializados em preconceito e discriminação tendem a focar em conflitos de gênero, idade, raça e divisões de classe.

Em alguns fragmentos dos discursos, o conceito de exclusão social é sinônimo da concepção de estigma. Thornicroft (2009) infere que o estigma é fomento para a exclusão social, mas não a exclusão social propriamente dita, como foi apontado nos resultados desta pesquisa. Segundo Leão e Barros (2008), um dos principais desafios à Reforma Psiquiátrica está vinculado à exclusão social do louco, que é em essência

um problema político, estando diretamente atrelado ao aspecto econômico, graças à precarização do emprego, à desagregação familiar e social, assim como ao estigma da doença mental.

Os profissionais reiteram que o estigma prejudica o convívio da pessoa com doença mental em sociedade, pois limita sua circulação no território, suas possibilidades e causa sofrimento, bem como gera marginalização. Corrigan (2005, 2013) afirma que o estigma da doença tem efeitos deletérios para as pessoas com doença mental (por exemplo, a obtenção de efeitos sobre o emprego, as oportunidades para viver, ou cuidados de saúde de qualidade), bem como para aqueles que internalizam o estigma (Ritsher e Phelan, 2004), causando mais isolamento e, portanto, a exclusão social. De acordo com Escorel (1999), o termo exclusão tem relação com expressões como banimento, reclusão e expulsão, tendo como foco as práticas segregadoras que arquitetam as diferenças estigmatizantes exercidas regularmente no cotidiano.

Corroborando com o presente estudo, Jodelet (2007) reitera que a exclusão está relacionada a uma organização específica de relações interpessoais ou intergrupais e estas se traduzem através dos mecanismos de segregação, marginalização e discriminação. Hulex e Thornicroft (2003) entendem que o processo de exclusão e inclusão social é uma questão de identificação e participação social. Entretanto, uma relação de reciprocidade entre o indivíduo e a sociedade inclui pertencimento, integração e satisfação de necessidades. Para Popperwell (2007) e Berry *et al.* (2010), a inclusão social é como a vida, repleta de experiências positivas e negativas, agregadoras ou não. Em outras palavras, a inclusão social é como vivemos e ganhamos experiências, bem como exercemos o nosso livre arbítrio (Salles, 2011).

Sayce (2000) acrescenta que a inclusão social da pessoa com doença mental vai além de reposicioná-la na sociedade (sair da instituição) e esta ser aceita como uma pessoa 'normal', significa incluir a experiência da loucura como parte do meio social, valorizando as pessoas com doença mental e reconhecendo as contribuições dispensadas por elas. Desta

maneira, se compreende que o processo de inclusão e exclusão social é um fenômeno multidimensional e dialético, cujos eixos principais são a condição material, o trabalho, a rede de suporte social, a cidadania e a possibilidade de conduzir a própria vida (Vianna e Barros, 2002; Salles, 2011).

Alguns discursos de profissionais revelaram que há certo incomodo pela falta de clareza sobre o termo estigma. Isso demonstra a necessidade destes profissionais terem capacitação teórica aprofundada sobre todo o processo de construção da Reforma Psiquiátrica, seus princípios e diretrizes, bem como sobre as incoerências do modelo hospitalocêntrico de atenção e o estigma construído, historicamente, em torno da doença mental, o qual gera barreiras para a inclusão social que estes profissionais tentam promover diariamente. Segundo Barros e Bicchaff (2008) essa reflexão deve apontar os limites e as perspectivas trazidas pela reforma no contexto dos serviços de atenção à saúde mental no Brasil.

Desta forma, a colaboração teórica dos estudos e avaliações da Reforma Psiquiátrica e os esforços realizados pelos próprios sujeitos envolvidos na transformação da saúde mental no Brasil devem apontar para a compreensão e acolhimento dos sujeitos, assim como devem apontar para a melhor compreensão do processo de construção do estigma para propor estratégias que possam desconstruí-lo, especialmente em momentos em que seu sofrimento se mostra acirrado e permeado dos estereótipos (incapacidade e periculosidade) que caracterizam o estigma da doença mental.

O medo relacionado à pessoa com doença mental é uma das consequências do estigma dentro do imaginário da sociedade. Desta forma, os estereótipos são estruturas do conhecimento aprendidas pela maior parte dos elementos de um determinado grupo social (Corrigan et al., 2008) e representam coletivamente características relativas a um grupo através da categorização. São vários os estereótipos e as crenças acerca da doença mental que podem influenciar as atitudes dos indivíduos, como o caráter imprevisível, violento e perigoso dos doentes (Angermeyer et al, 2004;

Corrigan et al., 2001; Phelan et al., 2000). Precisamente devido ao conceito de periculosidade da pessoa com doença mental, alguns autores consideram o medo e a exclusão ou segregação como estereótipos mais comuns (Brockington et al., 1993; Corrigan, 2004). Sadow e Ryder (2008) enfatizam igualmente o estereótipo de periculosidade como fator de desejo em evitar a pessoa com doença mental e distância social.

Corrigan et al. (2003) desenvolveram um quadro teórico relativamente à forma de como as pessoas respondem aos comportamentos das pessoas com doença mental. O modelo proposto relaciona vários conceitos: atribuições causais (controlabilidade e responsabilidade), familiaridade com doença mental, periculosidade percebida, respostas emocionais (raiva, medo e pena) e comportamentos de ajuda ou rejeição. Por outro lado, define três processos cognitivo-emocionais que determinam o comportamento: processo de atribuição, percepção de periculosidade e efeitos da familiaridade. Segundo os autores, no que se refere ao primeiro processo mencionado, o indivíduo tende a fazer atribuições relativamente à causa e controlabilidade de um determinado comportamento de outro indivíduo, relacionando estes aspectos com o fator responsabilidade. Estas inferências provocam reações emocionais negativas que, consequentemente, influenciarão a manifestação de comportamentos de ajuda ou rejeição. No caso de se considerar que a causa do comportamento/doença esteve sob o controle do indivíduo, tendencialmente este será entendido como responsável pelo seu estado. Por outro lado, se a causa da doença for associada a fatores externos ao indivíduo, a atribuição de responsabilidade diminui e, consequentemente, se prevê a diminuição das respostas emocionais negativas e o aumento dos comportamentos de ajuda.

5.3. PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: O PROCESSO DE ASSISTIR PARA INCLUIR.

O serviço substitutivo ao manicômio, como o CAPS, deve ser um local de produções de recursos não numéricos apenas, mas afetivos, na rede de relações e necessidades dos usuários. São compreendidos como recursos: os profissionais, os familiares (no sentido restrito ao contexto familiar) e a comunidade (a família está inserida neste universo). As instituições formais e informais da comunidade (paróquia, parque, museu, escola de samba, sindicato, etc.) representam recursos potenciais de um serviço de saúde mental, gerando oportunidades infinitas, bem como variadas articulações individuais entre CAPS-usuário-comunidade, capazes de produzir sentido, contratualidade e bem-estar (Saraceno, 1999).

5.3.1. Objeto de trabalho dos agentes do processo de trabalho em saúde mental

Para que algo se constitua num objeto de trabalho, é necessário que haja, com base nele, a construção abstrata e idealizada de um resultado ou de um objetivo que se queira atingir (Mendes-Gonçalves, 1992). Nesta perspectiva, o objeto de trabalho em saúde é a pessoa ou grupos para quem se dirige a assistência, seja ela saudável ou doente, que passa por transformações com vistas a preservar a vida, promover a saúde e/ou a melhora e recuperação em situações de sofrimento ou adoecimento (Mendes-Gonçalves, 1992; Pires, 2008).

Articuladas com processos sociais característicos de cada época, os saberes e práticas em saúde mental são resultados de construções históricas,. Portanto, a partir das relações dos modos de produção da sociedade com a loucura após séculos, é possível ter uma melhor compreensão dos caminhos que loucura percorreu para que não fosse entendida como uma doença, mas como a existência-sofrimento de um ser humano, o qual mesmo após anos de isolamento pode voltar a ser sujeito da sua própria história (Barros e

Egry, 2001).

Os resultados apontaram para uma mudança de objeto de trabalho em saúde mental, antes focado na doença, atualmente focado no indivíduo e em todas as suas dimensões. De acordo com Rotelli (2001), a desconstrução de um conjunto de aparatos científicos, administrativos e legislativos construídos em torno da doença mental pôde engendrar uma ruptura conceitual, possibilitando transformar as práticas, já que o objeto deixa de ser a doença mental e passa a ser a existência-sofrimento do sujeito, e a finalidade não é mais a cura, mas a produção de subjetividade, de singularidades, de novas possibilidades de vida. Para Nicácio (2003), essa ruptura epistemológica gera antagonismos, porém abre um campo de fertilidades nos modos de lidar com a loucura, implicando em inovações em diferentes dimensões que se entrecruzam, se complementam e se potencializam. Estas transformações devem permear não só a superação dos hospitais psiquiátricos e a produção dos novos serviços, mas um novo pensar/agir para a promoção de uma nova realidade extramuros à pessoa com doença mental.

Dessa maneira, o reposicionamento dos conceitos de saúde e doença na sociedade possibilita estabelecer uma relação dialética entre elas, cuja saúde pode surgir como superação da doença enquanto experiência e esta última ser entendida como uma fase da vida, de apropriação destas experiências (Basaglia, 2005), sem que exista a supervalorização de uma sobre a outra, apenas respeitando cada momento do indivíduo. Neste sentido, a doença deixa de ser propriedade médica e de desabilitar e passa a constituir-se em existência-sofrimento (Rotelli, 2001), redefinindo o objeto de trabalho, os meios terapêuticos e a finalidade do cuidado.

No entanto, discursos referem que o objeto de trabalho não se resume apenas em sofrimento psíquico, pois a loucura de uma pessoa não é definida apenas pelo seu sofrimento e sim pelas dimensões sociais, psicológicas, culturais e biológicas, corroborando posições de autores contemporâneos (Barros e Egry, 2001; Santos, 2009; Thornicroft, 2010; Salles, 2011). Para estes autores, o objeto de trabalho em saúde e suas várias

dimensões (biológica, psicológica, social e cultural), possibilitam a construção da atenção integral e a inclusão social das pessoas com doença mental, atendendo às necessidades em saúde através de diferentes intervenções profissionais.

A pessoa com doença mental é vista, nos discursos dos profissionais, como alguém que possui necessidades de ser cuidado e receber atenção. No entanto, as mudanças geradas pelo reposicionamento dos conceitos, que envolvem o processo de trabalho em saúde mental, exigem acentuadas transformações na organização dos serviços e na estruturação da rede de cuidados. De acordo com Rotelli (2001), estas transformações no modo de atenção à saúde mental, que ocorrem a partir da transformação da concepção sobre o objeto (em vez de ser “a doença” torna-se a “existência-sofrimento” dos sujeitos), modificam o modo como as pessoas são tratadas, bem como a finalidade, que deixa de perseguir a cura e passa a ser um conjunto complexo de estratégias para superar as necessidades dos indivíduos em questão.

Em suma, os discursos vão ao encontro do novo paradigma que desconstrói as “certezas” da psiquiatria e propõe uma nova forma de cuidar, que é incerta devido à complexificação do objeto de trabalho, porém rica em termos de ampliação das possibilidades dos sujeitos. Nesse paradigma busca-se a inclusão social, o diálogo criativo entre a vivência do cuidado, a experiência da loucura e de tudo aquilo que se passa entre a equipe, o usuário e o território (Delgado, 2006).

5.3.2. Os instrumentos dos agentes no processo de trabalho em saúde mental

De acordo com Sarraceno (2001), é preciso estar atento para a história dos serviços, pois é desta história que se extrairá variáveis referentes às modalidades técnicas de intervenção, bem como ao local onde

ocorreram estas intervenções e a característica situacional do usuário. As ações dos profissionais da equipe multidisciplinar dos CAPS não necessariamente precisam ocorrer somente através do contato direto com a pessoa com doença mental, mas também através de ações no território ou nas políticas de saúde, visando a transformação do contexto em que as pessoas vivem e, conseqüentemente, gerando impacto na vida cotidiana desta população (Salles, 2011). Estes serviços substitutivos buscam aproximar, integrar e vincular afetivamente os equipamentos e trabalhadores da saúde às pessoas com doença mental e comunidades, assim como priorizam práticas de Reabilitação Psicossocial, visando romper com a centralização hospitalar, com a inércia das práticas curativas (Sareceno, 1999) e, conseqüentemente, superando o estigma da doença mental.

Segundo Zambenedetti (2009), o processo de substituição do hospital psiquiátrico por uma rede de atenção em saúde mental envolve muito mais do que o simples deslocamento dos espaços de cuidado; na verdade busca desenvolver uma complexa mudança de paradigmas e de práticas no campo da saúde mental. Para que isso aconteça, Saraceno (2001) aponta que é necessário que as ações/intervenções do processo de trabalho em saúde mental destes agentes sejam usadas para modificar o contexto, visando a superação do estigma da doença mental e o estabelecimento da reabilitação psicossocial, ou seja, a transformação do paradigma manicomial.

Os discursos dos profissionais evidenciaram que um instrumento importante de superação do estigma e de promoção da inclusão social, é realizar o reconhecimento e a ocupação do território pelos usuários. De acordo com Barros e Egry (2001), Albuquerque (2006), Yasuí e Costa-Rosa (2008), ao enxergar a pessoa com doença mental como um ser pertencente ao espaço social, com possibilidade de fazer parte de um grupo fora do serviço – seja ele familiar ou outro –, os trabalhadores intermediam a construção desse outro lugar social para a loucura, viabilizando outros acessos e outras possibilidades no resgate de um sujeito com seus desejos e direitos e, deste modo, institui uma nova dialética de cuidado.

