

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA E CIÊNCIAS
HUMANAS

SAÚDE E DOENÇA MENTAL:
conceitos e assistência
segundo portadores, familiares e profissionais

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto, da
Universidade de São Paulo, inserida na linha
de pesquisa *Enfermagem em Saúde Mental e
Psiquiátrica* para obtenção do Título de
Mestre em Enfermagem Psiquiátrica.

Mestranda: Vera Lúcia Mendiondo Osinaga

Orientadora: Prof^ª. Dra. Antonia Regina Furegato Rodrigues

RIBEIRÃO PRETO

1999

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central Campus USP -
Ribeirão Preto

Osinaga, Vera Lúcia Mendiondo

Saúde e doença mental: conceitos e assistência segundo
portadores, familiares e profissionais. Ribeirão Preto, 1999.

161p.: il.; 30cm

Dissertação de mestrado, apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto / USP, Depto. de Enfermagem
Psiquiátrica e Ciências Humanas.

Orientador: Rodrigues, Antonia Regina F.

1. Enfermagem psiquiátrica. 2. Saúde mental.

A **Deus**, eterna fonte de vida, amor e esperança.

Aos meus queridos pais **Pedro e Iracema**, exemplo de vida, amor, carinho e dedicação.

Ao meu amado esposo **Willy**, luz e paz de espírito de minha vida em todos os momentos.

Aos meus estimados **Sobrinhos**, em especial **Ricardo e Daniela**, pelo carinho, esperança e dedicação.

Aos meus irmãos **Mário, Neusa e José**, pelo carinho e apoio fraterno.

Aos meus prezados sogros **Enrique e Blanca** pelo carinho e amizade.

A **Angelica e Janine**, pelo convívio e amizade.

DEDICO ESTE TRABALHO

AGRADECIMENTOS

A minha querida orientadora Prof^ª. Dra. **Antonia Regina Furegato**, pelo convívio sábio e fraterno, pelas sugestões inteligentes, inerentes a uma pesquisadora nata, soube com grande sabedoria e dedicação conduzir-me nas trilhas do conhecimento.

Ao Prof. Dr. **Jair Ferreira dos Santos**, pela amizade sincera e árdua colaboração na análise estatística.

A Prof^ª. Dra. **Margarita Antonia Villar Luis**, pela gentil acolhida, estímulo ao meu esforço e crença em meu potencial.

A Prof^ª. Dra. **Luciane Prado Kantorski**, sendo um modelo de mestre desde minha formação acadêmica, incentivando-me a pesquisa, com auxílio constante nas horas difíceis sem medir esforços.

Ao **Arnoldo, Marcia, Edilene, e Gilda**, amigos sempre presentes, pelo apoio e auxílios prestados, carinho e amizade.

Aos **Portadores de Doença Mental, Familiares e Profissionais** que contribuíram gentilmente com seus depoimentos.

A todos os **colegas** da Pós-graduação e **amigos** que estiveram sempre presentes e contribuíram ativamente para o meu desenvolvimento pessoal e científico.

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, prestigiosa instituição, motivo de orgulho em participar do curso de Pós-graduação.

Ao **Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências humanas**, pelo convívio amigável e préstimos durante o meu curso.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento do pessoal do Ensino Superior** (CAPES), pela concessão de uma bolsa de estudo.

À todos colegas da **Faculdade de Enfermagem de Pelotas-UFPEL**-pelo carinho e incentivo durante todos esses anos.

Às equipes do **Hospital Espírita de Pelotas** e o **Centro Comunitário de Saúde Mental**, em especial ao Dr. **João Francisco Neves da Silva** pela inestimável colaboração.

À todos os **alunos** participantes na coleta dos dados, pela disponibilidade e espírito de colaboração.

À **Biblioteca** pelo acesso a sua valiosa literatura científica e suporte técnico do meu trabalho.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos sujeitos segundo a sua categoria, idade, Sexo, local da coleta de dados, tempo de doença, número de internações, parentesco, vínculo, tempo de convivência do familiar com o doente, tempo de serviço e vínculo profissional.....	83
Tabela 2 - Médias e desvios padrão dos scores com relação ao Conceito Saúde e Doença Mental, segundo as respostas dos portadores de doença mental, dos familiares e dos profissionais ao EMO.....	97
Tabela 3 - Médias e desvio padrão dos scores com relação à Assistência em Saúde e Doença Mental, segundo as respostas dos portadores de doença mental, dos familiares e dos profissionais ao EMO.....	98
Tabela 4 - Resultados dos testes de Wilcoxon no grupo de portadores, familiares e profissionais para Conceito e Assistência.....	102

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Quadro demonstrativo das afirmativas prioritariamente referentes aos Conceitos de Saúde e Doença Mental.....	78
Figura 2 - Quadro demonstrativo das afirmativas prioritariamente referentes à Assistência em Saúde e Doença Mental.....	78
Figura 3 - Gráfico da distribuição das médias dos scores de Conceito de Saúde e Doença Mental, segundo portadores, familiares e profissionais, em resposta ao EMO.....	100
Figura 4 - Gráfico da distribuição das médias dos scores de Assistência em Saúde e Doença Mental, segundo portadores, familiares e profissionais, em resposta ao EMO.....	101

SUMÁRIO

Índice de Tabelas	
Índice de Quadros	
Índice de ilustrações	
Resumo	
Summery	
1 Introdução	2
2 Revisitando a Assistência Psiquiátrica	
2.1 Aspectos gerais	7
2.2 Saúde mental e loucura	18
2.3 Psiquiatria reformada	32
2.4 A experiência brasileira	37
2.5 A família do portador de doença mental	41
2.6 A equipe multiprofissional na assistência	50
3 Caminho Metodológico	
3.1 População em estudo	59
3.2 Local da pesquisa	59
3.3 Construção e validação do instrumento	63
3.4 Aplicação do instrumento para a coleta de dados	75
3.5 Procedimentos de análises dos resultados	76
4 Apresentação e Análise dos Resultados	
4.1 Caracterização geral da população estudada	82
4.2 Análise quantitativa das respostas dos sujeitos à Escala de Medida de Opinião - EMO, sobre Conceitos e Assistência em Saúde e Doença Mental.....	95
4.3 Análise qualitativa	103
5 Conclusões	119
6 Anexos	128
7 Referências Bibliográficas	148

RESUMO

A partir da vivência profissional com o indivíduo, portador de distúrbio mental, assim como, de seus familiares questionamos a visão dos mesmos a respeito deste processo de adoecer e suas respectivas convivências com a assistência disponível. Assim, buscamos conhecimentos e métodos para encontrar respostas. O objetivo desta pesquisa foi conhecer as opiniões sobre saúde/doença mental e assistência, junto a uma amostra constituída de 250 sujeitos, (100 portadores, 109 familiares e 41 profissionais) em dois serviços psiquiátricos no Rio Grande do Sul. Construímos e validamos uma escala de Medida de Opinião – EMO, composta por 56 afirmativas sobre Saúde e Doença Mental onde o sujeito demonstra seu grau de concordância com o conteúdo expresso. Os dados quantitativos foram analisados com provas não-paramétricas e os qualitativos através de comparações entre as respostas que sobressaíram nos três grupos nas duas categorias: Conceito e Assistência em Saúde e Doença Mental. Dessas análises, concluímos que os grupos diferem tanto na categoria Conceito como na categoria Assistência; os portadores estão mais concordantes com relação às afirmações sobre os Conceitos seguidos dos familiares e dos profissionais. Sobre a Assistência, houve maior concordância dos familiares, seguido dos portadores e dos profissionais. O teste Wilcoxon permitiu concluir que os portadores e os profissionais tendem a concordar mais freqüentemente com relação ao Conceito de Saúde/Doença Mental do que com Assistência. Das respostas ao EMO, analisadas qualitativamente, destacamos que houve maior concordância quanto o Conceito de que cuidar do doente mental é uma tarefa difícil e pouco valorizada como competência profissional e carrega o equívoco de que o uso de drogas leva à doença mental. Esta questão traz para a enfermagem uma preocupação, pois muitos desses profissionais não são reconhecidos como alguém que precisa de preparo para trabalhar com doentes mentais. Com relação à Assistência, concordam principalmente que a única solução para o problema do doente mental é a internação em hospital psiquiátrico e que pouco se sabe sobre a loucura, a doença mental, seus limites e suas delimitações. A partir dessa pesquisa, estamos convencidas da importância do papel da família e de profissionais engajados no processo de Assistência em Saúde e Doença Mental. Este estudo permite profundas reflexões sobre a assistência em saúde mental sendo importante contribuição temática e metodológica, nesta área.

Summary

Based on the professional practice with patients with mental disorders as well as their families, the author questioned their view about the process of getting ill and their experiences with the available care. Therefore, the author searched for knowledge and methods in order to find those answers. The aim of this research was to learn the opinion about mental health/illness and the care of a sample of 250 subjects (100 patients, 109 family members and 41 health professionals) involved in two psychiatric services of the state of Rio Grande do Sul. The author constructed and validated a scale of opinion measurement, formed by 56 affirmations about mental health/illness in which the subjects show their agreement to the expressed content. Quantitative data were analysed with non-parametric proves and qualitative data through comparisons among the relevant responses in the three groups in the two categories: Concept and Care in Health and Mental Illness. From those analyses, the author concluded that the groups differ regarding the two categories; patients agree with respect to affirmations on the concept followed by family members and professionals. Considering care, the author found a greater agreement among the family members, followed by patients and health professionals. The Wilcoxon test enabled the conclusion that patients and professionals agree more frequently with the concept of mental health/illness than with the care. Regarding the responses to the scale of opinion measurement, they were qualitatively analysed and the author emphasized a greater agreement with respect to the concept that providing care to a mental patient is a difficult task and not well valued as a professional competence and, also, that carries the idea that the use of drugs causes mental illness. This question is a concern to nursing, as there is not the idea that health professionals need to be prepared to work with mental patients. Considering care, they agree mainly that the only solution for the problem is hospitalization and they do not know much about madness, mental illnesses and their limits. Based on the results, the author is convinced about the importance of the role of family members and professionals involved in the process of care in mental health/illnesss. This study enabled a deep reflection about care in mental health and is an important thematic and methodologic contribution in the area.

Introdução

O presente estudo originou-se do nosso interesse durante o curso de graduação, em campo de estágio e atuando como voluntária na assistência direta ao doente mental e suas famílias, em um hospital psiquiátrico tradicional.

Durante esse período, vimos questionando e refletindo sobre a assistência ao doente e seus familiares, sobre o que significa para eles esse processo de adoecer mentalmente e, sobre a assistência prestada pela equipe de profissionais.

Desta forma, buscamos experiências que nos possibilitassem entrar em contato com as angústias e as dificuldades encontradas por esses indivíduos.

Após a formatura, acompanhamos os docentes de enfermagem psiquiátrica nas aulas teóricas e nos estágios com os alunos, porque assim, estaríamos sempre vivenciando e percebendo, o viver do doente mental numa instituição. Fazendo parte das elaborações das aulas teóricas, das leituras feitas e das discussões sobre o tema enriquecemos nossos conhecimentos e amadurecimento profissional. A docência aparecia como a grande meta para o futuro.

A partir de 1994, iniciamos as atividades como docente na Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de

Pelotas. Exercendo as funções como docente e fazendo parte da equipe no hospital, poderíamos estar nos posicionando em relação a alguns questionamentos, que até o momento pareciam distantes. Por exemplo, no atendimento aos pacientes e familiares, durante as reuniões com estes grupos, percebia-se o quanto lhes eram angustiantes as idas ao hospital, para consultas médicas, para a retirada de medicamentos, as visitas aos internados, assim como as freqüentes internações decorrentes da evolução do quadro. Percebia-se o quanto para eles esse processo é doloroso, em função do estigma e dos preconceitos que a sociedade lhes incute.

Passamos, com esses contatos mais diretos, a pensar como essas situações do adoecer mental, esse processo de hospitalização eram vividas pelas pessoas portadoras de algum sofrimento psíquico e como era para a família ter um membro da sua família passando por esse processo.

Assim, optamos, primeiramente, por observar as famílias e os pacientes no dia-a-dia, durante as visitas. Procuramos permanecer ao lado deles, o maior tempo possível, para detectar as suas necessidades e reações naquela situação de internação e nos atendimentos ambulatoriais.

Esse período de aproximação foi importante para a definição do objeto deste estudo, visto que algumas experiências que vivenciamos eram totalmente novas, desconhecidas e até desafiantes. Além disso, como enfermeira e docente, tínhamos, nesse momento, uma visão positiva e em processo de amadurecimento profissional sobre o assunto.

Esta tem sido a direção para nossa prática, tanto como docente, como na área assistencial, ou seja, a assistência às famílias e aos pacientes

psiquiátricos. Observamos que novos modelos estão sendo propostos para assistir o doente mental e precisamos estar engajados nesse processo, com tratamentos humanizados e práticas alternativas, como formas de expressar o desejo de mudanças para melhor assistir aquele que sofre por ser portador de problemas emocionais.

As pessoas que apresentam problemas emocionais estão inseridas num contexto sociocultural até o momento do surgimento dos sintomas e neste contexto deverão continuar a viver. Aí estão sua família, seu trabalho, sua diversão, seus projetos de vida. Pensado o indivíduo dessa forma, a família passa a ter importância capital para as propostas de assistência no processo saúde-doença.

Esta investigação parte dos seguintes pressupostos: 1- a reforma psiquiátrica está acontecendo na prática envolvendo os portadores de doença mental, seus familiares, os profissionais desta área e os demais seguimentos da sociedade; 2- apesar das mudanças dos conceitos teóricos, a prática muda lentamente e de forma desigual para os diferentes segmentos nela envolvidos; 3- o hospital psiquiátrico continua sendo uma das principais opções de tratamento do doente mental, apesar das opções alternativas em fase de implementação; 4- apesar de se dizer que a família é parte importante na assistência ao doente mental, ela não tem sido incorporada ao tratamento e nem sempre está preparada para acolher o doente mental em casa; 5- a enfermagem tem importante papel a assumir na construção da nova assistência ao portador de doença mental e sua família.

Essas questões tornaram-se diretrizes para esta pesquisa que tem como objeto de estudo saber o que pensam os portadores de doença mental, os familiares e os profissionais a respeito da Assistência* ao doente mental, no momento atual. Através das opiniões poderemos identificar pontos a melhorar, o que permitirá avaliações constantes do trabalho desenvolvido.

OBJETIVO

- Conhecer as opiniões dos portadores de doença mental, seus familiares e profissionais sobre saúde e doença mental e sobre a assistência nesta área.

* Quando mencionamos a Assistência neste estudo, nos referimos ao sentido "lato" que envolve ações de Saúde Mental e Psiquiatria, ou seja, representa o conjunto de atividades, procedimentos, recursos ou técnicas realizadas por diferentes profissionais objetivando a melhora da qualidade de vida dos portadores de doença mental, tanto na fase aguda como no processo de reabilitação psicossocial como um todo.

Revisitando a Assistência Psiquiátrica

2.1 Aspectos gerais

A história do fenômeno saúde e doença teve seu início nos primórdios da humanidade em que o homem se interrogava sobre este conceito e, com os recursos de cada época, procurava compreender, racionalizar, fazendo uso de sua inteligência e a capacidade de comparar e analisar e efetivar transformações. Os avanços da ciência permitiram comparar e tirar deduções e conclusões. Primeiro usa o conhecimento próprio da sua experiência, fruto de sua observação e análise; a seguir, a experimentação, pela qual repete fenômenos, provoca fenômenos semelhantes e compara-os; logo, começa a manejar seu próprio conhecimento e assim entender os fenômenos naturais, percebendo, surpreso, que a doença não é mais que um fenômeno natural.

Hipócrates, o maior gênio da medicina na antigüidade, Aristóteles e Galeno abrem caminho definitivo para a ciência aplicada à biologia e à medicina. Através da ciência, o homem conhece e perde o medo, enfrenta o perigo da doença como coisa lógica e adota medidas racionais baseadas na verdade dos fatos reais do mundo biológico. Assim, descobre que existe uma saúde além da própria vida, que antes não o percebia, mudando o

papel da doença, que passa de um ataque de forças malignas a um fenômeno natural, tanto quanto a própria vida e saúde (BERCHERIE, 1989).

Hoje, o homem está liberado dos inimigos invisíveis e passa a entender de outra forma sua função no mundo natural em que está inserido; entende assim que ele é também parte integrante e indissociável dessa realidade da natureza.

Entende sua fisiologia, como determina a saúde, como a perde e quais as suas conseqüências que agora não lhe aterrorizam e também oferece ferramentas para combater com eficiência esse transtorno (BERLINGUER, 1988).

Valendo-se do discurso da ciência, o processo saúde/doença é um tema bastante polêmico dividindo campos teóricos bem diferentes. Segundo (MAFFEI, 1967), são conceitos abstratos que se opõem e não podem ser expressos em uma simples definição. Ele relata que

“(...) a saúde consiste da harmonia do indivíduo consigo mesmo e com o ambiente, que se traduz pelo bom aspecto não só morfológico como também das suas manifestações sociais. Saúde é um estado subjetivo que só o próprio indivíduo a pode exprimir, manifestada pelo apetite, isto é, prazer em comer, disposição ao trabalho físico e intelectual, as diversões, enfim as relações humanas” (p.109).

Para esse mesmo autor, há dois estados, saúde e doença, que são nítidos quando mais ou menos acentuados, mas a passagem de um ao outro é insensível, de tal modo que, freqüentemente vemos indivíduos com aspecto de saúde e, no entanto, estão doentes pelo menos na sua imaginação e isto já traduz um estado patológico.

FOUCAULT (1994) cita a opinião de Pinel de que a doença deve ser considerada como um todo indivisível, desde seu início até o seu término, um conjunto regular de sintomas característicos em uma sucessão de períodos.

Dentro da visão da psicologia, SPINK (1993) considera que a busca do significado da doença remete necessariamente a uma interpretação coletiva complexa e em constante movimento, ou seja, refere-se ao discurso da sociedade sobre as enfermidades e os enfermos. Para ela, "ao expormos nossas concepções de doença estamos falando, efetivamente, da sociedade e da nossa relação com o mundo social".

BRASIL (1996) aponta que na sociedade ocidental considera-se como doente, aquele que tem direito aos cuidados médicos, quem se sinta como tal. Entretanto, para esses mesmos autores, dar o nome de "doença" a uma sensação penosa, a esses mal-estares que as pessoas sentem, é um fato cultural. A idéia de doença vai depender do que ele apreendeu da sociedade, através de familiares, por sua educação, suas conversas e leituras.

As doenças, de um modo geral, suscitam diferentes reflexões pela possibilidade de uma nova interpretação do mundo que o cerca ou até mesmo pela sua negação.

SONTAG (1984) refere-se à doença como sendo o lado sombrio da vida; uma espécie de cidadania mais onerosa.

Esta mesma autora ainda diz que todas as pessoas teriam, dentro desta expectativa ou representação, uma dupla cidadania. Uma seria no

âmbito da saúde e outra no reino da doença, embora todos prefiram usar somente “o bom passaporte, pois mais cedo ou mais tarde cada um de nós será obrigado, pelo menos por um pequeno período, a ter que identificar-se como cidadão de outro país”.

Apesar das conceituações e concepções apresentadas, concordo com RUIZ (1998) quando diz que a visão não pode ser segura, fechada sobre saúde ou doença. O importante é utilizar sempre o critério de analisar a direção saúde/doença que o indivíduo percorre e, para isto, seriam necessárias observações, com percepção pelo maior tempo possível.

Durante esse caminhar na busca do ser e não somente do sintoma que apresenta, de tentar ver o todo e não somente ficar com a parte, temos certeza cada vez mais de que saúde é muito mais do que ausência de uma doença; é um equilíbrio dinâmico da energia vital que permite ao indivíduo ser e estar no mundo de uma maneira mais satisfatória e feliz com ele mesmo.

O século XIX marca historicamente o momento em que a loucura recebe o *status* de doença mental. Até então, os loucos eram confundidos com outras vítimas da exclusão, quando confinados. Isto ocorria em hospitais gerais que eram espaços indiscriminados, menos centrados na atenção médica e voltados para o abrigo dos diversos desvalidos.

O hospital psiquiátrico surgiu com o tratamento moral e com o reconhecimento da especificidade da doença mental e da necessidade de separá-la das outras problemáticas, através da criação de um espaço terapêutico próprio. O espaço asilar foi concebido como um local ideal para a

ação terapêutica e planejado segundo uma série de dispositivos de funcionamento que garantissem esta ação. Segundo esta concepção, não havia tratamento sem hospital. Dentre estes dispositivos, o isolamento social era uma das principais condições para a sua existência. Isto explica porque os hospitais eram construídos na periferia dos centros urbanos em formação (MACHADO et al, 1978).

Para a compreensão da emergência da psiquiatria no Brasil é importante nos remetermos ao desenvolvimento que vinha ocorrendo no final do século passado e início deste. Com a República, o início da industrialização, os movimentos migratórios e o crescimento desordenado dos centros urbanos, vieram graves problemas sociais e a necessidade de disciplinarização das cidades. A medicina social, representada pelo movimento higienista e pelas primeiras políticas sanitárias, teve importante papel na normatização e ordenação desses novos espaços urbanos. A psiquiatria não pode ser vista desarticulada desse processo. Seu advento, em especial com a emergência dos asilos, contribuiu para a consolidação da medicina social da época (MACHADO et al, 1978).

O surgimento dos macro-hospitais nas periferias dos centros urbanos está relacionado com a emergência da medicina social e do movimento alienista. Mas ainda, como escreveram MACHADO et al. (1978):

“A grande realização da psiquiatria, na época de sua constituição, é o hospício como poder disciplinar. Contando com dispositivos específicos, pessoal especializado, população selecionada, arcabouço jurídico, passa a existir, em meados do século XIX, uma nova realidade institucional, resultado de uma luta médica que impõe, cada vez com mais peso, a

presença normatizadora da medicina, como uma das características essenciais da sociedade em que vivemos” (p.447).