Para Amarante e Torre (2001), se o trabalhador aceitar o compromisso de transformar sua forma de intervenção, ele passará a colocar em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade das questões com as quais lida. Desta forma, desconstrói-se a visão do louco como incapaz, perigoso e inferior e o enxerga como um sujeito que se relaciona de forma diferente com o mundo, admitindo a construção de um novo lugar na sociedade para o louco, seja com o retorno às suas famílias, seja com a formação de novas famílias.

Enquanto instrumento de trabalho, a utilização do saber psicossocial possibilita a criação de novos diálogos com a complexidade da existência-sofrimento, da grade de exercício de direitos e de um novo lugar social para a experiência da loucura (Nicácio, 2003). O fato de ter um espaço protegido, sobretudo que estimule uma vida independente dos CAPS, remete o usuário a um espaço em que ele tem que administrar os conflitos e situações que a realidade da vida apresenta. Concorde-se com Guarido e Campos (2006, p.47) quando afirmam que *“É preciso a rua [...] É preciso a rede que tece os laços sociais perdidos. E isto significa a cidade, em todos os seus riscos e conflitos”*.

Os profissionais entendem que são feitas intervenções no território, seja em conjunto com os usuários ou não. Estas ações territoriais são realizadas de acordo com a escolha dos usuários, tentando explicitar que estes são parte do território e que necessitam ocupá-lo, diminuindo assim o estigma pela convivência. Portanto, a conquista dos espaços do território é fundamental na construção do cenário de reinserção, pois esse é um campo fértil para experimentações que o encontro entre a loucura e a cidade pode oferecer (Arraes-Amorim, 2008). Nesse espaço, o encontro entre os usuários e a escola de samba, ou a padaria, já produz uma aceitação “natural”, como desvelado nos discursos dos entrevistados.

A partir da ampliação da visão dos profissionais sobre as pessoas com doença mental, expandem os espaços livres da normatizadora violência dos hospícios e as possibilidades, antes anuladas, de trocas e de resgate do seu ser histórico e da sua individualidade (Antoniacci, 2011).

Os discursos ainda apontam como instrumentos no processo de trabalho as ações que envolvem atividades culturais, bem como o fato de considerar a liberdade como terapêutica, evidenciando a circulação do sujeito pela cidade e as atividades realizadas fora do CAPS. Amarante (1997) defende que a cultura pode interferir na produção do imaginário social no que diz respeito à loucura, e as representações sociais que a vinculam à irresponsabilidade e à irracionalidade. Para o autor, a intervenção cultural, principalmente quando parte dos próprios usuários, é uma estratégia fundamental para transformar este imaginário, produzindo superação do estigma. Assim, ao consumir cultura, o usuário desenvolve um novo papel social, diferente daquele imposto pela institucionalização, o qual possibilita abertura de espaços para novas formas de diálogo com a cidade e de circulação nos espaços de consumo de arte e cultura, rompendo com antigos preceitos de incapacidade, inadequação e segregação da loucura em espaços “longe dos olhos” da sociedade.

Os resultados indicam que a superação do estigma deve ocorrer no cotidiano com estratégias individuais com o usuário e com as pessoas que integram sua rede social. Para Saraceno (2001), a participação da família e do grupo social na libertação da loucura dos hospitais psiquiátricos está permeada por negociações e conflitos, uma vez que *“a desinstitucionalização é também liberação e escuta do conflito (dos interesses contrastantes)”* (p.70).

Acredita-se que a reinserção social e a superação do estigma devem passar por essa ocupação/apropriação e reconquista da casa, do espaço doméstico, mas também da rua, do espaço público (Marcos, 2004). Na perspectiva da Reabilitação Psicossocial, a rede de cuidados inclui o direito de viver dignamente na sociedade, de reapropriação dos espaços sociais, de proximidade com família e amigos, da construção de um lar, de pertencimento a um bairro e à cidade (Saraceno, 1999).

De acordo com Costa-Rosa (2000), as transformações da relação da sociedade com o que lhe é diferente incluem a visão do profissional de que a pessoa com doença mental pertence a essa sociedade que se deseja

transformar e, diante disso, o grupo social também será objeto de intervenção. Ao intervir junto ao objeto (grupo social) os profissionais experimentam *“novas formas de sociabilidade que escapam à produção em série dos manicômios hospitalares e profissionais”* (Lancetti, 1990, p.145). Para Nicácio (2003, p.96), esse processo necessita de atores *“plurais, linguagens múltiplas, novas intervenções, ações que se tornam mais complexas no decorrer da própria prática, trabalhar com conflitos, ativar processos, produzir políticas, inventar possibilidades”*.

Compartilhar este compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção de saúde, em busca da eficácia de práticas e da promoção da individualidade e da cidadania num sentido ampliado. Desta forma, Oliveira e Nunes (2008) afirma que ao planejar conjuntamente a inserção dos usuários, em espaços que respeitam as afinidades, os profissionais estabelecem espaços de diálogo, onde as práticas se relacionam e interagem, pois há uma identificação comum de objeto, o que potencializa as relações entre os saberes e o enriquecimento mútuo dos atores envolvidos.

Os discursos dos profissionais acrescentam a importância dos usuários saírem dos espaços dos CAPS e serem acolhidos pela sociedade, comecem a transitar pelos equipamentos sociais do bairro, pelas ruas, pelas praças da cidade, de modo a efetivar os preceitos do que Delgado (2006) chama de *“clínica da reforma”*, a qual relaciona o sujeito histórico com o seu cotidiano e que é integralmente afetada pelos espaços onde se realiza.

Nessa compreensão, os discursos evidenciam que a superação do estigma deve ocorrer no cotidiano com estratégias junto aos demais serviços de saúde, pois se faz necessário estimular ativamente as políticas de expansão, formulação e avaliação de diretrizes e a intercessão entre atenção básica e saúde mental, obedecendo ao modelo de redes de cuidado de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas, que busquem o estabelecimento de acolhimento e vínculos (Antoniacci, 2009). Para esta articulação com a atenção básica, apresenta-se um grande desafio

(Delgado, 2006), sendo que esta articulação está ainda muito incipiente, devido a uma lacuna no processo de reforma psiquiátrica.

Assim, alguns autores (Vieira-Filho, Nóbrega, 2004; Delgado, Gomes, Coutinho, 2001) vêm apontando para a necessidade dos processos de mudanças serem pautados por ações integradas, de caráter intra e interinstitucional, não somente a partir de instituições sanitárias, mas sim investindo na utilização e gestão de recursos e potencialidades dos territórios, construindo coletivamente a responsabilidade pelo cuidado.

A atenção em saúde mental, no contexto dos serviços que compõe legalmente o arcabouço teórico e prático da reforma psiquiátrica, abre novas possibilidades de vivenciar o sofrimento, que não mais inclui a limitação de periculosidade e agressividade a ser reprimida. As produções dos novos serviços devem garantir novos lugares de cuidado, de trocas, de sociabilidade, de modo a promover mudanças para a produção de uma nova realidade e desconstruir a institucionalização do imaginário das pessoas. Nesse contexto, a presença da equipe mediando situações de rechaço ao usuário, pode articular novas formas de interação entre a sociedade e a experiência do transtorno mental, abrindo brechas na construção cultural da ausência de valor do louco e no imaginário da periculosidade (Nicácio, 2003).

Este contexto aponta para o desafio e a necessidade de que, em nível das atribuições governamentais, exista um planejamento que abranja um novo modelo de desenvolvimento e inclusão, possibilitando intervenções em nível local e fortalecimento das redes sociais e da sociabilidade.

Os discursos dos profissionais desvelam, que um importante instrumento para superar o estigma da doença mental é a convivência com a pessoa com doença mental, exaltando a participação dos usuários em locais abertos e não pertencentes a uma determinada instituição de cuidado. Para Batista-Silva (2005), o isolamento e a exclusão do louco da vida em sociedade são amparados por um modo de lidar com a diferença, que no interior de uma determinada ordem social é considerado como um desvio. Assim, a desmontagem dos saberes de base manicomial é necessário para

que se reprima a estampa negativa da experiência da loucura, criando simultaneamente novos modos de sociabilidade e produção de valor social. Os profissionais ainda acrescentam que é preciso acompanhar o usuário na retomada do mundo, isto é, na inserção na sociedade.

Rotelli et al. (1990b) afirmam que ao se renovarem os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não) para transformar o seu sofrimento, neste caso a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mas sim como a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência, como por exemplo, o cordão carnavalesco Bibitã citados nos discursos.

O campo dos cuidados da saúde não se limita aos profissionais da área médica. Parte importante dos atores está localizada em campos de sociabilidade da sociedade civil (associações voluntárias, ONGs) e na esfera privada (as redes de sociabilidade primária – família, vizinhos, amigos). Existe uma intensa literatura que trata do assunto, descrevendo este fenômeno pelo nome de “Apoio Social”, que pode ser definido como “*o conjunto de provisões instrumentais ou expressivas, reais ou percebidas, levadas pela comunidade, redes sociais e amigos íntimos*” (Peña, 2003). Ainda segundo este autor, devem ser considerados três níveis de análise dos mecanismos que ativam o Apoio Social: (a) a comunidade; (b) as redes sociais; (c) as ligações mais íntimas, que proporcionam vínculo mais estreito.

O apoio social tem efeitos positivos à saúde das pessoas por proporcionar atenção e conforto psicológico resultantes desta relação. Ele não pode ser substituído pela atenção proporcionada pelo Estado. Desta maneira, o apoio social é uma forma de circulação de recursos aportada por práticas de sociabilidade fora do mercado e do Estado.

Os grupos realizados na comunidade e no próprio serviço compõem os discursos dos trabalhadores, como instrumento do trabalho para alcançar a inclusão social. Nestes grupos desenvolvidos pelos profissionais dos CAPS, se busca uma convivência maior com a comunidade do território,

seja pelas atividades corporais em conjunto e de convivência, explorando como os usuários se colocam e se veem. Em meio a tantas possibilidades de atividades terapêuticas desempenhadas pelo serviço substitutivo, a literatura aponta que os CAPS fizeram dos atendimentos grupais o principal recurso terapêutico (Lancetti, 1993; Guanaes; Japur, 2001). O grupo é entendido como um espaço adequado para a exploração da subjetividade ao possibilitar que os usuários reproduzam neste ambiente os papéis desempenhados no cotidiano de suas relações (Guanaes e Japur, 2001), como nos casos dos grupos citados (Sexta com o seu Vizinho, Grupo de Acompanhamento, Cordão Bibitã etc).

Segundo Andaló (2006):

(...) um grupo é constituído por um conjunto relativamente pequeno de pessoas, que mantêm contatos face a face, ligadas por algum(ns) objetivo(s) comum(ns) que as leva(m) a interagir e estabelecer relações de reciprocidade. Os grupos também se caracterizam por um movimento contínuo, um equilíbrio estável e temporário, cujo conhecimento é extremamente difícil, por ser impossível apreender toda a riqueza existente no entrecruzamento dos aspectos subjetivos e do conjunto dos participantes em permanente processo de reciprocidade. (p. 68)

De acordo com os objetivos dos CAPS, todas as atividades, sejam elas individuais ou grupais, devem ser orientadas pelos projetos terapêuticos individuais de cada usuário ou por propostas coletivas, com temas, questões, reflexões e ações, que sejam pertinentes às pessoas que frequentam o CAPS, e de acordo com as suas incursões e atividades eleitas pelos projetos terapêuticos (Leão, 2006). Esses devem ser co-construídos, visando a interdisciplinaridade e a participação (escolha, desejo, autonomia) daquele que será o sujeito ativo desse projeto.

Desta maneira o papel de coordenadores ou facilitadores de grupos (com finalidade terapêutica ou de sociabilidade) seria de compreender a história e a identidade subjetiva dos participantes como os significados e sentidos historicamente construídos em torno da vida das pessoas com doenças mentais severas, por vezes com histórico de repetidas internações

ou muitos anos internos em hospitais psiquiátricos (Andaló, 2006).

Nesse sentido, trabalhadores da saúde mental devem estar atentos às concepções socioculturais a que os sujeitos históricos estão imersos e, por conseguinte, desnaturalizar crenças, ideias, ações e expectativas. Assim, deve-se considerar tanto os participantes como a si mesmos como sujeitos históricos e, simultaneamente, autores de sua história pessoal (Leão, 2006).

A análise dos discursos dos entrevistados evidencia que o trabalho emancipa o indivíduo e reduz a interpretação social de que o louco é incapaz. De acordo com Leão (2010), é através da inserção pelo trabalho que a pessoa com doença mental pode ser incluída nos meios de trocas sociais, reduzindo o estigma e o preconceito sobre elas.

Os resultados também apontam os grupos de geração de trabalho e renda como possibilidade de incluir socialmente pelo trabalho e desconstruir o estigma da doença mental. Estes grupos têm como fundamento serem um espaço de troca de experiências e de estímulo à criatividade, levantando questões como o papel do louco dentro da família, da sociedade e do mercado de trabalho. As reuniões resultam em produção, diálogos e compreensão de valores e reconhecimento de suas habilidades e do próprio louco. Os materiais produzidos nas oficinas poderão ser utilizados para complementação de suas rendas. Atuam no desempenho de atividades sociais e econômicas e, em sua maioria, apresentam interesse e motivação que os seus projetos em desenvolvimento sejam sustentáveis, contemplem um número maior de pessoas e busquem qualidade de vida para seus participantes (Aranha e Silva, 2012), ou seja, promovem a participação na vida social de acordo com profissionais.

A possibilidade de ter acesso à compra de mercadorias reposiciona o sujeito enquanto parte integrante do ciclo regulador de trocas do mundo capitalista. Ao ter condições de consumir o que deseja, o usuário do CAPS participante do grupo de geração de trabalho e renda ultrapassa o conceito de carência ou necessidade e abarca uma dimensão que inclui o desejo, incluindo todos os bens da produção social, muito além do preenchimento de necessidade, considerando inclusive, as criações da Filosofia, da Arte, da

Ciência e até da Religião (Costa-Rosa, 2000).