Com o passar dos anos, ao tratamento moral acrescentou-se uma série de outras visões acerca da doença mental, como por exemplo, a psiquiatria organicista e as psicoterapias. Além disso, o tratamento asilar mostrou-se pouco eficaz, gerando, ao longo da sua existência, altos índices de reinternação e grande número de pacientes crônicos. Os objetivos terapêuticos propostos não foram alcançados e o espaço, inicialmente previsto para ser específico dos loucos, hoje mais se parece com os hospitais gerais da idade média: encontram-se lá todas as espécies de problemas sociais e os pacientes, na maioria das vezes, acham-se em situação de abandono.

Atualmente, esse modelo passa por grandes crises. Discutem-se inclusive a pertinência dos hospitais, seu referencial teórico e suas práticas, hoje consideradas coercitivas. Simultaneamente, com o intuito de se evitar novas internações e, com isto, conseguir a desativação tardia dos asilos, tem havido muitos investimentos em outras formas de serviços de atenção em saúde e doença mental.

Entre esses serviços, destacamos o novo movimento de assistência ao doente mental, que tem exercido importante influência na criação de uma cultura em muitos países do mundo, a partir do entendimento de que o doente mental deve ser visto como cidadão e não apenas como objeto de intervenção psiquiátrica. Este movimento propõe a reestruturação dos serviços de saúde mental, busca mobilizar diferentes

setores da sociedade civil em torno dos direitos à cidadania dos portadores de transtornos mentais, assim como denuncia atos de violência, discriminação e exclusão que sofrem não somente os “pacientes psiquiátricos”, mas também aqueles que não servem à estrutura do sistema capitalista de produção (BASAGLIA, 1979).

Desde sua institucionalização, a psiquiatria como campo de conhecimento não tem se limitado às questões da loucura e do confinamento. Sua influência vinha alcançando outros planos, como a própria conceituação de normalidade e os aspectos sociais da segregação dos divergentes. A popularização da psiquiatria, a imprecisão dos diagnósticos psiquiátricos, não passíveis de comprovação laboratorial, a exemplo dos distúrbios físicos e os sutis limites entre as patologias psíquicas e os sofrimentos “naturais” do ser humano permitiram a medicalização de problemas nem sempre psiquiátricos.

Os estudiosos dessa questão concordam que o tipo de desenvolvimento político-econômico ocorrido no Brasil, caracterizado por enormes desigualdades, deixou como rastro uma enorme parcela da população miserável e excluída dos meios de produção. Esses excluídos acabaram, em parte, ocupando inadequadamente os asilos psiquiátricos e hoje fazem parte da massa indiferenciada de “crônicos”.

A constatação da falência e da pouca eficácia do tratamento asilar e os impasses encontrados na sua transformação não podem ser vistos apenas como dificuldades e resistências institucionais internas. O que seria

uma crise interna e uma mudança no saber e nas práticas psiquiátricas extrapola seus limites institucionais e abrange toda a sociedade.

As discussões estendem-se ao campo jurídico, ao código penal e aos limites entre marginalidade e loucura. Numa sociedade como a nossa, que passa por profundas crises e redefinições de valores, a loucura mescla-se às mazelas sociais: é como se o louco fosse da mesma natureza que os criminosos, pobres e abandonados tal como já dizia GOFFMAN (1996).

A institucionalização da loucura, a definição das fronteiras da normalidade, a segregação, a definição de quem tem o poder de segregar, a perda da cidadania, da responsabilidade civil e o convívio com as diferenças voltam à tona com o questionamento da permanência e da pertinência dos asilos psiquiátricos atuais. Além disso, há os preconceitos em relação aos loucos e uma visão generalizada da sua periculosidade, da necessidade de confinamento e da perda da razão como sendo algo definitivo, inerente, irreversível e ameaçador para a segurança, a ordem e a moral. Estes conceitos estão sendo revisados e questionados.

A solução dessa realidade passa não somente pela discussão de custos e limitação de novas internações mas também pelo destino dos já psiquiatrizados e pela necessidade de romper o isolamento a que esses pacientes estão submetidos, com a abertura dos hospitais e com uma reaproximação deles com a comunidade. A abertura dos asilos requer discussões e trabalhos com as comunidades que os rejeitaram e que agora deverão recebê-los em seus espaços públicos.

Segundo MACEDO (1997), a implementação da política de ressocialização e de desinstitucionalização da assistência, vem fortalecendo-se cada vez mais nos últimos anos preconizando, que se evitem ao máximo as internações psiquiátricas e que estas quando inevitáveis, tenham a menor duração possível. Segundo esta mesma política, deve-se dar preferência ao tratamento ambulatorial, o que implica que todo o quadro assistencial devia ser mobilizado para a assistência, promover a desospitalização imediata daqueles pacientes que estão submetidos a internações prolongadas, e que estes voltem a conviver na comunidade de origem.

Espera-se assim que haja uma assistência condizente com as necessidades do paciente, que terá todo o tratamento assistido pela equipe multiprofissional sem perder o vínculo com a família e a comunidade que é tão importante para a sua reintegração adequada à sociedade.

Todo esse grupo de circunstâncias faz com que cuidadores (familiar ou pessoa significativa) se transformem na base de sustentação dos programas de saúde mental comunitária. MACEDO (1997) relata que foi a partir do final da década de 70 que os profissionais da saúde começaram a se preocupar em dar apoio e a valorizar o familiar, por reconhecerem que as famílias representam um segmento importante para o sucesso dos programas de desinstitucionalização.

Nos dias de hoje, o que se preconiza é a orientação e o apoio a essas famílias, juntamente com o paciente. Nesses programas, as famílias recebem apoio, informações sobre a doença e sobre o uso dos medicamentos, assim como, ajuda para identificar as fontes de estresse e

técnicas para reduzi-las além de informações sobre como lidar com o paciente. Também são incentivadas a valorizar as suas próprias necessidades e a dos outros membros da família.

Segundo MACEDO (1997), apesar de todos esses avanços no atendimento à pessoa com problemas mentais e à família, o número de centros de saúde mental que oferecem programas específicos de apoio para os cuidadores (familiares) e que os aceitam como aliados na elaboração dos projetos terapêuticos e de reabilitação é extremamente reduzido.

Por outro lado, se é verdade que a população aprende a resolver muitos dos seus problemas sociais medicalizando-os, talvez isto possa acontecer de forma mais acentuada numa comunidade que vive e recebe influência tão forte da psiquiatria. É bom lembrar que, até recentemente, muitas cidades não possuíam médicos nem serviços de saúde mental, além dos oferecidos pelo hospital psiquiátrico geralmente regional. Por outro lado, na medida em que um grande número de moradores trabalhavam nos hospitais, a comunidade incorporou conhecimentos empíricos a respeito dos procedimentos médicos, o que, aliado ao acesso aos psicofármacos, pode tê-los levado à auto-medicação.

Com a nova visão de assistência ao doente mental, onde os avanços recentes da psicofarmacologia e da psicofarmacoterapia deslocaram o tratamento dos doentes mentais dos hospitais psiquiátricos para a comunidade, a grande maioria dos pacientes pode e deve continuar a manter seus vínculos familiares e sociais apesar das limitações muitas vezes impostas pela doença. A reintegração do indivíduo adquire aspecto central

no tratamento das doenças mentais, a meta a ser atingida que requer o engajamento de toda a sociedade (LOUZÃ NETO & LOUZÃ, 1998).

O novo tratamento dispensado ao doente mental está relacionado com a convivência de olhares de vários profissionais qualificados, implicando em diferentes tipos de intervenção/relação com os portadores de doença mental. A conjugação destas diferenças coloca-se numa forma de trabalho que tem na equipe multiprofissional seu ideal, ora como vivido, como possível, ora como inalcançável. Nesse sentido, a equipe pode ser considerada emblemática no contexto das práticas antimanicomiais, por representar a possibilidade de síntese de diferentes aspectos na criação de um projeto comum.

SILVA (1996) afirma que em relação aos doentes mentais, neste final do século XX, ocorre semelhante situação quando comparados aos deficientes físicos e mentais, como há 50 anos atrás. Sobre esta questão, precisamos difundir entre os membros das equipes de saúde as idéias sobre as possibilidades atuais dos programas de reabilitação para podermos então, convictos da eficiência do nosso trabalho, conseguir o apoio da sociedade. Espera-se assim aceitar e integrar os portadores dos transtornos mentais, com a mesma facilidade tal como são aceitos os portadores de outras deficiências. O transtorno mental, fruto de fatores biológicos, psicológicos e sociais deve ser enfrentado com a visão diagnóstica e a orientação terapêutica em uma perspectiva de reinserção da pessoa doente na sociedade.

O estudo que realizamos procura entender como essa transição cultural é produzida, percebida e interpretada por essas pessoas. A presente investigação busca justamente olhar a influência do hospital não somente sobre seus internos e clientela mas como essas pessoas portadoras, familiares e profissionais estão vendo a assistência ao doente mental no momento atual, nesse momento de transformação na assistência.

Este é o principal desafio deste trabalho, cujo enfrentamento pareceu-nos da maior importância, inclusive pela ausência de outras pesquisas que privilegiassem o enfoque aqui adotado.

2.2 Saúde mental e loucura

O conceito de doença mental foi mudando ao longo de sua história. O comportamento das diferentes sociedades, nas diversas épocas por que passou a humanidade, em face dos portadores destas lesões, variou muito. Estes indivíduos, temidos ou rejeitados, até praticamente os nossos dias, são dificilmente aceitos e integrados à vida social.

Para LOUZÂ NETO & LOUZÃ (1998), a evolução do comportamento da sociedade com relação aos problemas de saúde mental, se deu , através dos séculos em que os problemas mentais foram de outra forma ignorados pela população, fazendo-se distinções muito grandes entre os doentes mentais e os portadores de deficiências físicas. Isto se deu, principalmente, a partir da Idade Média, quando os cristãos começaram a construir hospitais onde eram atendidos todos os deficientes físicos, mas

não os mentais. A doença mental produzia no doente um comportamento religioso exagerado e portanto ele era visto como um santo e adorado; se o comportamento era violento e hostil, este era atribuído ao demônio e, se não desaparecia com os rituais de exorcismo, o doente mental era recluso em cárceres com outros indivíduos que perturbavam a ordem ou com aqueles que cometiam algum crime.

A concepção de doença mental, para CARVAJAL (1993), foi sofrendo mudanças ao longo da história, desde as culturas primitivas que a concebiam como um castigo do sobrenatural ou demoníaco e os bruxos e feiticeiros que tinham um papel fundamental na cura e recuperação do doente, na qual eram também partícipes os grupos sociais.

Na atualidade, PESSOTTI (1995) acredita que a doença mental é uma transgressão das normas sociais, e portanto, ela não é nada mais que uma (des)ordem. Sendo “desordem” fere as normas sociais, não é tolerada e por isso mesmo é reforçada a sua exclusão. O indivíduo limitado pela doença perde a liberdade de escolha pessoal, encontra-se sem opção e preso a um só caminho.

Para este mesmo autor, ainda há na história uma íntima relação entre as diferentes concepções sobre doença mental e loucura e o contexto histórico no qual estão inseridas, e muitas tentativas de se compreender e buscar explicações sobre as doenças.

Diferentes teorias são propiciadas ou geradas por um mesmo modelo de elaboração conceitual. Basta considerarmos a concepção homérica, a cristã-demonológica e todas as que admitem como causa ou

natureza da loucura a interferência de entidades sobrenaturais sobre a inteligência e as paixões do homem (LOUZÃ NETO et al., 1995).

Ainda à luz desse tema, pensamos que a conceituação, concepção e assistência ao doente mental requerem uma volta ao passado da evolução desses temas, trazendo-as até a atualidade, quando assim nos deparamos com a realidade dessa nova forma de conceber e compreender a doença, o doente e a assistência. Dentro dessa nova maneira de ver a doença se objetiva, a reintegração do doente mental na sociedade como cidadão, a retomada da vida familiar e produtiva, além da restituição de seus direitos tão lesados ao longo do tempo.

Em outra análise, PESSOTTI (1995) relata que a denominação dada à loucura como doença mental, sua descrição, natureza e classificação em quadros nosológicos semelhantes, se deram ao longo da história. Parece ter atingido o auge este processo no século XVIII, época que reinicia a caminhada para uma abordagem científica.

Algumas das doenças descritas na literatura, por serem temidas, ou por apresentarem uma etiologia mal definida, prestam-se mais do que outras a um grande número de símbolos ou metáforas. Até o século XX, como mostra SONTAG (1984), este espaço era ocupado pela hanseníase e pela tuberculose e depois as atitudes em relação a elas, foram extendidas principalmente para o câncer e a insanidade (loucura). Os devaneios relativos à tuberculose e à loucura suscitam muitos paralelos, tais como, o confinamento. O doente entra num mundo duplo com regras especiais e tanto a tuberculose como a insanidade são uma espécie de exílio. A

diferença entre ambas reside no fato de que só ao louco é imputada uma cidadania que não é compartilhada pelos demais humanos na face da terra: “Vivem no mundo da lua” ou “são lunáticos”, ou “extraterrestres” como se fossem de outro planeta. Estas são expressões utilizadas com frequência e nos remetem ao mundo da loucura, tal como algumas pessoas a representam socialmente. Evidentemente a categoria de cidadão “de outro mundo” não é atribuída impunemente. Ocorre uma longa trajetória de razão e desrazão que legitima esta representação e que tem sido objeto de estudo de pensadores como FOUCAULT (1997).

A loucura, enquanto tempo, pode ser considerada tão velha quanto a própria humanidade. SERRANO (1985) destaca que “a loucura sempre foi um fenômeno social interpretado de diversas maneiras conforme a época”.

Segundo ALEXANDER & SELESNICK (1968) e PESSOTTI (1995), na antigüidade grega e romana, a loucura podia ser vista sob três perspectivas: numa ela aparece como obra da intervenção dos deuses, noutra apresenta-se como um produto dos conflitos passionais do homem e na terceira apresenta-se como efeito de forças sobrenaturais.

Dizem ainda que de Homero à tragédia grega há um enfoque mitológico religioso de loucura. Na obra de Eurípedes, instaura-se uma concepção passional, psicológica dos devaneios. De Hipócrates a Galeno consolida-se uma doutrina rigidamente organicista de insensatez ou desrazão.

A loucura apresenta, dentro das três concepções, duas formas: a agitada ou furiosa e a triste e medrosa. Mais tarde, estas formas recebem o nome de mania e melancolia. O termo mania é muito mais antigo, com sentido genérico de delírio e a melancolia até Hipócrates é chamada de delírio triste, lipemania.

Hipócrates (460-377 AC) atribui a origem das doenças mentais a elementos naturais devido a um desequilíbrio dos quatro humores (sangue, bÍlis negra, bÍlis amarela e fleuma) que se expressariam ao nível de um transtorno do cérebro. O médico então substitui o feiticeiro. Deve-se ressaltar que Hipócrates descreveu os quadros que hoje denominamos mania, melancolia e as psicoses alcóolicas e puerperal.

A psiquiatria deve muito à ênfase dada por Hipócrates à medicina clínica, assim como o primeiro reconhecimento de que o cérebro é o órgão mais importante do homem. Ele dizia que “os homens deviam saber que do cérebro e só do cérebro vinham nossos prazeres, alegrias, risos e gracejos, assim como nossas tristezas, dores, prazeres e lágrimas. Por isso, afirmava que o cérebro é o intérprete da consciênciã” (LOUZÃ NETO et al., 1995).

SERRANO (1985) relata que:

“(...) durante a Idade Média, a loucura era vista como pobreza de espírito, sendo que a expressão pobres de espírito tinha um sentido religioso profundo. Apesar disso, nas épocas de instabilidade social, alguns desviantes eram tratados como bruxos, como pessoas que tinham pacto com o diabo. Eram perseguidos e serviam de exemplo para os que não seguiam todas as regras da sociedade feudal” (p.12).

A Idade Média caracteriza-se pelo reaparecimento das antigas crenças acerca da possessão demoníaca (por exemplo, nas crises epilépticas) e era comum a prática do exorcismo.

Esta época foi considerada para a psiquiatria, assim como para outras ciências, como a "idade das trevas". Neste período, houve um retrocesso às concepções mágico-religiosas e um descaso da idéia de doença mental como decorrente de causa natural.

Segundo ALEXANDER & SELESNICK (1968), pensadores como Paracelso defenderam a opinião de que os doentes psiquiátricos não estariam endemoninhados de maus espíritos, mas sim acometidos de uma doença natural. Ele dizia que a "doença mental era uma perturbação dentro da substância interna do corpo e não podia ser considerada como resultado de efeitos externos". Mesmo assim, esse período foi de exorcismo, de perseguição aos doentes mentais, de condenação à fogueira e também de uma crueldade que somente teve fim com a criação dos não menos brutais hospitais para doentes mentais, no início da Idade Moderna.

Assim foi criado na Inglaterra em 1545 um asilo para loucos onde era recomendado como tratamento que todos os lunáticos ou demoníacos fossem recolhidos com segurança em uma casa ou num lugar fechado, onde houvesse pouca luz. Durante todo o século XVIII estes locais eram atrações turísticas e, em alguns destes asilos, os doentes eram expostos em jaulas que podiam ser visitados mediante o pagamento de uma entrada.

Tanto ALEXANDER & SELESNICK (1968) como FOUCAULT (1997) consideram que estes procedimentos se mantiveram até a primeira

metade do século XIX, lembrando a torre de lunáticos em Viena, que funcionava praticamente como um zoológico onde os doentes eram exibidos. Esta foi fechada somente em 1853. Como se pode verificar na literatura, nas civilizações não cristãs da Idade Média, nos países árabes especialmente, o tratamento era visto de um ponto um pouco melhor, visto que parte da atenção era dada aos doentes mentais e contar histórias era usado como técnica para acalmá-los.

Para esses mesmos autores, o mundo árabe teve um papel importante e determinante, onde foram fundados bem cedo hospitais reservados aos doentes mentais. Primeiro em Bagdá e depois no Cairo, praticava-se uma espécie de cura da alma na qual intervinha a música, a dança, os espetáculos e audição de narrativas fabulosas. Eram médicos que dirigiam os tratamentos, decidindo interromper os procedimentos quando considerassem a cura bem sucedida.

A partir dessa visão, podemos perceber pela literatura que não é por acaso que os primeiros hospitais para insanos da Europa tenham sido fundados exatamente por volta do começo do século XV. Na Espanha particularmente isto ocorreu na cidade de Valência, em 1409, por um membro do mundo árabe, durante a ocupação da Espanha por estes povos (SERPA JR., 1996).

FOUCAULT (1997) relata que, a exemplo do que ocorrera com a lepra até o final da Idade Média, certos jogos de exclusão voltaram a se repetir, com sentido inteiramente novo, em meados do Século XVII. Seu novo objeto, passava a ser a loucura. A temática da morte foi substituída por

volta de Século XV, pela loucura, expressando ainda vazios da existência então interiorizados. A loucura assumiu, no Renascimento, o caráter tanto de natureza própria do homem quanto de sua animalidade persistente. Sua tomada se deu, no plano discursivo, sob aspectos trágicos e críticos, com ênfase nesta segunda abordagem.

Neste período, a loucura foi celebrada nas artes, a exemplo da literatura e da pintura. Como exemplo citamos Leonardo da Vinci, possibilitando a aparição de muitos “loucos célebres” que chegaram a escrever e publicar seus livros. Eram denominadas as “obras da loucura” que à época foram apreciadas e lidas por toda a classe de pessoas cultas, em especial da França (TAVARES, 1997).

Com a decadência do feudalismo nas sociedades européias, ocorreram profundas mudanças. Surgiram, com o crescimento das cidades, problemas sanitários e também acentuaram-se as diferenças sociais, tornando mais intensa a questão da miséria. Os pobres e os loucos passaram a ser ameaças para a sociedade, sendo temidos e considerados vagabundos e ociosos (SERRANO, 1985).

Para BIRMAN (1992), nesse contexto “a loucura passou a ser progressivamente isolada do espaço social, expulsa para sua periferia e para as suas cercanias, aos antigos lugares onde se inseriam inicialmente os leprosos e posteriormente os sífilíticos”.

Para MIRANDA (1994), o hospital no século XVII era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, como também de separação e exclusão. O hospital não tinha vocação médica alguma, o

personagem central do hospital não era doente que precisava ser curado, mas o pobre que estava morrendo. A assistência não objetivava a cura deste mas a salvação do assistido e de quem o assistia.

Com os ideais da Revolução Francesa e a declaração dos direitos humanos nos Estados Unidos, aumentaram as denúncias contra as internações arbitrárias dos doentes mentais, seu confinamento em promiscuidade com toda a espécie de marginalizados sociais e as torturas, disfarçadas sob a forma de tratamentos médicos. A medicina preocupava-se mais em organizar os limites da doença do que curá-las (BIRMAN, 1992).

É bem verdade que a loucura, em sua forma atual, com o estatuto de doença mental, objeto de um saber científico e com a demanda de um espaço exclusivo é uma aquisição bem mais recente na história da humanidade. Costuma-se localizar no final do século XVIII e início do século XIX, o nascimento da loucura institucionalizada.

Neste contexto da história, uma das mais importantes datas na história da psiquiatria foi 1795, o ano que marca o começo do tratamento humano dos doentes mentais por Philippe Pinel, em Paris. Pinel na França e Tuke na Inglaterra foram os principais protagonistas que possibilitaram o início desta nova trama na história: o nascimento do asilo que preconizava o cuidado psiquiátrico em bases humanitárias. Notamos então que se iniciava a legalização de um discurso médico psiquiátrico. A loucura passou a ser abordada pelo tratamento moral, através de três medidas: a classificação do espaço institucional, o arranjo nosográfico das doenças e a imposição de

uma relação específica de poder entre médico e doente (CASTEL, 1994; MIRANDA, 1994).