De acordo com Aranha e Silva (2012), importantes ações, como as do plano econômico e de participação social, produzidas pela conquista deste novo espaço de trabalho e de valorização da organização coletiva, bem como os novos vínculos relacionais produzidos pelo cuidado no cotidiano, valorizam as relações no território, as atividades da vida diária – que tem uma importante contribuição no processo de emancipação dos usuários – como também possibilitam oferecer novos itinerários na vida social e laborativa, que permitam desenvolver, entre outras, a rica experiência de poder exercer opções e realizar escolhas.

Neste sentido, os grupos de geração de trabalho e renda, organizados em suas diferentes formas, propiciam e favorecem a inclusão social e econômica, articulando redes ampliadas que contemplem as singularidades e potencialização das habilidades das pessoas em desvantagem social, ou seja, o trabalho emancipa (Aranha e Silva, 2012). Assim, o *modus operandi* destas iniciativas está associado à produção de bens e serviços, gerando renda para seus participantes e, concomitantemente, contribuindo para a inclusão econômica, conquista de autonomia e especialmente para a qualidade de vida dos beneficiários.

Neste momento, Aranha e Silva (2012) evidencia que estas ações necessitam de políticas públicas e de novo marco legal para seu fortalecimento, assim como da participação direta de outros atores para sua sustentabilidade – tais como dispositivos sociais, comunitários, entidades de assessoria técnica, dentre outros. Orientar estas experiências para que se aglutinem às ações de desenvolvimento local, permite “provocá-las” para um papel ativo e articulado junto aos movimentos sociais e às diferentes iniciativas desenvolvidas no território, como as que buscam defesa do meio ambiente e valorização da diversidade cultural.

Outros instrumentos desvelados pelos discursos dos profissionais entrevistados foram as intervenções realizadas através do diálogo e da escuta terapêutica, buscando ajudar a pessoa com doença mental a não internalizar o estigma, ou seja, a desconstruir o autoestigma. Esse modelo de

atenção passa a valorizar a pessoa como sujeito capaz de se desenvolver. Enquanto se expressa, a pessoa pode escutar a si mesma a elaborar diferentes situação de maneira a visualizar as vias de escape, além de efetivar e planejar os procedimentos terapêuticos que melhor ajudarão a pessoa. Tais procedimentos são organizados a partir da identificação das emoções, necessidades e problemas, favorecendo assim, um impacto positivo na assistência que lhe é prestada de modo eficaz e realista. A comunicação consigo mesmo é o caminho mais apropriado para se reajustar e isso só é possível através da escuta (Peplau, 1952; Travelbee, 1979).

É através da escuta que se estabelece uma ligação mais humana, mais singular, que vai buscar um atendimento que melhor se aproxime às necessidades dos usuários e famílias (Souza, Pereira, Kantorski, 2003). Para Saraceno (2001), a escuta é um instrumento valioso no processo de Reabilitação Psicossocial, pois são os objetivos da escuta: implementar uma atuação mais sensível da equipe para a escuta, compreender pontos de vulnerabilidade e construir intervenções terapêuticas individuais, respeitando a realidade e tornando a parceria como algo possível e concreto.

No processo de trabalho em saúde, a divisão social e técnica vêm se expressando na relação entre a prática médica e as demais práticas sociais (Barros, 1996). O trabalho médico é determinante e dominante no processo de trabalho em saúde, sendo que a enfermagem contribui para a parte mais manual, que por sua vez foi redividida, cabendo ao enfermeiro "mais qualificado" o trabalho mais intelectual e aos auxiliares - "menos qualificados" - a parcela mais manual do trabalho. Por outro lado, as outras práticas sociais como a psicologia, a terapia ocupacional, a assistência social, entre outras, dividiram o trabalho intelectual com a prática médica (Mendes-Gonçalves, 1992). Isso fica evidente no discurso do profissional (auxiliar de enfermagem) quando explicita que apenas "tria e encaminha" para outro profissional de nível superior realizar o atendimento e tomar as decisões cabíveis.

Assim de forma (des)velada, ao médico destina-se maior poder de decisão e salário. O enfermeiro, com salário intermediário, executa o

trabalho intelectual de comando do pessoal auxiliar, precariamente remunerados, a quem se destina realizar atividades simplificadas e manuais (Mendes-Gonçalves, 1992).

Para Chauí (1999) os dirigentes são os que recebem a educação científica e tecnológica, considerados donos de saberes que os tornam competentes e por isso com poder de mando. Já os executantes apenas executam tarefas sem conhecer as razões e as finalidades de sua ação, por isso são considerados não competentes e destinados a obedecer. Dessa forma, a divisão social e técnica do trabalho em saúde mental converte-se na ideologia da competência técnico-científica, que coloca o detentor do conhecimento como naturalmente dotado de poder de mando e direção e os que não detém o saber apenas como executores.

Entende-se, desta forma, que os diferentes profissionais de saúde e seu trabalho (médico, enfermeiro, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo, entre outros), apesar de suas especificidades de conhecimentos, de poder e de prática, são parte do conjunto que resulta na assistência a seres humanos, que são totalidades complexas. A desarticulação interdisciplinar, em favor da assistência à saúde do usuário, gera fragmentação desta prática, dificultando seus avanços (Pires, 2008), o que não pode acontecer para não termos retrocessos.

Os resultados desvelam que para superar o estigma da doença mental, são necessários instrumentos que esclareçam a sociedade e os familiares de que é preciso aceitar o diferente. Os profissionais relatam que procuram informar as pessoas sobre o estigma no momento em que ocorre a atitude estigmatizante, informado e orientando os próprios usuários e/ou a outra pessoa envolvida sobre o estigma e seus efeitos. Tentam destacar também, durante estas ações, que todo ser humano passa por questões que geram incômodos a quem está próximo.

Além de relações igualitárias e horizontais, são necessárias, segundo Corrigan (2005, 2009, 2013) e Thornicroft (2006, 2008, 2010), ações/instrumentos que: aumentem o conhecimento da sociedade em geral sobre as doenças mentais, geralmente limitado e caracterizado pela

desinformação e ignorância; diminuam o medo que indica preconceito e diminuam o comportamento discriminatório em relação às pessoas com doença mental e com os serviços de saúde mental. Para que isso aconteça, há a necessidade de envolvimento de vários setores da sociedade, como por exemplo, centros universitários, órgãos do governo, dos próprios CAPS, etc., para desenvolver ações de superação do estigma mais abrangentes, sem deixar de lado as que já estão em execução pelos profissionais dos CAPS.

De acordo com os mesmos autores, há relatos de instrumentos de intervenção que obtiveram sucesso em relação à superação do estigma, por exemplo: campanhas nacionais de conscientização da sociedade (geram melhorias em curto prazo), intervenções educacionais dirigidas a grupos locais e na própria família do usuário e, principalmente, o contato direto (convivência) com a pessoa com doença mental que aponta para a superação do estigma de fato.

Uma das mudanças proporcionadas com a reestruturação da assistência psiquiátrica foi a de possibilitar que o doente mental permaneça com sua família, mas para que este convívio seja saudável e positivo, é preciso que o serviço esteja inserido numa rede articulada de apoio e de organizações que se proponham a oferecer um *continuum* de cuidados (Amarante, 2003).

Os discursos dos profissionais apontam, como uma ação de superação do estigma, o investimento na relação com as famílias, esclarecendo-as de que a institucionalização da pessoa com doença mental não é a solução, bem como buscam promover o entendimento, destas famílias, sobre a loucura. Deste modo, convocar a família para assumir a responsabilidade do cuidado em conjunto com a equipe exige um comprometimento e responsabilidade para a construção de um cuidado que é coletivo (Schrang e Olschowsky, 2008; Colvero, 2004).

Segundo Schrang e Olschowsky (2008), quando uma pessoa da família adoece, ocorre uma mudança na convivência diária dos familiares, causando ansiedade e preocupação, pois, na maioria das vezes, acreditam ser imunes à doença. Desta forma, compreende-se que o adoecimento é um

evento imprevisível que desorganiza o funcionamento de uma família. Na convivência com a doença mental amplia-se a desorganização desse funcionamento, porque junto com a doença psiquiátrica vem associados o estigma, o preconceito e a exclusão da pessoa com doença mental. Surge, então, sentimentos como revolta, medo, vergonha, etc., evidenciando a complexidade do fenômeno saúde-doença mental, pois o doente e a família, além do tratamento, devem apreender a lidar com o imaginário da incapacidade e periculosidade do louco, evitando os próprios preconceitos e os da sociedade (Amarante, 2003).

Desta forma, Schrank e Olschowsky (2008) afirmam que o comprometimento da família no cuidado do doente exige uma nova organização familiar e aquisição de habilidades que podem, num primeiro momento, desestruturar as atividades de vida diárias dos familiares. Porém, essa responsabilidade do familiar com a loucura do familiar também é positiva, pois além de intensificar suas relações, o familiar torna-se um parceiro da equipe de saúde para cuidar do usuário, sendo facilitador nas ações de promoção da saúde mental e de inserção do indivíduo em seu meio. Ainda para as autoras, a equipe multidisciplinar do serviço substitutivo deve estar atenta e comprometida à dificuldade/complexidade do cuidado da família e do usuário, buscando construir dispositivos de apoio e mecanismos que facilitem a participação e a integração da família.

Entende-se a família como cuidadora nas situações de saúde e doença dos seus membros. Desta forma, compete aos profissionais apoiar, orientar e fortalecer a família, quando esta se encontrar fragilizada. Assim, o tratamento não se restringe apenas a medicamentos e eventuais internações, mas também a ações e procedimentos que visem uma reintegração familiar, social e profissional, bem como a uma melhoria na qualidade de vida do doente e do familiar (Colvero, 2004; Schrank e Olschowsky, 2008).

Para Schrank e Olschowsky (2008), convocar a família para assumir a responsabilidade do cuidado do usuário em conjunto com a equipe, exige comprometimento, responsabilidade e redirecionamento das práticas para a construção de um cuidado coletivo destes, promovendo e mantendo a

autonomia do usuário, bem como para readquirir sua cidadania e seu espaço na sociedade.

Segundo Schrank e Olschowsky (2008), o vínculo ao serviço seria um recurso de vencer as resistências da família nessa parceria, pois no convívio cotidiano – na troca de informações, no esclarecimento de dúvidas, na descoberta de diferentes modos de fazer o cuidado em saúde mental – é que vão se estruturar propostas de atenção, de agir, de considerar, de aceitar as individualidades dos usuários e de suas famílias. Neste sentido, trabalhar no CAPS requer dos profissionais habilidades e motivação para construir trocas de saberes teóricos e práticos entre a equipe, assim como compreender e acolher a vivência dos familiares e usuários.

A análise dos resultados revelou que um instrumento que contribui, segundo os entrevistados, para a autonomia do sujeito é investir na horizontalidade das relações entre os profissionais e o louco, de forma que haja normalidade nestas relações, dando retorno às suas dificuldades e dúvidas. Estas afirmações convergem com os princípios da Reabilitação Psicossocial e o CAPS tem seguido, através da desconstrução de símbolos de poder (como por exemplo, os profissionais não usam jaleco). Para Costa-Rosa (2000), a atenção psicossocial é estruturada por meio de relações diferenciadas entre trabalhador e usuário através de espaços de interlocução, nos quais são valorizadas subjetividade e horizontalidade. O sujeito não só fala, contudo participa do diálogo de modo igualitário (Costa-Rosa, 2000), dessa forma é que são construídas as decisões, os usuários reivindicam direitos, não mais recebem o cuidado de maneira passiva.

Desta maneira, abre-se espaço para a transformação situacional citada por Saraceno (2001), que acontece quando os usuários, ao terem consciência do que é bom ou não para eles, apontam inclusive novas formas de cuidado aos profissionais e evidenciam o início de um processo que Vasconcellos (2007) denomina de “dispositivo de cuidar de si”. Este se constitui em recuperar a auto-estima e a inserção ativa na sociedade, dando um novo sentido às experiências negativas da vida, a partir de estratégias

ligadas a um suporte profissional de qualidade, a formação de vínculos interpessoais sólidos, além da utilização de outros dispositivos coletivos, como associações, igrejas, escolas, centros de convivência, etc. Parece que, ao iniciar um movimento de “autocuidado”, os usuários sentem-se respaldados pelos profissionais, pelos vínculos fortalecidos e pelos dispositivos coletivos e quebram a passividade da lógica manicomial. O usuário não se amedronta para reivindicar por novas formas de cuidado, que são mais adequadas para ele. Neste contexto, o trabalhador mostra-se disponível para a mudança, avaliando e levando em conta as reivindicações, sinalizando a horizontalidade entre os atores. Em resumo, este é o objeto ampliado proposto pela reabilitação psicossocial, uma pessoa com doença mental, que por vezes precisa de cuidados, porém em nenhum momento deixa: de possuir direitos, reivindicá-los, de ter poder contratual, de pertencer a um território, de possuir família, amigos, acesso a equipamentos sociais, enfim, de ser cidadão.

O tratamento biomédico não pode ser descartado porque é importante na visão dos entrevistados, no sentido de amenizar sintomas para os demais profissionais atuarem. Conforme Rinaldi e Bursztyn (2008), é um dos desafios do trabalho clínico na atenção psicossocial a construção de um saber sobre a clínica, a partir do que cada técnico faz e não do que cada profissional sabe, pois a forma como pacientes, familiares e profissionais se relacionam com o tratamento biomédico no cotidiano dos CAPS – seja por meio da forte demanda de tratamento medicamentoso por parte dos usuários e seus familiares, seja pelas intervenções terapêuticas de controle por psicotrópicos levadas a efeito por parte dos profissionais, ou ainda das dificuldades encontradas no trabalho cotidiano do CAPS quando da eventual ausência de psiquiatras no serviço – revela a importância do saber médico no imaginário dos atores envolvidos nas atividades do CAPS, porém não deve centralizar assistência no médico.

Não raro, notam-se evidentes resquícios de práticas hospitalares e ambulatoriais que fazem do atendimento médico um capítulo à parte do resto do trabalho dos CAPS, como se pode ver nos fragmentos dos discursos

dos profissionais. Desta forma, é fundamental investir na construção de práticas voltadas à satisfação das necessidades de saúde, pois requer a apropriação de instrumentos mais complexos do que aqueles que visam apenas a redução de sintomas, amparando-se em conhecimentos de outros setores, instaurando práticas interdisciplinares, intersetoriais e voltadas para a integralidade, que deem conta de atender as especificidades de cada sujeito, bem como sua reinserção na sociedade (Saraceno, 2001; Vasconcelos, 2009).

Os discursos evidenciam também que a estrutura da instituição liberta da sombra da instituição fechada e a desconstrução de símbolos de poder dos profissionais, promovendo a livre circulação dos usuários dentro do serviço, é outro instrumento importante para superar o estigma da doença mental, já que se colocam em condição de igualdade, como afirma Basaglia (2005), pois para ele um serviço de saúde mental deve destruir os símbolos de poder dos profissionais para que estes se coloquem em posição de igualdade com o usuário do serviço e criem vínculos sólidos.

No entanto, Basaglia (2005 e Kinoshita (2001) explicitam a dificuldade constante nas produções do modo psicossocial em organizar os serviços, respeitando as individualidades dos sujeitos envolvidos nos processos. A tendência de reproduzir o manicômio nas relações que se dão no cotidiano está imbricada culturalmente nos processos de trabalho, como pôde ser observado nos discursos de alguns profissionais, quando explicitam que deveriam ter locais que os usuários pudessem morar juntos e afastados dos problemas da família e da sociedade. Todavia, essa cultura deve ser estilhaçada através da incorporação dos novos conceitos envolvidos na mudança paradigmática.

5.3.3. Finalidade do processo de trabalho em saúde mental

Os resultados sinalizaram a inclusão social como finalidade do

processo de trabalho em saúde mental. Os profissionais entendem que os usuários devem estar inseridos em todos os lugares, se comunicando e se vendo como parte da sociedade. Desta forma a recuperação dos usuários não significa mais remover sintomas, porém encontrar significado e propósito na vida modificada pelo transtorno mental, devolvendo a sua cidadania e seus direitos (Barros e Egry, 2001).

De acordo com Sayce (2001), o conceito de inclusão social se relaciona tanto aos direitos sociais, quanto aos objetivos da prática terapêutica. Para a autora, os profissionais podem construir a inclusão social na prática clínica, abrangendo na atenção à saúde as aspirações dos usuários para trabalho, educação, relacionamentos ou outras escolhas.

Para Barros e Bichaff (2008, p.238):

As concepções dos profissionais de CAPS concernentes à inclusão social enfatizam o retorno do usuário à rede social e familiar sem tocar no ponto nevrálgico do processo de exclusão, sobretudo, no que diz respeito à constituição do direito de cidadania, controle social do Estado e do mercado e a tendência do poder público para naturalizar a pobreza, adotando cunho assistencialista que só agravam as condições de exclusão social (Barros, 2008, p. 238).

Portanto, se os profissionais de saúde mental não perceberem os usuários como cidadãos da comunidade, eles condenarão essas pessoas a um papel social marginalizado, reforçando o estigma e a discriminação que são prevalentes na sociedade (Bertram e Stickley, 2005; Salles, 2011).

Outra finalidade do processo de trabalho em saúde mental, apontada pelos profissionais entrevistados, é a superação do estigma da doença mental ou desestigmatização. Segundo (Gray, 2010), a inclusão social é dificultada pelo estigma da doença mental na sociedade, que passa a ser um obstáculo para a sua implementação. Conforme Salles (2011), é a discreta exclusão pelo estigma da doença que acarreta impossibilidade de trabalho e desvalorização do sujeito.

Segundo Escorel (1999), o foco nos efeitos segregadores de práticas que constroem diferenças estigmatizantes exercidas de forma regular, como

parte da vida cotidiana, dificulta a inclusão social e o reconhecimento da cidadania do louco, bem como o aumento do poder contratual (Kinoshita, 2001).

A autonomia do sujeito e o aumento do seu poder contratual são evidenciados pelos discursos dos agentes, como finalidade de seu processo de trabalho. Costa-Rosa (1997) compreende o poder contratual como uma variedade de vínculos que abrem aos indivíduos à possibilidade efetiva de ocorrer trocas econômico-produtivas, socioculturais e afetivo-relacionais. De acordo com Kinoshita (2001), a autonomia garante ao usuário capacidade de gerar normas, ordens para a sua vida, de acordo com as diversas situações que enfrente, e é com base nisso que o trabalhador planeja seu cuidado. Não é o fato de ensinar, pedagogicamente, a realizar tarefas domésticas, mas sim o profissional vislumbrar novas possibilidades que o habitar a cidade pode gerar. Dessa forma, atua no sentido de preparar o usuário para, de fato, habitar a cidade e participar das trocas sociais.

Os entrevistados afirmam que se tem construído, nos seus territórios de atuação, parcerias com equipamento sociais (por exemplo, museus) que vão além da questão da saúde mental, promovendo diálogos com pessoas simpáticas com a causa antimanicomial. Também relatam que recebem muitas propostas de outros equipamentos sociais para incluir o usuário em seus meios.

Mas para os profissionais, estas parcerias com outros equipamentos só são viáveis porque o território onde os CAPS – que são cenários deste estudo – estão localizados proporcionam facilidades para promover estratégias de inclusão social às pessoas com doença mental. Isto porque, este local, é economicamente ativo (devido à sua localização geopolítica) e com fácil acesso às atividades artísticas e aos equipamentos de saúde e sociais. Apresentam uma das melhores infraestruturas da cidade, seja nos transportes, saúde, cultura e educação. De acordo com o Atlas do Trabalho e Desenvolvimento de São Paulo, os distritos Lapa e Pinheiros possuem uma das melhores classificações de IDH de educação da cidade, em sua extensão abriga diversos equipamentos sociais, além de abrigar o polo cultural e

econômico do município.

A consolidação de parcerias com os serviços de saúde do território foram evidenciadas pelos resultados como uma dificuldade a ser superada, pois a realização de parcerias entre os serviços de saúde é vital para os cuidados em saúde mental no território e para operar os processos de reabilitação psicossocial. Os profissionais revelam que eles encontram dificuldades de articular o trabalho com a assistência social e com a UBS, percebem também que há resistência de outros profissionais em firmar as parcerias.

Para que isso seja diferente, é fundamental que sejam comprometidas todas as organizações sanitárias e priorizadas as conexões com outras políticas públicas e com os recursos da comunidade. O trabalho em rede supõe que nenhum serviço pode resolver todas as necessidades de cuidado das pessoas de um determinado território (Cruz e Ferreira, 2007), mas que deve fazer parcerias/conversar entre si para que possam suprir, pelo menos, parte destas necessidades.

Outra dificuldade é realizarem a articulação de ações em conjunto entre serviços de saúde, o que tem a ver com a dificuldade de implantação da RAPS. Nessa configuração, a articulação para realizarem ações em conjunto entre serviços de saúde aponta para os desafios do trabalho em rede e denuncia a necessidade de se reinventar as práticas e concepções que permeiam as ações da atenção psicossocial. Para Garcia (2003), as posturas pouco articuladas e a visão padronizada dos meios de intervenção, podem impedir de perceber que a imprevisibilidade é a única constância do trabalho em rede e, no entanto, é a partir dela que o trabalho toma forma, a rede se tece e as ações em conjunto acontecem.

O preconceito, por parte de outros profissionais de saúde para com a pessoa com doença mental, aparece como uma dificuldade no processo de trabalho dos profissionais entrevistados. É preciso que pessoas com transtornos mentais sejam reconhecidos como seres integrais, dignos, com direito à liberdade, à integridade física e moral, à reabilitação para o trabalho e à qualidade de vida. Para alcançar esses objetivos, devemos

trabalhar em conjunto e diminuir o preconceito por parte dos profissionais de saúde, das famílias e das comunidades. Afinal, aceitar e tratar com respeito e afeto a pessoa com transtorno mental é o melhor caminho para a sua reabilitação e para o fortalecimento de sua cidadania (Barros e Egry, 2001).

Os discursos revelam que há um reconhecimento da necessidade de ações territoriais que busquem integrar e reduzir estigmas no território, bem como reconhecem que eles e seus usuários têm dificuldade de saírem do CAPS para realizarem suas atividades. Isto pode estar relacionado à falta de recursos materiais e humanos, que foi referido anteriormente, assim como à exigência de criatividade do profissional, pois é um desafio ganhar espaços públicos e construir trabalhos dentro do território e levar os usuários consigo.

A dificuldade de implantação das Redes de Atenção Psicossociais (RAPS) no cenário de estudo é apontada pelos profissionais, quando dizem que é difícil construir parcerias com outros serviços de saúde, ou seja, trabalhar em rede. A finalidade da RAPS é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Portaria/GM Nº 3.088, 2011).

Segundo a mesma portaria, os objetivos gerais da RAPS são: I) ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; II) promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e III) garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. E os objetivos específicos: I) promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); II) prevenir o consumo e a dependência de *crack*, álcool e outras drogas; III) reduzir danos provocados pelo consumo

de *crack*, álcool e outras drogas; IV) promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; V) promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde; VI) desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; VII) produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; VIII) regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e IX) monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

Os serviços que compõe a RAPS, que estão descritos na Portaria/GM Nº 3.088, são:

I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Unidade Básica de Saúde;

b) equipe de atenção básica para populações específicas:

1. Equipe de Consultório na Rua;

2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;

c) Centros de Convivência;

II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) SAMU 192;

b) Sala de Estabilização;

c) UPA 24 horas;

d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;

e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Unidade de Recolhimento;

b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) enfermaria especializada em Hospital Geral;

b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas;

VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII - reabilitação psicossocial.

Os dispositivos da rede de saúde mental, supracitados, se configuram como um amplo campo de prática, posto que a heterogeneidade dos dispositivos proporciona maiores condições de construção e condução de casos. Tais mecanismos são constituintes de uma rede dinâmica, que se constrói e se articula a partir da demanda de impasses e não como uma via que se limita a encaminhamentos e se estrutura de forma segmentada.

Salienta-se o conceito de rede no âmbito da saúde coletiva, que é regida pela concepção de lateralidade/ horizontalidade, contrapondo-se ao modelo verticalizado de atenção, no qual a cristalização das condutas segue parâmetros burocráticos, pouco flexíveis e desumaniza as peculiaridades das demandas.

Benevides e Passos (2005) definem a rede como a forma de construção subjetiva no âmbito da coletividade, o que implica em um

constante refazer de condutas:

É no coletivo da rede SUS que novas subjetividades emergem engajadas em práticas de saúde construídas e pactuadas coletivamente, reinventando os modelos de atenção e de gestão. (Benevides; Passos, 2005, p.393).

Portanto, o que se preza no estabelecimento das redes é a comunicação integrada, colocando lado a lado os diferentes aspectos que a compõe para que suas ações aproximem-se do usuário. Desse modo, a forma de articular a rede, bem como os dispositivos que a compõem, se organiza e se coloca à disposição de modo flexível, proporcionando o reconhecimento da heterogeneidade da equipe e das circunstâncias de atuação que promove um reposicionamento subjetivo.

Para Garcia (2003), a flexibilidade de articulação da rede é a imprevisibilidade. Para o autor, o trabalho em rede está diretamente ligado ao contexto sócio-econômico do usuário e o grande desafio é a constante reinvenção da própria prática. Imprevisibilidades, diferenças e flexibilidade são aspectos que melhor definem as ações da rede, que desponta para um novo paradigma de construção, que é o da transversalidade. Nesse sentido, é possível entender a rede como uma organização criada por uma demanda, que constrói, por meio da discussão entre os diversos serviços e saberes, uma forma peculiar de conduzir, acolher e intervir. Com esse parâmetro, é nítido que o norte da rede é o sujeito.

Elia (2010), ao explicitar a diversidade de instituições e serviços que podem integrar a rede de acordo com a necessidade da demanda do sujeito, demarca esse aspecto de forma clara:

Ordenar a rede é pactuar infinitamente [...] com cada serviço/equipamento do setor saúde, com cada equipamento intersetorial, com pessoas e instâncias, com a gestão, com poderes formais e informais, com Conselhos Tutelares e outros, tráfico de drogas, polícia, bandido, igreja, e tudo quanto for instância, pessoa física ou jurídica que se colocar na rede interferindo nos laços daquele de quem tratamos, nosso paciente ou usuário, com seu território, seu lugar psicossocial. (Elia, 2010, p.4).

O lugar psicossocial ao qual o autor se refere relaciona-se, assim, justamente às peculiaridades do usuário, que devem ser o foco de atenção da rede. Elia (2010) destaca ainda, e este ponto é importante, que esses dispositivos que podem ser acionados envolvem toda ou qualquer instância que integra a vida desse sujeito atendido. Em suma, o trabalho de equipe em rede exige uma visão que articule e viabilize, possibilitando estabelecer parcerias com o paciente, uma perspectiva que vise a atendê-lo considerando suas demandas, suas redes, ampliando assim a ideia do mero encaminhamento.

As fragilidades da gestão são evidenciadas pelos profissionais como um complicador no cotidiano de seus processos de trabalho. Para eles a rede está esburacada e abandonada pela prefeitura do município, que não oferece recursos financeiros e humanos para os serviços da rede. Desta forma, impede a formação da RAPS.

Para Faria (2003), a gestão colegiada do trabalho e do serviço propicia o enfrentamento e a resolução de problemas pela articulação de saberes e práticas com diferenciados graus de complexidade tecnológica, integrando distintos campos do saber e desenvolvendo habilidades e mudanças de atitudes dos trabalhadores e usuários, pois estes são envolvidos nas atividades organizacionais, provocando mudanças em relação às atitudes desenvolvidas pelo aumento do grau de responsabilidades, podendo ser uma solução para o fortalecimento da gestão.