Dentre os vários pensadores, Philipp Pinel foi uma figura importante para a reforma da concepção da loucura. Podemos destacar a importância de sua análise por instituir o método clínico para a investigação dos fenômenos relacionados à loucura, o que possibilitou a construção do saber psiquiátrico. Pinel foi efetivamente o verdadeiro fundador da clínica psiquiátrica quanto às suas bases metodológicas (SZASZ, 1984).

Até a época de Pinel, a loucura era compreendida por sistemas explicativos, confundindo observação de fenômenos e comportamentos com sua explicação.

O tratamento moral era totalmente preconizado por Pinel, baseado na premissa da "maleabilidade do espírito humano": "o espírito perturbado poderia ser reconduzido à razão com auxílio da instituição de atendimento" (BERCHERIE, 1989).

Assim, o ambiente do alienado representava um papel extremamente importante no tratamento, sendo preciso isolá-lo numa instituição especial, inicialmente para separá-lo de suas percepções habituais, para depois controlar inteiramente suas condições de vida, objetivando o aperfeiçoamento do espírito.

Ali, ele era submetido a uma disciplina severa e paternal, num mundo inteiramente regido pela lei médica. Pela ação dosada de ameaças, recompensas e consolações e pela demonstração simultânea de uma grande solicitude com grande firmeza, era progressivamente sujeito à tutela

médica e à lei coletiva da instituição, ao 'trabalho mecânico' e ao 'policimento interno' que a regiam. O objetivo era 'subjugar e domar' o alienado, colocando-o na estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais, seja adequado para exercer sobre ele uma influência irresistível e para modificar a cadeia viciosa de suas idéias (BERCHERIE, 1989).

Pinel posicionava-se assim contra o dogma da incurabilidade da loucura, bastante difundido na época.

Segundo SZASZ (1979), Jean – Etienne Esquirol (1772-1840) foi o mais fiel e ortodoxo discípulo de Pinel, aprofundando sua obra através de descrições clínicas muito mais aprofundadas, levando adiante a análise e a distinção entre as síndromes psicopatológicas.

Durante o período de 1820 e 1850 a obra de Esquirol foi praticamente objeto de um consenso geral, sendo seu tratado a única obra relativamente completa sobre as doenças mentais.

Esquirol definiu a loucura como uma afecção do cérebro, afebril, caracterizada por distúrbios da sensibilidade, inteligência e da vontade.

Durante o século XIX e no começo do século XX mais uma nova descoberta viria provocar "uma reviravolta completa na ciência das doenças mentais".

Quando Bayle, médico francês, descreveu clinicamente a paralisia geral, em 1822, esta era considerada uma entidade da loucura, uma síndrome conhecida que podia ocorrer em qualquer forma, uma demência com prognóstico fatal e curto.

O objetivo de Bayle, em sua tese, era encontrar a natureza íntima, a causa imediata da alienação mental; os alienistas haviam esclarecido as causas que preparavam e desencadeavam a loucura, mas não seu substrato imediato, sua patogenia (BERCHERIE, 1989).

Ele atribuiu a uma meningite crônica o desencadeamento de uma alienação mental acompanhada por distúrbios motores, evoluindo em três fases: delírio monomaniaco, delírio maníaco e demência.

O passo seguinte foi dado por Morel, em 1860 quando, no início da sua carreira, sugeriu que se dava ênfase excessiva ao aspecto orgânico da doença mental e recomendou que os médicos estudassem a vida emocional dos pacientes (CASTEL, 1994).

Não queremos dizer que outras tentativas nesse sentido não tivessem acontecido. Eram numerosas as teses, na época, que propunham uma classificação etiológica das doenças mentais.

A sistematização do tema da degenerescência por Morel acarretou desestabilização de toda a conceituação de alienação mental pois, embora os casos de loucura "inata", congênita, fossem citadas desde Pinel e Esquirol, continuavam marginalizados e não abalavam os critérios principais que permitiam a delimitação entre a razão e a loucura, conforme lembra CASTEL (1994).

A ênfase neurológica na observação clínica produziu, com o tempo, dados que tornaram predominantes a classificação e a generalização de muitos meios de descrever doença mental. O personagem cuja instrução, personalidade e dedicação eram apropriadas a esse ambicioso

empreendimento já estava em cena – seria Emil Kraepelin na Alemanha. Escreveu em 1883 o Compêndio de Psiquiatria, obra que ao longo de 30 anos e mediante acréscimos sucessivos, visava colocar em ordem o campo do conhecimento das doenças mentais (BERCHERIE, 1989).

Kraepelin, tal como Pinel, estava convencido de que a investigação psicológica era indispensável para a compreensão das doenças mentais e de que, sendo assim a psicologia normal podia oferecer instrumentos conceituais à análise clínica. Segundo BERCHERIE (1989), a concepção geral que norteava a classificação proposta por Kraepelin poderia ser resumida nesta frase

“Uma vez que, até agora, nem na anatomia patológica, nem na etiologia, nem na clínica as pesquisas avançaram o bastante para nos fornecer um fundamento seguro com vistas à classificação dos distúrbios mentais, devemos, para levar a cabo nossa obra, utilizar os recursos que forem colocados à nossa disposição por esses três lados.” (p.168).

Assim, ele contrastou as doenças mentais adquiridas, de origem exógena, com as doenças mentais congênitas, de origem endógena.

LUIS (1998) aborda o desenvolvimento da idéia de cura psíquica, ressaltando três momentos: O primeiro com Pinel, quando afirma restar um mínimo de razão a todo alienado afastando-se da concepção mágico-religiosa; o segundo, através do asilo, considerado como o momento “político da psiquiatria, onde se observa a sua institucionalização prevalecendo a concepção do tratamento moral; o terceiro, derivado das contribuições de Freud como uma crítica à impotência do asilo em

transformar o homem, onde este mesmo homem é reconhecido no centro da atenção psiquiátrica.

Nesse sentido, Freud criou a ciência da psicobiografia. Isto significa reconstruir não só a história dos sintomas do paciente, como também a história da pessoa.

A contribuição de Freud ao conhecimento da natureza do homem jamais poderia ser superestimada, uma vez que para cuidar das doenças mentais é preciso compreender sua natureza e observá-lo sistematicamente, incluindo o raciocínio rigoroso. Nessa perspectiva, suas investigações e idéias resultaram na Psicanálise.

Outros momentos importantes durante o século XX foram as contribuições trazidas pela neuropsiquiatria, com significativos esclarecimentos ao conhecimento da doença mental, a microbiologia e a psicofarmacoterapia.

2.3 Psiquiatria reformada

Em meados da década de 40, o período pós guerra torna-se cenário para o projeto de reforma psiquiátrica contemporânea, atualizando críticas e reformas da instituição asilar. Iniciou-se a reorganização da assistência médica por toda a Europa e Estados Unidos, visando à recuperação dos doentes devido a carência de mão de obra para o trabalho. Consequentemente, isso propiciou "uma reforma" também na assistência psiquiátrica.

Somente em 1959, na Inglaterra, Maxwell Jones consagrava o termo **comunidades terapêuticas**, onde passava a caracterizar um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico e marcadas pela adoção de medidas administrativas democráticas, participativas e coletivas, objetivando a transformação da dinâmica institucional asilar. Incentivava o trabalho em equipe e a formação de técnicos munidos da nova visão da política psiquiátrica, isto é, "portas abertas" para minorar o isolamento do doente internado no hospício e o "tratamento" em um ambiente terapêutico (AMARANTE,1995). O doente era visto como possuidor de um potencial terapêutico que beneficiava tanto a ele próprio como aos outros pacientes.

O mesmo autor comenta que, na década de 50, na França com Tosquelles, surgiu a **psicoterapia institucional**, a qual utilizou alguns princípios da comunidade terapêutica e introduziu a psicanálise, o que a

diferenciou das outras correntes, propondo modificar não só as relações instituídas, mas também ressocializar os doentes pela vida em grupo.

Nossa compreensão é pautada nas idéias de que a psicoterapia institucional busca trabalhar o meio, o ambiente, de modo que este possa tornar-se terapêutico possibilitando o desvelamento da doença e seu tratamento. Quando se fala em tratar o ambiente, ou melhor, a instituição e seus fatores patoplásticos não se faz referência exclusivamente aos pacientes mas também àqueles que lá trabalham. Além disso, têm como pressuposto fundamental uma escuta simultânea da instituição, a qual consiste na extinção de preconceitos permitindo a utilização de todos os referenciais teóricos existentes para compreensão da doença

A psiquiatria de setor, criada historicamente na França em 1960, buscava uma organização setorial, objetivando a assistência hospitalar e extra-hospitalar.

A França foi dividida em setores, áreas geográficas, com equipes constituídas por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, mantendo a visão “preventiva” da psiquiatria, com objetivo de impedir ao máximo a internação hospitalar. Com isso, priorizava a possibilidade de assistência ao paciente em sua própria comunidade, o que se tornaria um fator terapêutico (AMARANTE, 1995).

A psiquiatria preventiva ou comunitária nasceu nos Estados Unidos por volta de 1955, incorporando conceitos teóricos e práticos da saúde pública, estabelecendo três formas de intervenção assistencial, que seriam a prevenção primária, secundária e terciária.

A prevenção primária então consistia na intervenção precoce das possíveis condições de formação da doença mental, isto é, em uma causa etiológica, que pode ser de origem individual e (ou) do meio. A prevenção secundária e terciária correspondiam respectivamente à intervenção que buscava o diagnóstico e seu tratamento precoce e a readaptação do paciente à vida social (BIRMAN & COSTA, 1994).

A prevenção primária busca a prevenção da doença mental e, mais ainda, a promoção da saúde mental. Neste contexto, um conceito básico é o de crise. Esse momento é considerado crucial para que se evite o desenvolvimento da doença. As crises podem ser desencadeadas tanto por um processo de desenvolvimento, como por exemplo, a entrada da adolescência, gravidez ou como por um processo eventual, aquelas ocasionadas por grandes perdas: do tipo morte de familiares, decepções amorosas, etc. Para isso, eram criados trabalhos para atender as pessoas que passavam por estes momentos. Criaram-se, atendimentos destinados a gestantes e adolescentes, entre outros. A saúde mental passava a ser considerada sinônimo de boa adaptação, ou seja, de boa capacidade de um indivíduo integrar-se em um grupo.

Numa tentativa de evitar e tratar o mais rápido possível a doença mental, começa a ser criada uma rede de serviços dentro da comunidade, o que fez surgir, em vários pontos dos Estados Unidos, os Centros Comunitários de Saúde Mental onde atuavam equipes multidisciplinares.

A medicina comunitária, para SERRANO (1985), contribuiu para:

"(...) aliviar tensões sociais e incentivar o povo a esperar por respostas técnicas para os seus problemas. Desta forma, o sistema de saúde fez uma domesticação das pessoas, através dos programas educativos e assistenciais, evitando o surgimento de novas soluções pensadas pelas bases" (p.56).