A melhoria da infraestrutura do CAPS também foi apontada como facilitador do processo de trabalho das equipes multidisciplinares. Para Peduzzi (1998), os espaços de reunião são instrumentos importantes no processo de trabalho em saúde, pois oportunizam as trocas entre a gestão e os trabalhadores acolhendo as demandas, reinventando a forma de atenção, construindo novas estratégias e possibilitando a construção de um projeto comum, que contemple as múltiplas dimensões das necessidades de saúde mental.

A falta de recursos humanos e materiais são evidenciados pelos

resultados como uma dificuldade no processo de trabalho no cotidiano dos CAPS. Os entrevistados entendem que a rede é muito precária de recursos humanos e materiais, como por exemplo, não ter transporte e pessoas para acompanhar os usuários às atividades fora do CAPS. Neste processo, o número reduzido de trabalhadores e de fomento material pode levar o trabalhador a se alienar na execução da sua atividade e não ser capaz de metabolizar as dimensões subjetivas e sociais do seu trabalho na relação que se materializa na assistência. O trabalhador acaba por produzir uma relação danosa de si e do outro que assiste, uma vez que os trabalhadores constroem as práticas terapêuticas ao mesmo tempo que constroem a si mesmos (Ramos, 1999; Oliveira e Nunes, 2008), além de limitar as possibilidades de ações no território.

Outra dificuldade apontada nas frases temáticas foi a sustentação da estrutura horizontalizada do CAPS, pois se entende que na proposta do modelo psicossocial não há suporte para uma estrutura vertical. Aranha e Silva (2001) salienta a necessidade de se conhecer os construtos sociais sobre a loucura e o tratamento que regem o trabalho dentro da equipe, já que é a partir destes construtos que a equipe se organiza e se relaciona com a família. Os profissionais entendem que se deve manter uma estrutura institucional com espaços coletivos de decisão, que proporcione a transversalidade para que se faça a manutenção da estrutura institucional horizontal.

O trabalho multidisciplinar se justifica como uma tentativa de abarcar este fenômeno existencial e psicodinâmico de vários ângulos diferentes e a horizontalização para que todos os profissionais e comunidade possam ter voz e serem valorizados em seu conhecimento como sendo mais um para ajudar a acolher este fenômeno tão complexo que é a loucura (Diaz, 2009).

5.3.4. Dificuldades do processo de trabalho

Os discursos revelam uma distância entre concepções teórica prescritas, tal como a de Reabilitação Psicossocial relacionada com os direitos da pessoa com doença mental, e as práticas do cotidiano. Os profissionais entrevistados percebem uma visão distanciada de outros colegas em relação aos direitos, gerando dificuldades técnicas para organizar ações em cima desta temática. Segundo Nunes *et al.* (2008), muitos profissionais ainda fazem uma distinção entre o que é da ordem da psicopatologia e o que é da ordem psicossocial. Isso pode estar relacionado à formação de cada um dos profissionais, seja porque tenham se formado antes dos pressupostos da reforma psiquiátrica serem inseridos na grade curricular dos cursos de graduação, seja porque simplesmente foi abordado na graduação, mas os estágios curriculares não ocorreram em serviços substitutivos ao manicômio (Dimenstein e Liberato, 2009). Essa distinção supracitada, embora aconteça muitas vezes dicotomiza a teoria e a prática e termina por classificar os comportamentos *a priori* como positivos ou negativos, segundo quadros clínicos. Desta forma, há dificuldade em interpretar sintomas como modos de articulação da experiência e modos de uma pessoa estar no mundo (Corin e Lauzon, 1994), inscritos no contexto histórico da pessoa e da vida em sociedade na qual os usuários estão imersos. Quando essa interpretação acontece, se produz um sentido e um significado, chegando à conclusão de que o sintoma é uma resposta a uma desordem nas relações sociais e assim, verifica-se que efeitos positivos são produzidos para o sujeito. Estes sentidos e significados muitas vezes são produzidos em um contexto ampliado no qual participam a família ou outros agentes sociais. É neste momento que a limitação do campo de atuação ao usuário e a não inclusão da família, reduzem a intervenção terapêutica (Nunes *et al.*, 2008).

Nota-se que um processo de mudança, mesmo que fortemente estimulado por políticas públicas, ocorre verdadeiramente de dentro para fora no cotidiano dos serviços, ou seja, é na experiência de encontros e

desencontros entre seus atores sociais, dos seus acertos e erros (Nunes *et. al.*, 2008). A possibilidade de ter um olhar reflexivo e contextualizado sobre essa *práxis* nem sempre tem sido contemplada no espaço institucional, pois a rotina do trabalho pode limitar a produção de interpretações críticas necessária para o avanço na almejada direção. Do mesmo modo que essa vivência imersa e absorta no fluxo da experiência pode favorecer o mergulho nos problemas, a asfixia gerada pelo sentimento de impotência e de insatisfação pode impedir a justa apreensão das conquistas alcançadas (Nunes *et. al.*, 2008).

A análise do material discursivo, parece haver uma tendência do trabalhador em ressaltar a relevância do modelo psicossocial centrado no desenvolvimento de práticas e esforços que atendam aos anseios e às necessidades da loucura e do louco, em toda sua complexidade biopsicossocial. Também é possível perceber a existência de resquícios de práticas e saberes compatíveis com modelos mais tradicionais de atendimento em saúde mental, concentrados mais em dinâmicas de processo de trabalho polarizadas em determinadas disciplinas e pouco numa tendência integradora e de cooperação entre elas (Dimenstein e Liberato, 2009). Esta percepção desvela o hiato entre teoria e prática, no contexto do processo de trabalho em saúde mental. Subentende-se que isso é resultado da própria transição entre modelos distintos, o que não representa um retrocesso, ao contrário, uma excelente oportunidade para a constante produção/transformação das relações entre essas disciplinas e das trocas existentes entre elas (Vasconcelos, 1999).

Portanto, compreende-se que a loucura, como um fenômeno complexo da vida, necessita desse olhar ampliado, que possa contemplar as diferentes dimensões de sua existência e de sua subjetividade (Vasconcelos, 1999). Para isso, as equipes de saúde mental devem organizar-se em torno de uma lógica interdisciplinar, que sustente uma relação horizontal e comprometida com as diferentes demandas que o sujeito apresenta.

Há também dificuldade de articulação de múltiplos saberes para dar conta de compreender melhor o fenômeno da loucura. A delimitação dos

instrumentos utilizados, nos processos de trabalho em saúde mental, é uma tarefa difícil, pois a partir da ampliação do objeto, ampliam-se também os instrumentos e, mais do que isso, o objeto complexo requer instrumentos complexos e interligados. Para Antoniaci (2011), o saber psicossocial, instrumento importante na constituição do paradigma psicossocial, conduz as práticas no cuidado ao usuário, mas também conduz as relações que se estabelecem entre a gestão e os trabalhadores, facilitando a construção de ações interligadas no sentido de qualificar a rede de atenção.

Portanto, ao definir como meta o trabalho em equipe nos CAPS, não pode haver a pressuposição de uma idealizada homogenização ou igualdade de saberes técnicos e valores sociais dos diferentes trabalhos profissionais, mas antes o enfrentamento destas diferenças e desigualdades no processo cotidiano de trabalhar/cuidar. Para (Antoniaci, 2011), a equipe integração é a requerida no trabalho de atenção psicossocial para buscar a necessária articulação das ações, a interação rumo a uma concepção menos conflituosa de intencionalidades e metas, ou, em outros termos, a superação do isolamento dos saberes.

Os discursos sinalizam como uma dificuldade, no cotidiano do processo de trabalho dos entrevistados, a relação do CAPS com a família dos usuários, chegando por vezes a culpá-los pela doença mental dos sujeitos. Os profissionais alegam que as famílias não comparecem ao serviço quando solicitado e acreditam que o ambiente familiar causa sofrimento ao usuário. Também revelam que há uma dificuldade de corresponsabilizar a família em relação à adesão do usuário ao tratamento.

No entanto, a mesma Reforma Psiquiátrica que se preocupa em redimensionar o saber sobre a loucura, ainda enfrenta desafios a superar no contexto brasileiro. No cotidiano dos trabalhadores dos CAPS, ainda se mesclam diferentes saberes e práticas sobre a loucura. Muitos desses trabalhadores não tiveram a experiência militante para incorporar as transformações na assistência psiquiátrica. Há estudos que apontam determinados processos de trabalho que ainda estão focalizados em tecnologias cristalizadas de atendimento, mesmo dentro desses serviços

substitutivos, como as relações de poder, a tutelação da loucura, a exclusão das famílias e a culpabilização das mesmas, práticas típicas do modelo manicomial (Koda, 2002; Antunes e Queiroz, 2007).

Outra dificuldade evidenciada pelos resultados do presente estudo é a acomodação do usuário no ambiente do CAPS, se colocando como um coitado, um doente, um incapaz de participar da sociedade e do mundo de trocas que ela proporciona. Subentende-se dos discursos que os usuários “acomodados” preferem permanecer em um ambiente protegido, que o aceita longe do estigma e do preconceito que os aflige fora do CAPS. Moll e Saeki (2009) observaram, em seu estudo com usuários de CAPS, que as atividades oferecidas no CAPS favorecem a construção de vínculos entre os usuários, mas as socializações ficam restritas somente ao ambiente do CAPS. As autoras entendem que a reinserção social que ocorre nos CAPS são parciais, principalmente porque usuários expressaram não ter amigos fora do CAPS, centralizando seus ciclos de amizade na família e com usuários do CAPS onde frequentam.

Há dificuldade dos trabalhadores em articular as atividades onde os usuários do CAPS participam, com aqueles que não são usuários de serviços de saúde mental. É evidenciado que, na compreensão dos trabalhadores, há certa acomodação do usuário, principalmente em se manter dentro de um ambiente protegido que é o próprio CAPS, desvelando também alguma dificuldade destes profissionais em compreender e acreditar nas potencialidades das pessoas com doença mental. Para isso se modificar, é necessário promover a autonomia do usuário e a percepção de cidadania dele (Kinoshita, 2001).

Foi possível observar a possibilidade da interpretação onde estes usuários internalizaram o estigma, acreditando na concepção do imaginário social que o louco é incapaz, ou seja, se auto estigmatizam e por isso preferem ficar próximos de pessoas que são semelhantes ou que os aceitem, como é o caso do ambiente do CAPS. O autoestigma é o preconceito que a pessoas tem de si mesma (Corrigan e Watson, 2002). Desta forma, os autores afirmam que ao se internalizar o estigma, a pessoa passa a acreditar

nele como sendo real, ou seja, passa a acreditar em uma incapacidade que não existe. Ela também passa a ter medo de ser discriminada pela sociedade e por isso prefere manter-se próxima de quem a conhece e em ambientes protegidos (Corrigan e Watson, 2002), como no caso dos CAPS.

Pôde-se verificar, com a análise dos discursos, que os profissionais da equipe multidisciplinar dos CAPS têm colaborado para a superação do estigma da doença mental. Mesmo com as dificuldades citadas, percebe-se um grande esforço por parte dos profissionais em fazer a pessoa com doença mental circular pelo território, assim como devolver os direitos de cidadania, autonomia e poder contratual.

A análise revelou ainda uma crítica dos profissionais em relação à sociedade, que permanece aprovando o modelo tradicional e, com isso, estigmatiza a pessoa com doença mental e, conseqüentemente, o exclui. Esta crítica dos entrevistados converge com a proposta da reabilitação psicossocial, em que se busca criar situações que respeitem os limites da pessoa, a fim de criar possibilidades devida e plena cidadania.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

A inquietação inicial deste estudo se refere à percepção da forte permanência da exclusão social de pessoas com doença mental, devido ao estigma da doença mental na sociedade, que contradiz a Reforma Psiquiátrica e os pressupostos da Reabilitação Psicossocial.

O presente estudo prestou-se a contribuir para a formulação de ações de reabilitação psicossocial que contemplem a proposta de superação do estigma no território. As categorias empíricas que foram depreendidas dos discursos dos sujeitos dizem respeito ao Processo de Estigma e Inclusão/exclusão social das pessoas com doença mental, Processo Saúde/Doença Mental e Processo de Trabalho em Saúde Mental.

A categoria analítica utilizada foi a Reabilitação Psicossocial que possibilitou iluminar a análise temática dos discursos em relação ao entendimento das ações de superação do estigma da doença mental no território de atuação das equipes multidisciplinares dos CAPS adultos.

Os discursos dos profissionais revelaram uma tendência à ruptura do modelo médico hegemônico quando compreendem que a formação no campo da atenção psicossocial precisa necessariamente, sobrepor-se à formação pautada na clínica psiquiátrica tradicional. Estes discursos evidenciaram o conhecimento sobre o estigma da doença mental, presente no território, bem como o conhecimento desta concepção que gera barreira para a inclusão social de seus usuários. A inclusão social é um dos pilares principais da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e todas as suas estratégias buscam efetivá-la abarcando um grande desafio, já que no processo de exclusão social estão imbricados aspectos sociais, econômicos e políticos que não podem ser enfrentados apenas pela área da saúde.

Diante disso, observa-se que as ações de superação do estigma realizadas por estas equipes em seu território de atuação. Estas estratégias são disponibilizadas para todos os usuários e algumas delas para seus familiares e sociedade, são elas: Grupos de trabalho e geração de renda (Bar

Bibitantã e Carinho feito a mão), Grupos de socialização e circulação pela cidade (Sexta com seu vizinho, Cordão Bibitantã, Caminhada, Copa da Inclusão e Bate Pernas), ações individuais balizadas no projeto terapêutico do usuário, ações com a família e com a comunidade através de festas realizadas fora do CAPS- no Museu de Arte Moderna-, ações com os demais serviços de saúde do território através das discussões de casos, ações em conjunto com os equipamentos sociais do território, ação de escuta e de informação etc. Pode-se perceber que as ações supracitadas não são realizadas com o objetivo de entretenimento, e sim para reabilitar os usuários psicossocialmente, objetivando superar o estigma da doença mental na sociedade e a inclusão social destes usuários.

Neste sentido, observa-se que na visão dos entrevistados a inclusão social dos usuários com sofrimento psíquico perpassa pelo exercício da cidadania e de sua inserção no mercado de trabalho, concepções estas que vão ao encontro com o que é preconizado nas propostas de Reabilitação Psicossocial.

Verificou-se que estas equipes têm algumas facilidades para proporcionar estas ações devido à geopolítica territorial e pela melhoria da infraestrutura da instituição. Porém foi possível verificar também que há diversas dificuldades para implantar ações de superação de estigma no território e implementar a rede de atenção psicossocial (RAPS), bem como há dificuldade de manter relações horizontalizadas, de se articular interdisciplinarmente, de se realizar ações em conjunto com outros serviços de saúde e com a família dos usuários, entre outras.

O estigma e o preconceito da doença mental, também foram apontados como uma dificuldade para a implementação de ações de inclusão social no território, pois geram diversas barreiras para esse processo. Desta forma, os serviços de saúde precisam superá-lo através da promoção da aceitação e da convivência com as diferenças das pessoas com doença mental na sociedade.

Os resultados da análise dos discursos apontam, nos agrupamentos das frases temáticas, que os profissionais têm diversas concepções sobre o

processo saúde-doença mental, que tem suas origens nos modelos teóricos da psiquiatria, da psicodinâmica e, principalmente, da atenção psicossocial.

O enfoque do tratamento não está centrado apenas no medicamento com a finalidade de supressão dos sintomas, entretanto os entrevistados o vê apenas como complemento da atenção psicossocial. Essa visão é embasada no modelo Reabilitação psicossocial que não é médico centrada, e seu objetivo não mais é a cura e adaptabilidade social, mas sim inclusão social, o aumento da autonomia e do poder contratual do usuário e a desestigmatização; o objeto de intervenção é o sujeito e seu universo de relações, a concepção do projeto terapêutico não é de competência privativa do agente médico.

A análise também revelou que a finalidade do tratamento é facilitar o convívio com a família, melhorar a qualidade de vida, respeitar a singularidade da pessoa e seu planejamento de vida, na perspectiva de suas necessidades. Essa posição afirma a concepção de saúde como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção de saúde (Batista-Silva, 2005).

Sabemos que o trabalho das equipes do CAPS lida com questões relativas à cidadania, à política, às condições de vida e à organização dos grupos e suas relações, incluindo a família. Isso exige a busca de conhecimentos que extrapolam o campo da saúde, além dos saberes específicos que perpassam a prática cotidiana de sua atuação. Estes eixos são estruturantes para o desenvolvimento de um trabalho com qualidade no campo da saúde mental.

As necessidades em saúde são extremamente dinâmicas tendo sua construção marcada social e historicamente, exigindo portanto que os serviços tenham a capacidade de desenvolver estratégias também dinâmicas e sensíveis, capazes de superar as ações rotineiras, passando para arranjos de escutar, reinterpretar e trabalhar as necessidades de saúde.

Considera-se, portanto, que a proximidade dos CAPS com a sociedade facilita a inclusão social e a superação do estigma da doença

mental e esta ajuda a transformar o imaginário social, e vice-versa. Desta forma, Salles (2011) afirma que o serviço funciona como uma membrana permeável que facilitaria a entrada e a saída das ideias, quando em contado com a sociedade, iniciando a mudança do imaginário social no cotidiano e promovendo a identidade do sujeito, de seu poder contratual e de sua condição material/econômica nas relações humanas.

Uma das limitações deste estudo encontra-se na reduzida população: 27 profissionais de equipes multidisciplinares dos CAPS's, de um total de 79 profissionais possíveis. Desta forma, as conclusões deste estudo não podem ser generalizadas para toda rede de serviços saúde mental do município, tratando-se por isso de um estudo exploratório. Por outro lado, a população deste estudo engloba apenas profissionais dos CAPS da mesma Supervisão Técnica de Saúde, a STS Lapa/Pinheiros, pelo que, os resultados podem ter sido influenciados pelas circunstâncias organizativas dessa mesma coordenadoria regional. Acresce, ainda, outra limitação: a agenda dos profissionais dos serviços que impuseram dificuldades para receber a pesquisadora nos serviços, ora argumentando que não tinha horário para recebê-la, ora desmarcando a entrevista por compromissos da instituição.

Cientes de que o estigma é construído pela cultura, compreende-se que é através dela que deverá ser desconstruído. Desta forma, entendemos que a desconstrução do estigma é um processo longo e muito demorado, já que está incorporado no senso comum da nossa sociedade.

Assim, será importante que estudos próximos procurassem abranger um maior número de profissionais e de mais supervisões técnicas de saúde e os usuários destes serviços.

No entanto, entendemos que a análise dos discursos dos trabalhadores, sujeitos deste estudo, fornece material que contribui para que se possa elaborar diretrizes mais específicas nas políticas de saúde mental no município relacionadas aos processos de desestigmatização e inclusão social da pessoa com doença mental.

Observou-se que é preciso ter maior suporte do governo e das

políticas públicas para que as equipes multidisciplinares consigam difundir as ações de superação do estigma da doença mental no seu território de atuação. Verificou-se, também, que as ações desempenhadas pelos profissionais entrevistados é o início para a superação do estigma da doença mental, mas é necessário que tenham suporte da lei e de várias instâncias da sociedade.

Concordando com Salles (2011), o presente estudo reitera que o CAPS é um serviço-resposta da sociedade ao modelo manicomial, porém não resolve todos os problemas da sociedade em relação a loucura, e sim possibilita espaços para articular tensões, conflitos e possibilidades. Desta maneira compreende-se que os CAPS estão caminhando para a superação do estigma da doença mental nos seus territórios de atuação, através da promoção: de cidadania, da circulação no território e do poder contratual das pessoas com doença mental.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Ahmedani BK. Mental Health Stigma: Society, Individuals, and the Profession. *J Soc Work Values Ethics*; 8(2): 4-14-16. 2011.

Albuquerque P. Desinstitucionalização: notas sobre um processo de trabalho. In: *Cadernos IPUB. Desinstitucionalização. A experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 22, nov./dez. p.93-110. 2006.

Alencar G. Protestantismo tupiniquim: hipóteses sobre a (não) contribuição evangélica à cultura brasileira. São Paulo, Arte Editorial. 2005

Alonso J et al.. Association of Perceived Stigma and Mood and Anxiety Disorders: Results from the World Mental Health Surveys. *Acta Psychiatr Scand*. October; 118(4): 305–314. 2008.

Amarante P (Coord.). *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

Amarante P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: Fleury S. (Org). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, p 163-185.1997.

Amarante P (coord.). *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Ed. Nau, Engenheiro Paulo de Frontin. 2003.

Amarante P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro. 2007.

Amarante PD, Torre EHG. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 25(58): 26-34, 2001.

Andaló C. *Mediação grupal: uma leitura histórico-cultural*. São Paulo: Ágora, 2006.

Andrade TM. Reabilitação Psicossocial em Hospital Psiquiátrico: as representações e práticas dos Trabalhadores. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

Angermeyer M, Matschinger H, Corrigan P. Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophrenia Research*, v.69, p.175–182, 2004.

Antonacci MH. Saúde Mental na Atenção Básica: Expectativas e anseios de uma comunidade. Monografia. Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas. 2009.

Antonacci MH. Trabalhadores do Serviço Residencial Terapêutico: atores na reconstrução da vida fora dos muros do manicômio. Pelotas. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas. 2011.

Antunes SMMO, Queiroz MS. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(1): 207-215, 2007.

Aranha e Silva AL. A construção de um projeto de extensão universitária no contexto das políticas públicas: saúde mental e economia solidária [tese] Livre-Docência. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 2012.

Aranha e Silva AL. O Projeto Copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à reprodução de vida. Dissertação (Mestrado) São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 1997.

Arraes-Amorim AKM. O serviço residencial terapêutico: cartografias de um híbrido no contexto da desinstitucionalização. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN. 2008.

Ayres JRCM. Epidemiologia e Emancipação. Ed. Hucitec/Abrasco. São Paulo/Rio de Janeiro, 1995.

Batista-Silva MB. Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: Sobre os Discursos e as Práticas em Torno da

Responsabilidade no Campo da Saúde Mental. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(1):127-150, 2005.

Barney LJ et al.. Exploring the nature of stigmatising beliefs about depression and help-seeking: Implications for reducing stigma. *BMC Public Health*, 9:61. 2009

Barros DD. Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Ed USP/Lemos. 1994.

Barros S e Egry EY. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem sub judice. São Paulo: Cabral. 2001.

Barros S. Concretizando a transformação paradigmática em saúde mental: a práxis como horizonte para a formação de novos trabalhadores. Tese (Livre docência em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

Barros S e Bichaff R. Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. São Paulo: Fundap; 2008.

Barros S. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 1996.

Basaglia F. A Instituição Negada. Relato de um Hospital Psiquiátrico 3ed. Edições Graal. Rio de Janeiro. 2005.

Basaglia F. Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

Basaglia, F et al.. Considerações sobre uma experiência comunitária. In Amarante P (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994. p. 11-40.

Benedict R. *Patterns of culture*. Boston and New York: Houghton Mifflin Company. pp.291, 1934.

Berry C, Gerry L, Hayward M e Chandler R. Expectations and illusions: a position paper on the relationship between mental health practitioners and social exclusion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17:411–421. 2010.

Bertolote JM. Em busca de uma identidade para a Reabilitação Psicossocial. In: Pitta, A. (Org.). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, p. 155-58. 2001.

Bertram G e Stickley T. Mental health nurses, promoters of inclusion or perpetrators of exclusion? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12:387–395. 2005.

Benevides R e Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciencia e Saude Coletiva*. 10(3): 561-571, 2005

Bezerra B. A clínica e a reabilitação psicossocial. In: Pitta A. (Org.). Reabilitação psicossocial no Brasil. 2ed. São Paulo: Hucitec, p.137-142. 2001.

Bezerra Jr. B. Grupos: cultura psicológica e psicanálise. In: Lancetti A. Saúde loucura: grupos e coletivo. São Paulo: Hucitec, p. 131-144. 1993.

Birman J e Costa JF. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: Amarante P. (Org.). Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 41-71. 1994.

Boyd JE et al.. The relationship of multiple aspects of stigma and personal contact with someone hospitalized for mental illness, in a nationally representative sample. *Soc Psychiat Epidemiol* 45:1063–1070. 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990-2002. Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 8, ano VI, no 8. Informativo eletrônico. Brasília: janeiro de 2011. (acessado em 21 de outubro de 2011). Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/saudemental

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília, 2004.

Brasil. Relatório do grupo final de trabalho: saúde mental e economia solidária. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, Secretaria Nacional de Economia Solidária, 2006.

Brohan et al.. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. BMC Health Services Research, 10:80. 2010.

Brockington, Ian F., et al. "The community's tolerance of the mentally ill." The British Journal of Psychiatry. 162(1): 93-99. 1993.

Buizza C et al.. The stigma of schizophrenia from patients' and relatives' view: A pilot study in an Italian rehabilitation residential care unit. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 3:23. 2007.

Bullinger M, Anderson R, Cella D, Aaronson N. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. Quality of Life Research, 2, 451-459. 1993.

Campos CMS. Consolidando a reforma psiquiátrica no Brasil através dos hospitais-dia: a emergência das contradições entre a intencionalidade e a operacionalidade. [Dissertação]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1998.

Campos GWS. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida trabalho, educação e saúde, v. 4 n. 1, p. 19-31, 2006

Canguilhem G. O Normal e o Patológico. 2ªed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1982

Carvalho, R K. O processo de inclusão-exclusão na vida das pessoas em sofrimento psíquico na pós-modernidade [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2008.

Castel R. A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo. 2ed. Rio de Janeiro: Graal. 1991.

Chauí M. A universidade operacional. Folha de São Paulo.

Mai 09; A:3. p. 5 1999.

Chamma RC, Forcella HT. O cidadão com transtorno psíquico: reflexões sobre os direitos humanos e os direitos do paciente. *Rev Esc Enf USP* 2001; 35(2):184-90.

Colvero LA, Ide CAC, Ropim MA. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Rev Esc Enferm USP*. 38(2):197-205. 2004.

Conferência Nacional de Saúde Mental, II, Brasília, 1992. Relatório Final. Brasília, Ministério da Saúde, 1994.

Conferência Nacional de Saúde Mental, IV, Brasília, 2010. Relatório Final. Brasília, Ministério da Saúde, 2011.

Cook T e Wang JL. Descriptive epidemiology of stigma against depression in a general population sample in Alberta. *BMC Psychiatry*, 10:29, 2010.

Costa, JF. Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979

Corin E e Lauzon G. From Symptoms to Phenomena: The Articulation of Experience in Schizophrenia [Journal of Phenomenological Psychology](#), v 25, n 1, pp. 3-50(48), 1994.

Corrigan PW e Lundin R. Don't Call Me Nuts: Coping with the Stigma of Mental Illness. Tinley Park, IL: Recovery Press, 2001.

Corrigan PW, Larson JE e Ruesch N. "Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*. 8 (2): 75-81. 2009.

Corrigan PW e Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54:765-776, 1999.

Corrigan PW e Shapiro JR. Measuring the Impact of Programs that Challenge the Public Stigma of Mental Illness. *Clin Psychol Rev*. December ; 30(8): 907–922, 2010.

Corrigan PW e Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Journal of Psychiatry*, 1:16-19.2002.

Corrigan PW, Kosyluk KA, Rüsch N. Reducing self-stigma by coming out proud. *Am J Public Health*, v.103, n.5, p.794-800, 2013.

Corrigan PW, Larson JE e Rüsch N. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8:75-81, 2009.