Para AMARANTE (1995), o marco teórico principal a orientar o movimento reformista, tanto no Brasil como em outros países, foi o da psiquiatria preventiva. Este modelo preventivo ocasionou

"(...) um avanço importante na crítica à psiquiatria como instrumento técnico científico de poder e ao totalitarismo da instituição asilar, assim como abriu caminho para a construção de experiências relevantes, dentre elas a de Franco Basaglia e a da Psiquiatria Democrática Italiana" (p.32).

A **Psiquiatria Democrática Italiana** surgiu no fim da década de 60, tendo sua maior expressão em Franco Basaglia e sua tônica na tentativa de recuperação da complexidade da loucura. Para ele, a loucura diz respeito ao homem, à sociedade, à família, sendo de complexidade muito grande para que a psiquiatria, sozinha, dê conta dela.

Franco Basaglia iniciou seus trabalhos em Gorizia, no período de 1961 a 1968. Nessa época, utilizou contribuições do modelo de comunidade terapêutica no seu projeto prático de abertura e transformação do manicômio. Chegou em Trieste em 1971 onde realizou a transformação mais

fundamental para o processo Italiano da reforma. Como salientou BASAGLIA & GALLIO (1991):

“(...) não era a Comunidade Terapêutica enquanto uma organização estabelecida e definida dentro de novos esquemas e diferentes daqueles da psiquiatria asilar que iria garantir a eficácia terapêutica da ação dos profissionais de saúde mental, e sim o tipo de relação que iria se instaurar no interior desta comunidade” (p.27).

Nos anos 60, iniciou-se na Inglaterra o movimento de **Antipsiquiatria** com os trabalhos de Laing e Cooper, os quais tiveram grande influência da escola antropológica de Palo Alto, Califórnia, USA. Não deve ser encarada simplesmente como uma reformulação ou uma nova proposta de assistência psiquiátrica já que questionava não só a psiquiatria como também a doença mental.

Este movimento focalizava a contradição entre os saberes psiquiátricos e o tratamento da loucura. Defendia que o delírio do louco não deveria ser contido, mas sim acompanhado pelo próprio grupo através de recursos como o psicodrama e regressão, mostrava como saída possível, a modificação da realidade social.

Ao contrário da antipsiquiatria, a Psiquiatria Italiana não nega a existência do doente mental, mas propõe uma maneira mais ampla de se lidar com ela.

AMARANTE (1995) afirma que a Psiquiatria Italiana tem exercido enorme influência no Brasil, inspirando algumas experiências importantes como por exemplo a desenvolvida na cidade de Santos.

2.4 A experiência brasileira

Para TEIXEIRA (1997), um sólido movimento vem tomando corpo, desde os anos 80 até a atualidade. No caso específico do Brasil, falamos do que convencionou-se chamar de reforma psiquiátrica brasileira, ou práticas renovadas em assistência psiquiátrica.

Interessa-nos abordar aspectos históricos da reforma psiquiátrica que vem ocorrendo no Brasil, ao longo das últimas décadas, onde observa-se que o sistema de saúde no Brasil passou por várias transformações, transitando do modelo sanitarista para o médico-assistencial privativista, até chegar ao projeto neoliberal. O processo de assistência psiquiátrica não poderia estar fora deste contexto. Assim, é importante compreendermos o atual impasse da implantação da Reforma Psiquiátrica.

Segundo DELGADO (1992), entende-se por Reforma Psiquiátrica o conjunto de modificações presentes que vêm sendo produzidas, a partir do final da década de 70. Interessa ao modelo de assistência psiquiátrica pública, sua sustentação teórica, técnica e as relações discursivas que têm sido estabelecidas entre a psiquiatria, demais disciplinas de saúde, do campo social, instituições e movimentos sociais.

A partir dos anos 70, o Brasil vive os primeiros sinais de transformação. O modelo assistencial privativista começa a dar sinais da sua fragilidade, especialmente por excluir parcelas expressivas da população. Abre-se então a crise econômica com o fim do “Milagre Econômico”,

obrigando o governo a flexibilizar as relações autoritárias de poder e instituir no país a abertura política lenta e gradual (NICK, 1998).

Na área da saúde mental, a maior destinação de verbas para a assistência psiquiátrica ocorreu na década de 70 (DINIZ, 1999). Nesse período, especificamente na área da saúde mental, muitas denúncias eram formuladas contra a política privatizante da assistência psiquiátrica e as precárias condições de atendimento à população.

Segundo FAGUNDES (1992), esse período foi marcado pelo início do atendimento dos egressos de hospícios, caracterizado pelo fechamento de um circuito "gerador/reprodutor" de destruição psíquica e social, através de uma prática de eternização da prescrição medicamentosa e de reinternações a cada surto psicótico.

Conforme AMARANTE (1992), em 1978, foi criado o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental em vários pontos do Brasil, onde uma rede informal buscava articular propostas e ações contra o modelo manicomial. A partir de então, iniciaram-se algumas tentativas de modificação do sistema asilar e da assistência em saúde mental.

Prosseguindo neste raciocínio, explicitaremos alguns aspectos importantes da historiografia da saúde mental no Brasil. Na década de 80, um projeto neoliberal de saúde veio substituir o modelo médico assistencial privatista, no bojo da crise financeira na Previdência Social. Então, esta crise levou o Governo Federal a criar o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), com o objetivo de avaliar e propor modificações nas políticas vigentes.

Em 1987 realizou-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. Este evento representa um marco importante, pois, a partir dele o movimento em busca de transformação na assistência psiquiátrica deixa de ser exclusivamente um movimento de técnicos da área, buscando envolver várias esferas da sociedade.

A década de 80 e o início da década de 90, foram marcadas pelo surgimento de várias experiências inovadoras na assistência em saúde mental. Estas experiências têm por base uma relativa humanização dos hospitais psiquiátricos e o desenvolvimento das primeiras experiências alternativas na assistência psiquiátrica.

Algumas experiências citadas por autores como FAGUNDES (1992) NICÁCIO (1994); GOLDBERG (1996); são consideradas marcos iniciais, tais como: as do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS), em São Paulo (1987); as do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos (1989); e as do Centro Comunitário de Saúde Mental (NOSSA CASA) em São Lourenço do Sul, no Rio Grande do Sul (1988).

Observamos que estas experiências tiveram uma repercussão que ultrapassou o nível local e serviu de inspiração para outros projetos. Segundo TEIXEIRA (1997), desde 1981, o número de leitos psiquiátricos caiu 40% no país, e nos últimos cinco anos, 109 hospitais-dia e núcleos de atenção psicossocial foram abertos em diferentes regiões do Brasil.

É importante considerar que a conseqüente diminuição do número de leitos psiquiátricos aponta para a necessidade de consolidação de nova abordagem interdisciplinar na assistência à saúde mental. Esta vem sendo implantada nos Centros ou Núcleos de Assistência Psicossocial, criados no Sistema Único de Saúde, pelas coordenadorias de saúde mental dos estados e municípios, como proposta de substituição e alternativas para o tratamento do portador de doença mental

No Rio Grande do Sul, as mudanças na área de saúde mental vêm ocorrendo em várias frentes, com a criação de cursos, serviços e fóruns de discussão do tema, além de programas de intercâmbio com outros estados brasileiros e países do Mercosul (BRASIL. Ministério da saúde, 1998 b).

Entre 1987 e 1990, foram realizados onze encontros dos coordenadores de saúde mental da região Sul, para articulação e discussão das políticas de saúde. Na mesma época, aproximadamente um terço dos municípios do Estado, havia criado serviços de saúde mental, incluindo a construção de Centros de Convivências, Oficinas Laborais de Expressão, Pensões Protegidas, Cooperativas e Serviços de Atenção Integral (FAGUNDES, 1992). Uma observação importante deve ser considerada nas diferenças de denominações quanto aos serviços, eles são denominados conforme a cultura da região e os recursos administrativos disponíveis.

Observamos que no país, a reforma psiquiátrica é um movimento que vem aumentando a partir da década de 70, com algumas experiências já citadas e outras como no Estado do Rio de Janeiro. Mais precisamente, as

idades de Volta Redonda e Angra dos Reis experimentam mudanças na assistência aos doentes mentais. Igualmente em Niterói e São Gonçalo, aproximadamente 14 serviços substitutivos do modelo asilar estão em funcionamento. A criação destes serviços aconteceu na primeira metade dos anos 90 (BRASIL. Ministério da saúde, 1998 b).

Podemos citar ainda o Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” (SSCF) no município de Campinas, que vem passando por transformações, desde 1990; o Instituto de Saúde Mental (ISM) do Distrito Federal; o Consórcio Intermunicipal de Saúde da micro-região de São Lourenço (MG); a experiência do Estado de Pernambuco na reabilitação psicossocial; o Centro Integrado de Assistência Social do Pará – CIASPA; os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, do Ceará; e, o Núcleo de Atenção Psicossocial de Ribeirão Preto - NAPS (DINIZ,1999).

2. 5 A família do portador de doença mental

A família é um “sistema ativo” em constante transformação, ou seja, um organismo complexo que se altera com o passar do tempo para assegurar a continuidade e o crescimento psicossocial de seus membros componentes (ANDOLFI et al., 1984).

Estes mesmos autores tomam a família como um sistema aberto em que toda ação e todo comportamento de cada um dos membros influencia e sofre influencias. Desta maneira, a totalidade é considerada uma de suas partes.

Para MACEDO (1994), o conceito de família, dentro da visão da psicologia, é revestido de importância essencial, dado que é o primeiro ambiente no qual se desenvolve a personalidade nascente de cada novo ser humano. Portanto, a família é vista como o primeiro espaço psicossocial, modelo das relações a serem estabelecidas com o mundo. É a matriz da identidade pessoal e social, uma vez que nela se desenvolvem o sentimento de pertinência que vem com o nome e fundamenta a identificação social, assim como, os sentimentos de independência e autonomia, baseados no processo de diferenciação, que permite a consciência de si mesmo como alguém diferente e separado do outro.

Para tanto, os elementos que caracterizam fundamentalmente a família, são sem dúvida as relações de afeto e compromisso e a durabilidade de sua permanência como membro.

BOWLBY (1995) destaca a importância das relações iniciais, através do estudo dos efeitos de privação dessas relações no desenvolvimento humano. Esse autor sugere ainda que o contato afetivo é uma das necessidades básicas do ser humano, imprescindível para sua sobrevivência e saúde mental.

LAING (1971) quando se refere à família, afirma que a identificamos como um conjunto de pessoas que vivem juntas, por certo período de tempo e se encontram ligadas por laços de matrimônio ou parentesco. Entendemos parentesco, como vinculado à consangüinidade.

Segundo MINUCHIN (1990) a família, em todas as culturas, imprime em seus membros sentimentos de identidade e interdependência. O

sentido de identidade da criança seria então moldado e programado pela família, nos processos precoces de socialização. O sentido de separação e de individualização se lograria nesta teia de relações em consonância com seu meio sócio-cultural. A acomodação da família às necessidades da criança, delimita áreas de autonomia que ela experimenta como separação. Pertencer a diferentes grupos propicia desenvolver o sentimento de identidade.