Corrigan PW, Watson AC e Miller FE. Blame, shame, and contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *Journal of Family Psychology*, 20(2): 239-246, 2006.

Corrigan PW. How clinical diagnosis might exacerbate the stigma of mental illness. *Social Work*, 52:31-39. 2007.

Corrigan PW. Changing Stigma through Contact. *Advances in Schizophrenia and Clinical Psychiatry*, 1:614-625. 2005.

Corrigan PW. How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59: 614-625. 2004.

Corrigan PW. The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5:201-222. 1998.

Corrigan PW e Wassel A. "Understanding and influencing the stigma of mental illness." *Journal of psychosocial nursing and mental health services*. 46(1): 42-48. 2008.

Costa-Rosa, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante, Paulo (org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.141-168. 2000.

Costa-Rosa A, Luzio CA e Yasui S. "As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial." *Publicação Quadrimestral Editada Pelo* 25:58: 12-25. 2008.

Crisp A. The tendency to stigmatize. *BJP*, 178:197-199. 2001.

Crisp AH et al.. Stigmatization of people with mental illnesses. *BJP*, 177:4-7. 2000.

Crochik JL. *Preconceito, indivíduo e cultura*. São Paulo, SP:

Robe. 1995.

Cruz MS e Ferreira SMB. O vínculo necessário entre a saúde mental e o Programa de Saúde da Família na construção de atenção integral aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. *Cadernos IPUB*; v. XIII, n.24, p.67-79, 2007.

Dantas EH. M. Atividade física, prazer e qualidade de vida. *Memórias do Congresso Mundial de Educação Física AIESEP*: Rio de Janeiro. Editora Central da Universidade Gama Filho, 1998.

Dallari SG. *Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.

Dalmolin BM. *Esperança equilibrada: cartografias de sujeitos que vivenciam o sofrimento psíquico em uma comunidade urbana*. [Tese]. São Paulo: São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP. 2004.

Das V. Stigma, contagion, defect: issues in the anthropology of public health. *Stigma and global health: developing a research agenda conference* [on line] 2001 September [Acessado em 07 de Março de 2011]; Disponível em: <http://www.stigmaconference.nih.gov/finalDaspaper.htm>.

Delfini PSS et al.. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1):1483-1492, 2009.

Delgado PGG, Gomes MPC, Coutinho ESF. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. *Cad Saúde Pública*, 17:452-3, 2001.

Delgado PGG. Perspectiva da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com apêndice sobre a questão dos crônicos). In: Tundis SA; Costa NR. *Cidadania e cultura*. 7. ed. Rio de Janeiro: Vozes, p. 171-216. 2001.

Delgado PGG. Instituir a desinstitucionalização: o papel das residências terapêuticas na reforma brasileira. In: *Cadernos IPUB. Desinstitucionalização. A experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 22, nov./dez. p.19-34. 2006.

Department Of Health and Human Services: Public Health Service Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health

Administration. Rockville, Mariland. DHHS Publication Rev. 1986. [Acessado em 16 de abril de 2011]. Disponível em: <http://www.eric.ed.gov/contentdelivery/servlet/ERICServlet?accno=ED290094>

Diaz, ARM. "Pesquisa avaliativa em Saúde Mental: a regulação da "porta" nos Centros de Atenção Psicossocial.", 2009.

Dimenstein M, Liberato M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. Cad. Bras. Saude Mental, v.1, n.1, 2009. 1 cd-rom

Dubugras MTB, Evans-Lacko S e Mari JJ. A Two-Year Cross-Sectional Study on the Information About Schizophrenia Divulged by a Prestigious Daily Newspaper. The Journal of Nervous and Mental Disease. 199(9):659-655. 2011.

Elia L. Consolidar a rede de atenção psicossocial e fortalecer os movimentos sociais. III conferência estadual de saúde mental de Mato Grosso. Comissão Organizadora desta Etapa Estadual de Mato Grosso. 2010.

Escorel S. Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

Farago F. Compreender Kierkegaard. Petrópolis: Vozes, 2006.

Feldman D e Crandall C. Dimensions of Mental Illness Stigma: what about mental illness causes social rejection? Journal of Social and Clinical Psychology, 26(2):137-154. 2007.

Faria H, Werneck M, Santos MA. Processo de trabalho em saúde. 2a ed. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed, 2009.

Ferraz F. O louco de rua visto através da literatura. Psicologia USP, 11(2):117-152. 2000.

Foucault, M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 29ª ed. Tradução. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

Foucault, M. A Ordem do Discurso: aula inaugural no

Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 13 ed. Tradução Laura F. A. Sampaio. São Paulo: Loyola, 2006.

Foucault M. A Arqueologia do Saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

Foucault M. A história da loucura na idade clássica. 4.ed. São Paulo: Perspectiva. 1995.

Foucault M. *Maladie mentale et psychologie*. Paris: Puf, 1962.

Franz et al. Stigma and treatment delay in first-episode psychosis: a grounded theory study early. *Interv psychiatry*, 4(1): 47–56. 2010.

Garcia C. “Rede de Redes” In: *Tô fora da lei*, Belo Horizonte, Del Rey, pp 4-5. 2003.

Gibson RC et al.. Internalizing stigma associated with mental illness: findings from a general population survey in Jamaica. *Rev Panam Salud Publica.*;23(1):26–33. 2008.

Goffman E. *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 3ed. Rio de Janeiro: LTC. 2004.

Goldberg, J. Reabilitação como processo: o Centro de Atenção Psicossocial. In: Pitta, A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2ed. São Paulo: Hucitec, p. 33-47. 2001.

Gomes ELR, Anselmi ML, Mishima SM, Villa TCS, Pinto IC, Almeida MCP. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: Almeida MCP, Rocha SMN, organizadoras. *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez; p. 229-50. 1997.

Gondim DSM. *Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial?* [Dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz / Escola Nacional de Saúde Pública. 2001.

Graham N et al. Redução da estigmatização e da discriminação das pessoas idosas com transtornos mentais: uma declaração técnica de consenso. *Rev Psiquiatr Clín* (São

Paulo), v. 34, n. 1, p. 39-49, 2007.

Gray B et al.. Patterns of exclusion of carers for people with mental health problems — the perspectives of professionals. *Journal of Social Work Practice*, 24(4): 475-492. 2010.

Greatley, A. & Ford, R. Out of the Maze: Reaching and supporting Londoners with severe mental health problems. London: King's Fund/The Sainsbury Centre for Mental Health. 2002.

Guarido EL e Campos FCB. Sentir-se em casa no olho da rua: o desafio das moradias. *Cadernos IPUB*, 22, 141-148. 2006.

Guljor APF. Os Centros de Atenção Psicossocial: um Estudo sobre a Transformação do Modelo Assistencial em Saúde Mental.[Dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz / Escola Nacional de Saúde Pública, 2003.

Gulliver et al.. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10:113. 2010.

Hickling FW, Robertson-Hickling H e Paisley V. Deinstitutionalization and attitudes toward mental illness in Jamaica: a qualitative study. *Rev Panam Salud Publica*, 29(3):169–76. 2011.

Hirdes A e Kantorski LP. Reabilitação psicossocial: objetivos, princípios e valores. *Rev. Enferm UERJ*, 12:217-21. 2004.

Hirdes A. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1):165-171, 2009.

Hirdes, A. "Reforma psiquiátrica e reabilitação psicossocial: uma leitura a partir do materialismo dialético". *Saúde debate* 32(78/80): 9-17. 2008.

Holtum S. Research watch. *Mental Health and Social Inclusion.*, 15(2):49-53. 2011.

Hopper, K. Rethinking social recovery in schizophrenia: what a capabilities approach might offer. *Social Science & Medicine*, 65(5), 868-879. 2007.

Huxley P e Thornicroft G. Social inclusion, social quality and mental illness. *Br J Psychiatry*. 182:189-290. 2003.

Hyslop J e Jackson A. Politics and Social Exclusion. In: Bates P, editor. *Working for inclusion: making social inclusion a reality for people with severe mental health problems*. London: The Saintsbury Centre for Mental Health; p. 37-43. 2002.

Jodelet D. Os processos psicossociais da exclusão. In: Sawaia BB, organizadora. *Artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. 7a ed. Petrópolis: Vozes; 2007.

Kantorski LP et al. A importância das atividades de suporte terapêutico para o cuidado em um Centro de Atenção. *Rev. enferm. Saúde, Pelotas (RS)*, jan-mar;1(1):4-13. 2011.

Kantorski LP et al.. As contribuições da equipe do centro de atenção Psicossocial para o fim do estigma da loucura. [Resumo apresentado em Evento]. Rede Unida de Trabalho do Estado do Rio Grande do Sul, 2001. [Acessado em 20 de novembro de 2011]. Disponível em: <http://votiscxs1.otics.org/trabalhosredeunida/resumos/RE1150-2.pdf>

Katz I e Hass RG. Racial ambivalence and American value conflict: Correlational and priming studies of dual cognitive structures. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 55(6):893-905.1988.

Kinoshita RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2a. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

Kinoshita RT. Saúde Mental e a Antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. *Cad. Bras. Saúde Mental*, 1(1), jan-abr. 2009 (CD-ROM)

Klin K e Lemish D. Mental disorders stigma in the media: Review of studies on production, content, and influences. *Journal of Health Communication*, 13:434-449. 2008.

Koda MY. Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e dos trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial

[dissertação]. São Paulo: Instituto de psicologia da USP. 2002.

Lancetti, A. Clínica grupal com psicóticos: A grupalidade que os especialistas não entendem. In: Lancetti A. (Org), Saúde e loucura: Grupos e coletivos. São Paulo: Hucitec, p. 155-171,1993.

Leão A. As práticas de inclusão social: o desafio para os serviços de saúde mental [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP. 2006.

Leão A e Barros S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. Saude soc,17(1), 95-106. 2008.

Leão A. O serviço comunitário de saúde mental: desvelando a essência do cotidiano das ações no território. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP. 2010.

Leão A e Barros S. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. Saúde Soc, 21(3): 572-586. 2012.

Leff J, Warner R. Social Inclusion of People with Mental Illness. Cambridge: Cambridge University Press. 2006.

Leopardi MT, Beck CLC, Nietzsche EA e Gonzalez RMB. Metodologia da pesquisa na saúde. 2. ed. Rio Grande do Sul: Ed. Pallotti, 2001

Link BG e Phelan JC. Conceptualizing stigma. Annual Review of Sociology. 27, 363-385. 2001.

Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S e Phelan JC. The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. Psychiatric Services, 52, 1621–1626. 2001.

Link BG et al.. Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. American Journal of Public Health, 89:1328-1333, 1999.

Lucchese R e Barros S. A constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro em saúde mental Rev

Esc Enferm USP; 43(1):152-60. 2009.

Luzio CA e L'Abbate S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. Interface-Comunic, Saúde, Educ, 10(20), 281-98. 2006.

Machado R et al. Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

Malta DC e Merhy EE. A micropolítica do processo de trabalho em saúde, revendo alguns conceitos. Revista Mineira de Enfermagem 7(1):61-66, jan./jul. 2003.

Mângia EF. As Origens da Psiquiatria Institucional Brasileira e seus Ideólogos. [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica. 1992.

Martí JB. La vulnerabilidad relacional: análisis del fenómeno y pautas de intervención. Redes – Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales [periódico na Internet]. 2006 [acessado 2011 jun 3]; 11(4):[cerca de 1-18 p.]. Disponível em: <http://revistaredes.rediris.es/>

Marttila et al.. Living on social assistance with chronic illness: Buffering and undermining features to well-being BMC Public Health, 10:754. 2010.

Marx K. O capital: crítica da economia política. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

Matheus MDML et al. Programa Atenção ao Paciente Psicótico na Sociedade - OPAS. Roteiro operativo 11: redução do estigma da doença em portadores de transtornos psicóticos. Rio de Janeiro, 2005. Acessado em 13 de março de 2011. Disponível em: <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/10420.html>

Medeiros MHR. Terapia Ocupacional: um enfoque epistemológico e social. São Paulo: Hucitec, 2003.

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, Cadernos Cefor, 1 – Série textos, 1992.

Michener H A, Delamater JD, Myers DJ. Psicologia social. São Paulo: Thompson Learning, 2005.

Mielke FB et al.. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 14(1):159-164. 2009.

Minayo MC. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec. 2010.

Moll MF e Saeki T. A vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um centro de atenção psicossocial. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, 17(6), dez. 2009.

Moreira V e Melo AK. “Minha Doença é Invisível!”: Revisitando o Estigma de ser Doente Mental. Interação em Psicologia, Curitiba, jul./dez. (12)2: 305-314. 2008.

Moreira V. Psicopatologia Crítica - Parte II (p. 109 - 248). In: Moreira, Virgínia; Sloan, Tod. Personalidade, Ideologia e Psicopatologia Crítica. São Paulo: Escuta. 2002.

Moreira V. Psicopatología y contemporaneidad: individualismo como sintoma contemporâneo. Revista Terapia Psicológica. I(9): 33-38. 2001.

Muramoto MT, Mângia EF. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): processo de elaboração e debate sobre a questão da incapacidade. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, 19:21-130. 2008.

Nicácio MFS. Utopia da Realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. [Tese] Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas. 2003.

Nunes MO et al.. A articulação da experiência dos usuários nas microculturas dos Centros de Atenção Psicossocial – uma proposta metodológica. Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ, Rio de Janeiro, 10(1): 204-220. 2010.

Nunes M e Torrenté MD. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. Revista de Saúde Pública, 43, 101-108. 2009.

Nunes MO, Torrenté M, Ottoni V, Moraes Neto V, Santana M. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 24(1):188-96, 2008.

Oliveira RP e Nunes MO. Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual. *Saude Soc*. 17(4):22-34, 2008.

Paugam S. O enfraquecimento e a ruptura dos vínculos sociais – uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. In: Sawaia B, organizadora. *As artimanhas da exclusão social: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. 7ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007.

Pattyn, E et al. “Medicalizing Versus Psychologizing Mental Illness: What Are the Implications for Help Seeking and Stigma?: a General Population Study.” *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 2013.

Peduzzi, M. Equipe Multiprofissional de Saúde: a interface entre trabalho e interação. Dissertação de Mestrado, Campinas: Faculdades de Ciências Médicas da Unicamp, 1998.

Peña, RF. Redes Sociales, apoyo social y salude. *Periferia*, (3): 1-15, 2003.

Penn DL e Wykes T. Stigma, discrimination and mental illness. *Journal of Mental Health*. June, 12(3):203-208. 2003.

Peplau HE. The psychiatric nurse's family group. *The American Journal of Nursing*, 52 (12), 1475-1477. 1952.

Pereira MO. Representação da doença mental pela família do paciente. *Interface – Comunic Saúde Educ*. 7(12):71-82. 2003.

Pereira MAO, Pereira Jr. A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 37(4), 92-100. 2003.

Perese EF. Stigma, Poverty, and Victimization: Roadblocks to Recovery for Individuals With Severe Mental Illness. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 13:285. 2007.

Perkins R e Repper J. Social Inclusion and Recovery: A Model for Mental Health Practice. Baillière Tindall. 2003.

Pescosolido BA The Public Stigma of Mental Illness: What Do We Think; What Do We Know; What Can We Prove? J Health Soc Behav. 54:1-21. 2013.

Pessotti I. A Loucura e as Épocas. 2.ed. Rio de Janeiro: 34, 1997.

Pfuhl H e Henry S. The Deviance Process. 3rd ed. New York: Aldine de Gruyter. 1993.

Phelan JC, Link BG, Stueve A e Pescosolido BA. 2000. "Public Conceptions of Mental Illness in 1950 and 1996: What is Mental Illness and is it to be Feared?" Journal of Health and Social Behavior 41:188-207. 2000.

Phelan JC, Link BG, Dovidio JF. "Stigma and prejudice: one animal or two?" Social Science and Medicine, 67(3):358–367. 2008.

Pinho LB, Hernández AMB, Kantorski LP. Psychiatric reform, mental health workers and the family's "partnership": the discourse of distancing. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.14, n.32, p.103-13, jan./mar. 2010.

Pinto-Foltz MD e Logsdon MC. Reducing stigma related to mental disorders: initiatives, interventions, and recommendations for nursing. Archives of Psychiatric Nursing 23(1), 41-49. 2009.

Pires D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde. 2ªed. São Paulo: Annablume. 2008.

Pitta A. Reabilitação Psicossocial **no Brasil**. 2ed. São Paulo: Hucitec. 2001.

Pitta-Hoisel AMF. Sobre uma política de saúde mental. [Dissertação]. Universidade de São Paulo, São Paulo. 1984.

Popperwell, I. The dynamics of social inclusion. A Life in the Day, 11(2):19-21. 2007.

Ramon S et al.. Towards Social Inclusion Through Lifelong Learning In Mental Health: Analysis Of Change In The Lives

Of The Emilia Project Service Users. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(3). 2010.

Ramos VSC. A participação do paciente de reabilitação nas decisões sobre o seu tratamento. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. 2(1), 22-28. 1999.

Resende H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis S A; Costa N R. *Cidadania e cultura*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Vozes. 2001.

Rinaldi DL, Bursztyn DC. O desafio da clínica na atenção psicossocial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(2). 2008.

Ritsher, J. B., & Phelan, J. C. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry research*, 129(3), 257-265. 2004.

Roeder MA. Benefícios da atividade física em pessoas com transtornos mentais. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. A(2):62-76. 1999.

Rodrigues CR e Figueiredo MAC. Concepções sobre doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. *Est Psicol.*; 8(1):177-25. 2003.

Rosen A. Destigmatizing day-to-day practices: what developed countries can learn from developing countries. *World Psychiatry*, 5:1. 2006.

Rotelli F et al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Nicácio F (org.) *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec. 1990a.

Rotelli F. O inventário das subtrações. In: Nicácio F (Org.) *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec. 1990b.

Rotelli F. A instituição inventada. In: Nicácio MFS. (Org.). *Desinstitucionalização*. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec. 2001.

Rüsch N, Angermeyer MC e Corrigan PW. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20:529–539. 2005.

Sadler JZ. Stigma, conscience, and science in psychiatry: past, present, and future. *Acad Med*. v.84, n. 4, p.413-7, 2009.

Sadow D, Ryder M. Reducing Stigmatization Attitudes Held by Future Health Professionals: The Person is the Message, *Psychological Services*, v.5, n. 4, p.362–372. 2008.

Salles MM, Barros S. Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. *Acta paul. Enferm.*, 22(1): 11-16. 2009.

Salles MM. Internação em hospital psiquiátrico: o (des)caminho para a vivência do cotidiano e inserção social. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP. 2005.

Salles MM. Vida cotidiana de usuários de CAPS: a (in)visibilidade no território [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP. 2011.

Santos IMM. A interface da cultura e saúde - o desafio para os CAPS. [Dissertação]. Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo. 2009.

Santos M. O país distorcido: o Brasil, a globalização e a cidadania. São Paulo: Publifolha. 2002.

Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2.ed. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Cora, 2001.

Sartorius M e Schulze H. Reducing the stigma of mental illness: a report from a global programme of the World Psychiatric Association. Cambridge: Cambridge University Press. 2005.

Sasaki RK. Inclusão. Construindo uma sociedade para todos. Rio de Janeiro: WVA. 1997.

Sayce L. Beyond Good Intentions. Making Anti-discrimination Strategies Work. *Disability & Society*, 18(5): 625-42. 2010.

Sayce L. From psychiatric patient to citizen: overcoming discrimination and social exclusion. London: MacMillan Press; 2000.

Sayce, L. Beyond good intentions. Making anti-discrimination strategies work. *Disability & Society*,

18(5), 625-642. 2003.

Sayce, L. Social inclusion and mental health. *Psychiatric Bulletin*, 25:121-123. 2001.

Segóvia R. As perspectivas da cultura: identidade regional versus homogeneização global. In: *Diversidade Cultural*. Leonardo Brant (org.). São Paulo: Ed. Escrituras/Instituto Pensarte. 2005.

Schrank G, Olschowsky A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Rev. esc. enferm. USP* [on line]. 2008. [cited 2013 jan 31]; 42(1): 127-134. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100017&lng=en

Silveira N. O mundo das imagens. São Paulo: Ática. 1992.

Souza, R. C.; Pereira M. A; Kantorski, LP. Escuta terapêutica: instrumento essencial do cuidado em enfermagem. *Enfermagem UERJ*; 11: 92-7. 2003.

Spadini LS e Souza MCBM. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Rev. esc. enferm. USP*; 40(1): 123-127. 2006.

Stuart H. Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions. *World Psychiatry*. October; 7(3):185–188. 2008.

Stuber J, Meyer I e Link, B. Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social Science & Medicine*, 67(3), 351-357. 2008.

Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *Hist. Cienc., Saúde – Manguinhos*; 9(1):25-59. 2002.

Testa M. O hospital: visão desde o leito do paciente. *Rev. Saúde Mental Coletiva*. 1(1): 47-54. 1992.

Thornicroft G et al.. Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. *International Journal of Mental Health Systems*, 2:3. 2008.

Thornicroft G et al.. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *BJP*, 190:192-193. 2007.

Thornicroft GJ e Tansella M. (Eds.). Mental health outcomes measures. RCPsych Publications. 2010.

Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M, Indigo Study Group. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*. 373(966):408-15. 2009.

Thornicroft G. Actions speak louder... Tacking discrimination against people with mental illness. [Relatório de pesquisa na internet] London Mental Health Fundation. 2006. [Acessado em 25 de agosto de 2011]. Disponível em: http://www.mentalhealth.org.uk/content/assets/PDF/publications/actions_speak_louder.pdf

Travelbee J. Intervención en enfermería psiquiátrica. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1979.

Tundis SAC e Costa NR. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. 7ed. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 2001.

Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec, 1999.

Valentini, W. "Nenhum ser humano será bonsai." In: Harari A, Valentini W (org.). A reforma psiquiátrica no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 11-24. 2001.

Vasconcelos, EM. Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil. In Vivência n.o 32, Natal, Ed. UFRN, 2007.

Vasconcelos, EM. Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propostas. *Cad. Bras. Saúde Mental*, 1(1). 2009 (CD-ROM)

Verztman JS. Pensando nos problemas da vida: o discurso sobre tristeza e depressão de uma comunidade favelada no Rio de Janeiro. [dissertação] Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro.1992.

Vianna PCM e Barros S. O processo saúde doença mental: a exclusão social. *REME Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, 6(1/2):86-90, jan./dez. 2002.

Vieira-Filho NG, Nóbrega SM. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. *Estudos de Psicologia*, Natal, 9(2); 373-379, 2004.

Weiss MG e Ramakrishna J. Interventions: research on reducing stigma. Paper presented at US NIH conference on stigma and global health: developing a research agenda, Bethesda MD, 2001. [acessado em 02 de fevereiro de 2012] Disponível em: <http://www.stigmaconference.nih.gov>

Willrich JQ. Os sentidos atribuídos à crise nas práticas discursivas dos profissionais de Centros de Atenção Psicossocial – contribuições para a enfermagem psiquiátrica. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas. 2009.

WHO. Mental health around the world. Stop exclusion. Dare to care. WHO, Department of Mental Health and Substance Dependence, Geneva. 2001. Disponível em: www.who.int/world-health-day

Wong C et al.. Stigma in families of individuals in early stages of psychotic illness: family stigma and early psychosis. *Early Interv Psychiatry*. May; 3(2):108-115. 2009.

Yanos P et al.. Pathways Between Internalized Stigma and Outcomes Related to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatr Serv*. December; 59(12): 1437–1442. 2008.

Yanos P et al . The Impact of Illness Identity on Recovery from Severe Mental Illness, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13:73-93. 2010.

Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. [Tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. 2006.

Yasui S e Costa-Rosa A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*. 32: 27-37. 2008.

Zambenedetti G.. Dispositivos de integração da rede assistencial em saúde mental: a experiência do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. *Saúde & Sociedade*, 18 (2):

334-345. 2009.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE 1

Ficha de caracterização do CAPS

- Nome do CAPS:
- Área de abrangência do CAPS:
- Número total de usuários atendidos no CAPS:
- Número de Equipes Multidisciplinares do CAPS:
- Profissionais que faltam para completar a(s) Equipe(s) multidisciplinar(es) do CAPS:
- População cada CAPS é responsável:
- Equipamentos de saúde presentes no território:

APÊNDICE 2

Roteiro para entrevista

I - Caracterização:

Nome:

Sexo:

Idade:

Formação profissional:

Cargo e/ou Função:

Ano em que graduou:

CAPS:

Equipe:

Quanto tempo trabalha nesta instituição:

Fez residência, especialização ou algum curso de atualização em saúde mental?

() SIM () NÃO

II - Questões

1. O que você entende por estigma?
2. Como você enxerga o louco? Descreva.
3. O que você faria ou fez diante de uma situação estigmatizadora sofrida pelo paciente com transtorno mental? Cite um exemplo.
4. Quais são ações de superação do estigma realizadas no território pela equipe multidisciplinar do CAPS? Comente as possibilidades e as dificuldades encontradas, pela equipe multidisciplinar e por você, para implementar as estratégias de superação do estigma da doença mental no território.

APÊNDICE 3

Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, Jussara Carvalho dos Santos, portadora do RG 40471196-0 SSP-SP, aluna de pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, estou desenvolvendo uma pesquisa, com o título provisório “*Superação do estigma da doença mental: estratégias realizadas por equipes multidisciplinares dos CAPS adultos*”. Pretende-se com este trabalho: Contribuir para a formulação de ações de reabilitação psicossocial que contemplem a proposta de superação do estigma no território, bem como conhecer a compreensão dos profissionais das equipes multidisciplinares dos CAPS Adultos sobre o conceito de estigma da loucura; identificar as estratégias de intervenção para superar o estigma da doença mental realizadas por equipes multidisciplinares dos CAPS adultos em seu território de atuação e analisar a possibilidade e a dificuldade das equipes multidisciplinares para a implementação das ações de superação do estigma. A metodologia será desenvolvida através de entrevista semi-estruturada realizada pela pesquisadora com os trabalhadores do CAPS, que serão gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise. Estamos convidando o senhor (a) a colaborar com esta investigação. A participação é voluntária e não interferirá no seu processo trabalho no Centro de Atenção Psicossocial. Os trabalhadores têm o direito de desistir de participar da pesquisa, a qualquer momento, sem que isso acarrete algum tipo de prejuízo a eles ou a minha vida pessoal ou profissional. Não haverá qualquer compensação financeira por sua participação neste estudo. Agradeço desde já a sua valiosa contribuição que será da maior importância.

Consentimento livre e esclarecido

Eu, _____, portador (a) do RG _____, funcionário (a) da equipe _____, do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) _____, tendo sido satisfatoriamente informada(o) sobre a pesquisa com título provisório “*Superação do estigma da doença mental: estratégias realizadas por equipes multidisciplinares dos CAPS adultos*” que tem como finalidade contribuir para a formulação de ações de reabilitação psicossocial que contemplem a proposta de superação do estigma no território. Concordo em participar da mesma. Autorizo que minha entrevista seja gravada, com a garantia de anonimato e sigilo com relação a todo seu conteúdo e que as informações coletadas sejam utilizadas para efeito de análise e divulgação científica. Estou ciente de que posso retirar esse meu consentimento a qualquer tempo, informando minha decisão ao pesquisador, sem que isso acarrete nenhum tipo de prejuízo a minha vida pessoal ou profissional.

Data ____/____/____

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Pesquisador: Jussara Carvalho dos Santos
Endereço Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Telefone (11) 96700-2521 E-mail: jusantos@usp.br
Telefone do comitê de ética em Pesquisa da EEUSP: (11) 3066-7548
Telefone do comitê de ética em Pesquisa da SMS/SP: (11) 3397-2464