Embora sendo a família a matriz do desenvolvimento psicossocial de seus membros, ela deve também acomodar-se à sociedade e garantir alguma continuidade a sua cultura. A família é um sistema aberto e sempre em transformação.

PRADO (1989) refere-se à família:

"(...) como uma instituição social variando através da História e apresentando até formas e finalidades diversas numa mesma época e lugar, conforme o grupo social. Como toda instituição social, apresenta aspectos positivos, enquanto núcleo afetivo de apoio e solidariedade. Apresenta, ao lado destes, aspectos negativos, como imposição normativa de leis, usos e costumes, que implicam formas e finalidades rígidas. Torna-se muitas vezes, elemento de coação social, geradora de conflitos e ambigüidades"(p.12-3).

Apesar dos conflitos, a mesma autora considera a família única em seu papel determinante do desenvolvimento da sociabilidade, afetividade e do bem estar físico dos indivíduos, principalmente durante o período da infância e da adolescência.

Neste sentido, a formação de uma família gera um sistema que tem uma forma de funcionamento entre os próprios elementos, e uma relação com o meio que é específica, singular. Na totalidade dos elementos que formam uma família estão embutidos, cravados, os mitos, os segredos, os valores, as crenças e os conflitos, o que faz com que esta família seja singular ou única (BRASIL. Ministério da Saúde, 1998 b).

Assim, conhecer como uma família se relaciona, estar atento às suas regras, permite que se entenda melhor a maneira como cada membro dessa família participa e contribui para o padrão de relação dessa família como um todo.

BERENSTEIN (1988) revela que a dinâmica familiar está condicionada à dinâmica do casal, que é construída sobre as vivências familiares que foram internalizadas nas respectivas famílias de origem. A nova família, não se apresentará apenas como possibilidade de repetição de vivências passadas. Certamente serão realizadas tentativas de solução de conflitos internos que podem ser externalizados nessa nova relação, ou tratados de uma forma diferente.

A família é um grupo natural que através do tempo tem desenvolvido padrões de interação. A estrutura familiar é constituída por esses padrões de interação, que por sua vez governam o funcionamento de seus membros, delineando sua gama de comportamentos e facilitando sua interação (MINUCHIN & FISHMAM, 1990).

KNOBEL (1972) entende a família, como um dos grupos primários e naturais em que vive o ser humano, que é por essência, um animal

gregário. Na interação familiar, prévia à social (porém determinado pelo meio ambiente), se configura a personalidade, determinando-se as características sociais, éticas, morais e cívicas, dos futuros integrantes da comunidade adulta.

O autor afirma ainda que muitos fenômenos sociais podem ser compreendidos e analisado a partir das características da família, muitas reações individuais podem ser esclarecidas e explicadas de acordo com a configuração familiar do sujeito.

Numa visão filosófica, RIBEIRO (1997) refere-se à família como a comunidade onde pai, mãe e filhos assumem-se mutuamente, entregando seus dons pessoais a serviço da comunidade familiar. Esse dinamismo que se faz dia-a-dia é impregnado do espírito do relativo.

Segundo Rolla apud GARCIA PINTOS (1997), a família é uma criação do ser humano que dá uma resposta ao desejo de ter um grupo de pessoas que atuem sobre interesses comuns e com um desenvolvimento afetivo, em que os afetos sejam recíprocos, para obter soluções para os problemas do ciclo vital.

A vida familiar, segundo o autor em pauta, é uma arena de paixão humana, onde recentemente este contexto passou realmente a ser observado e levado à sério. Torna-se cada vez mais evidente que, com o tempo, as famílias (de uma maneira em geral) estão em constante processo de desenvolvimento na busca da felicidade e do equilíbrio. Entretanto, é neste mesmo cenário que a infelicidade humana e os sintomas psiquiátricos surgem quando este processo é interrompido.

À família do doente mental vem sendo estudada por diversos autores, com objetivos diferentes, mas com a finalidade comum de poder contribuir para o entendimento e tratamento da doença.

A saúde da família do doente mental e a sua competência para resolver problemas, não é melhor e nem pior do que qualquer outro tipo de família. Ao estudarmos a família do doente mental, vamos entender que ela é diferente, que tem uma competência diferente, tem uma forma de funcionar que não é, melhor nem pior. A sociedade imputa uma qualidade negativa à família de um portador de distúrbio psiquiátrico porque, ter alguém na família com doença mental ainda é visto como um perigo, uma ameaça, estigmatizando assim não só o doente, como toda a família.

Para MAURER & BELLACK (1984), a doença de um dos membros da família, pode afetar os demais membros dessa família, de diversas maneiras e em diferentes graus de intensidade. Para ele, família é um grupo de indivíduos, em associação íntima e contínua, que interage constantemente entre seus membros e, ainda, individual e coletivamente, com a comunidade e grupos culturais dos quais faz parte.

Portanto, o doente tem com sua família interações físicas, emocionais, psíquicas e sociais importantes.

LAING & ESTERSON (1980) comentam que a família é a unidade da doença e não o indivíduo. Conseqüentemente, é toda a família que necessita ser curada e não apenas o indivíduo.

Esses autores concordam que as famílias de indivíduos com problemas mentais devem receber informações e orientações, e que, na

maioria das vezes, estes não recebem informação nenhuma, nem apoio da rede social. Mesmo as famílias bem adaptadas, podem passar por períodos difíceis e requisitar um acompanhamento de profissional. A identificação de quais são esses períodos permite ao profissional prevê-los e antecipadamente orientar as famílias, possibilitando que se preparem para enfrentá-los. Outro objetivo, atribuído pelos pesquisadores ao trabalho clínico, seria o de auxiliar as famílias a utilizarem a rede de apoio formal e informal.

Durante as atividades da prática, pode-se observar que os membros da família se comportam de forma diversa com relação à doença. Uns adaptam-se mais rapidamente, outros de maneira mais lenta e alguns jamais se adaptam. Algumas famílias conseguem cuidar de uma pessoa doente em casa, outras não. Quais seriam então os fatores que influenciam as diferentes reações dos familiares nessa situação? Seriam experiências passadas, recursos financeiros, contexto social e cultural, características da doença, diagnóstico, gravidade?

Nesta visão, concordo com SADIGURSKY (1997) quando afirma que para a família aceitar, sentir-se disposta e capaz de cuidar de um parente mentalmente enfermo necessita de motivações, recursos internos e apoio de sua rede social.

A assistência ao paciente, segundo FOUCAULT (1994), só a ele diz respeito; sua família, tem sido deixada no abandono, exposta à miséria e à doença. Esta visão está mudando ultimamente. Muitos profissionais estão percebendo estas mudanças e se mostram preocupados com a assistência.

Observamos o quanto é importante estar trabalhando com a família, porque a vinda do paciente para o hospital traz consigo, uma família adoecida e necessitando de ajuda.

Entendemos que o conhecimento dos profissionais sobre a experiência das pessoas (pacientes e famílias) com relação a sua doença deveria ir além das limitações inerentes ao modelo médico vigente. Propiciar ao portador e sua família, tratamento como pessoas e não como objetos, além de levar em conta o reconhecimento sendo eles de qualquer classe social, ou prognóstico da doença, devem ser vistos não como entidades nosológicas mas como seres humanos que pensam, sentem e estão inseridos em um contexto sócio cultural. Essa seria a assistência e o tratamento ideal prestado a todo indivíduo e seus familiares que enfrentam algum episódio de problema mental.

Nessa mesma visão, MINUCHIN & NICHOLS (1995) comentam sobre o papel fundamental na assistência do profissional terapêuta para a família, seja ele terapêuta ocupacional, enfermeiro, médico, psicólogo. A família é para ele uma unidade, e quando um ou mais membros do sistema apresentam um problema, a família é o lugar de intervenção.

Dentro da assistência prestada ao doente ou familiar, é fundamental que algumas estratégias sejam desenvolvidas a partir de perspectivas do doente e sua família e não unicamente dentro da ótica e conhecimento dos profissionais de saúde, sejam eles médicos, enfermeiros ou psicólogos.

Para tanto, é necessário conhecer melhor a pessoa portadora dessa doença, como também sua família; é preciso saber como desenvolvem sua compreensão e seus sentimentos em relação à situação; é preciso conhecer o significado que dão as suas vidas, considerando aspectos culturais do processo saúde/doença, valores (como também incluir outras pessoas consideradas importantes para eles), crenças e práticas dos diferentes grupos sociais aos quais pertencem.

KOGA (1998) investigou o fardo para a família pela presença de um doente mental entre seus membros. Dessa forma, há maior compreensão das verdadeiras necessidades tanto do paciente quanto do familiar. Dessa maneira, essa assistência facilitará aos profissionais intervir de maneira mais adequada. Em muitos serviços, entretanto, não é dada a necessária importância a estes elementos.

MINUCHIN & NICHOLS (1995) considera a família como um sistema relacional primário e organizado onde qualquer mudança em um dos seus componentes atinge o sistema familiar como um todo. Isto é o que ocorre geralmente quando um membro dessa família é acometido de algum transtorno mental.

TSU (1993), pesquisando sobre internação psiquiátrica e o drama das famílias enfoca que o paciente tem maior probabilidade de ser admitido em hospital psiquiátrico, quando tem história de internamento anterior. Isso sugere que a pessoa que já esteve internada, adquire um estigma, não apenas aos olhos das pessoas em geral, mas até mesmo diante do pessoal médico e da própria família.

2.6 A equipe multiprofissional na assistência

Alguns autores abordam, em suas discussões, as dificuldades enfrentadas pelos profissionais para chegar a uma equipe integrada. ZUSMAN (1998) refere que

“(...) lidar com as angústias psicóticas não é fácil e que a vivência entre cuidadores e cuidados é intensa e sofrida. Portanto, a equipe de profissionais tem uma função acolher estas sensações e usar sua saúde mental para metabolizar estas experiências afetivas e levá-las ao campo do pensamento simbólico” (p.224).

Confirmando as idéias de ZUSMAN (1998) e ZLOTNIK (1999), entendemos que o exercício da equipe dos profissionais de saúde é uma arte; arte enquanto se defronta com situações que extrapolam o campo da técnica e da ciência; arte enquanto lida com pessoas em grande parte fragilizadas física e emocionalmente; arte enquanto verifica a subjetividade no encaminhamento da solução, cujo alcance, por vezes, passa pela escolha e decisão entre vários rumos possíveis.

O fato de possuir vasto conhecimento técnico ou científico não significa necessariamente que o profissional desempenhará eficientemente sua tarefa terapêutica. Portanto, a postura que o mesmo adota ante às diversas situações do seu dia-a-dia, junto com o paciente, com o familiar ou mesmo com os demais elementos da equipe constitui importante indicador de sua eficiência.

Segundo MARTINS & MARTINS (1998), a psiquiatria desenvolveu a arte da anamnese. Realmente, é arte conduzir uma entrevista com um paciente, no sentido de reconstruir a evolução da doença no tempo, de reconstruir sua história. Para este autor, a arte se fundamenta nos conhecimentos sólidos, precisos e completos das enfermidades que devem ser considerados num determinado indivíduo.

Nosso entendimento sobre o processo terapêutico baseia-se no diálogo e nas interações entre os profissionais, sejam eles psiquiatras, enfermeiros, psicólogos ou outros profissionais e a pessoa que precisa de ajuda. Estes têm o compromisso fundamental de preservar a saúde e a integridade dos indivíduos. Sua tarefa terapêutica transcende a pura técnica, conferindo-lhe uma dimensão humanitária.

De acordo com ROCHA et al. (1998), cuidar em psiquiatria é, a priori, acolher o sujeito que se comporta de forma diferente, interagir com ele, criando alternativas de expressão da sua produção psíquica.

Neste sentido, em Assembléia Geral no dia 25 de agosto de 1996 a Associação Mundial de Psiquiatria (WPA), aprovou a Declaração de Madrid, com orientações sobre os padrões éticos que devem nortear a conduta dos psiquiatras em todo o mundo, onde especifica que os profissionais ligados à saúde mental devem estar preocupados, como salienta LEMGRUBER & STINGEL, (1998)

“(...) em oferecer o melhor tratamento para os distúrbios mentais, para a reabilitação dos indivíduos que sofrem de doenças mentais e para a promoção da saúde mental...mediante o oferecimento da melhor terapia existente compatível com o saber científico reconhecido e com os princípios éticos” (p.83).

Isto nos leva à reflexão de que o paciente deve ser sempre aceito como parceiro de direito no processo terapêutico. A relação terapeuta-paciente é importantíssima, e deve basear-se em confiança e respeito mútuos de maneira a permitir que o paciente tome decisões livres e conscientes.

Seguindo essa mesma visão, MIRANDA (1997) afirma que o cuidado em psiquiatria e saúde mental refere-se a uma assistência pautada no entendimento de que o papel da enfermagem psiquiátrica é o de agente terapêutico, e que a base desta terapia é o relacionamento estabelecido com o paciente a partir da compreensão do significado de seu comportamento.

Para o profissional da saúde entender e compreender o sofrimento do portador de doença mental é indispensável para o cuidado competente, com arte, sensibilidade e solidariedade.

Dessa forma, não podemos esquecer, como salienta LOUZÂ NETTO et al. (1995) que o fator mais importante na interação com o usuário dos serviços de saúde mental é "o relacionamento humano benéfico entre paciente e profissional terapêutico; seu efeito transcende técnica e fatores particulares".

A atitude de escuta e a empatia que ocorrem entre o paciente e o profissional podem produzir efeitos benéficos e até psicoterápicos, mas sempre, pretendendo atingir o mesmo objetivo, o bem-estar do paciente e o reforço de sua autonomia.

O relacionamento do médico com o paciente, segundo TEIXEIRA DANTAS & (1997) inclui noções básicas do processo de comunicação interpessoal além da criação e manutenção de relações de empatia, confiança e respeito mútuo, necessários para criar um ambiente adequado ao trabalho clínico. Além das interações com os pacientes, os médicos se relacionam com familiares dos pacientes, com outros profissionais da saúde envolvidos no cuidado dos pacientes. Esta interação com as famílias é necessária e de fundamental importância sobretudo para conhecer melhor o doente.

Quanto à atuação dos profissionais de saúde, conforme acentua MIRANDA (1994), a enfermagem ocupa atualmente, dentro da equipe de saúde no Brasil, posição singular: cabe a ela a liderança oficial de mais de 50% da força de trabalho em saúde.

Segundo essa mesma autora, o objetivo da enfermagem psiquiátrica como profissão não é o diagnóstico clínico ou a intervenção medicamentosa, embora suas ações de observação e acompanhamento contribuam muito para isso. Portanto, o compromisso da enfermagem é com a vida, ou seja, com a qualidade da vida cotidiana do indivíduo em sofrimento psíquico sob seus cuidados, independente do tempo de que ele dispõe e da gravidade diagnóstica de cada caso.

Concordamos com MIRANDA (1997) que a boa prática profissional é trabalhosa e exige dedicação. Tanto a observação como a escuta atenta são essenciais para a identificação correta das necessidades do outro sob nossos cuidados.

RODRIGUES (1993, 1996) vem desenvolvendo profundos estudos sobre o relacionamento interpessoal, a relação de ajuda, as atitudes terapêuticas e técnicas de comunicação com bases nos pressupostos da interação centrada na pessoa que sofre, humanizando assim a atuação do enfermeiro.

À luz dessas considerações, podemos entender a importância da melhoria das relações interpessoais na equipe, acatando as diferenças individuais e demais aspectos decorrentes que estão em jogo na interação entre as pessoas. Isto pode levar a desenvolver um bom ambiente de trabalho entre as equipes e melhorar a qualidade de vida do doente.

Para MARTINS & MARTINS (1998), é importante a criação de equipes interdisciplinares e multiprofissionais nos serviços de saúde pois possibilitam a troca de experiências entre os profissionais e também permitem compartilhar as difíceis situações que se apresentam nas instituições, visando sempre o desenvolvimento de um bom local de trabalho.

É importante considerar que interdisciplinaridade, segundo MÁXIMO & MALHEIRO (1997), implica em ações conjuntas, integradas e inter-relacionadas, de profissionais de diferentes procedências quanto à área básica de conhecimento. A postura de vários profissionais diante do doente, da doença, da equipe dos profissionais de apoio favorece o despertar de um novo olhar.

De acordo com PONTY (1975), o importante não são as palavras e sim as ações. Portanto, necessitamos de alianças, coalizações, e redes

que nos permitam trabalhar juntos, sem barreiras entre áreas, instituições, serviços ou comunidades.

Naqueles serviços onde há espírito cooperativo, entendimento e respeito entre os profissionais encontramos o relacionamento humanizado com os doentes, diferentemente de outros locais onde prevalece o modelo autoritário de relações profissionais.

Vale lembrar que o conhecimento profissional, não pode ser aprendido apenas no laboratório, ou através de leituras e palestras, pois, nada substitui o que se assimila no contato direto com o doente e seus familiares. A boa prática profissional é trabalhosa, exige dedicação, dinamismo e atualização constante.

Nesse sentido, PINTO (1998) ressalta que no importante momento em que vivemos, de avanço de propostas mais coerentes na área de saúde mental, deve ficar claro que trabalhando com integração, poderemos desenvolver propostas já existentes, propor e praticar novas modificações, todas no sentido de criar melhores situações de atenção, em saúde mental.

Esse mesmo autor afirma que mais importante do que qualquer conteúdo teórico apresentado, a mudança possível ocorrerá, ao longo do tempo, na medida em que os profissionais se dispuserem a começar a tentar, na prática pequenas alterações.

Vale ressaltar que os profissionais clínicos e enfermeiros mudaram suas visões a respeito do portador de doença mental, percebendo melhor a correlação entre o sofrimento e a história de vida de cada sujeito.

Além de passarem a conduzir melhor as relações clínicas em geral, também estão mais preparados para fazer encaminhamentos corretos e resolver situações emergentes.

Assim, podemos observar neste final de século que estão ocorrendo mudanças na forma dos profissionais se posicionarem em relação ao portador de doença mental. Com essa visão, SOLÉ (1998) refere que os profissionais de saúde já não se posicionam frente ao doente, como único possuidor da verdade, mas colocam-se ao seu lado para acompanhá-lo em todo o processo de adoecimento e na sua recuperação.

Portanto, nós profissionais temos como objetivo acompanhar a pessoa acometida com algum transtorno mental em todo o processo da doença. Uma das condições básicas é precisamente entender e respeitar. Sabemos que não há só um caminho para a recuperação do portador de doença mental, sendo importante que cada paciente encontre o seu caminho. É função do profissional que lhe presta assistência aumentar as probabilidades de que assim ocorra.

Nós, profissionais, temos como objetivos fundamentais a promoção do ser humano que circunstancialmente é portador de transtorno mental além de promover todas as condições que impeçam ou evitem o aparecimento da doença.

Segundo BERTOLOTE (1997), é de suma importância o conhecimento e o estabelecimento de boas relações médico-paciente o que representa um passo essencial em qualquer tratamento. A expressão tradicional "relacionamento médico-paciente" aqui mantida, contém a palavra

“médico” que designa a grande variedade de profissionais de saúde para os quais a expressão pode ser adaptada, assim como “paciente” se refere a toda pessoa que recebe formalmente cuidados no processo saúde/doença.

Ao nosso ver, os aspectos interativos humanos são de suma importância para a obtenção de resultados positivos na assistência ao portador de doença mental.

Tendo como suporte a literatura sobre Saúde e Doença Mental, sobre o portador, seu familiar, sobre a equipe de profissionais e a assistência nessa área sistematizamos o presente estudo o qual poderá contribuir para a compreensão da situação presente e para planejar ações futuras que contribuam para melhorar a assistência ao portador de doença mental e sua família.

Camínho Metodológico

3.1 População em estudo

A amostra foi composta por 100 pacientes, 109 familiares e 41 profissionais que estavam vinculados a alguma modalidade de atendimento oferecida pelas instituições em estudo.

Todos os respondentes participaram voluntariamente e concordaram com a utilização dos dados para esta pesquisa e posterior publicação dos resultados. A cada sujeito era solicitada a colaboração, explicando do que se tratava, da forma de participação e do uso das informações. Nos dados de indentificação não constavam nomes ou informações que individualizassem a pessoa, garantindo assim seu anonimato.

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em dois locais: Hospital Espírita de Pelotas e Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul, ambos no Rio Grande do Sul. Dentre os motivos para a escolha destes dois serviços de saúde mental em municípios distintos deve-se as características dos mesmos no que diz respeito as respectivas propostas de assistência;

por conhecê-los, através de experiências pessoais e profissionais; e, por compartilhar esses espaços como campos de estágio.

O Hospital Espírita de Pelotas é uma instituição filantrópica, que atende a população de todo o estado inclusive de países vizinhos, situado no bairro Areal, zona leste da cidade, distante 230 Km da capital, Porto Alegre.

Este hospital foi fundado em 12 de dezembro de 1948 e inaugurado em 31 de março de 1956 com o nome de Sanatório Espírita de Pelotas, que permaneceu até 1987. Neste mesmo ano, foram propostas as primeiras alterações na estrutura de funcionamento da equipe técnica e começaram a se processar as mudanças com vistas a um programa de natureza psicodinâmica. No ano seguinte, esta instituição passa à denominar-se Hospital Espírita de Pelotas.

Este hospital cobre a área de saúde mental, aplica, todas as terapias convencionais, adotando sob uma nova perspectiva, o enfoque da visão holística para a sua assistência. Recebe doentes de todas as classes sociais, independentemente de suas origens étnicas, políticas ou religiosas.

O hospital dá às autoridades constituídas e/ou recebe delas cooperação para desenvolvimento do estudo, do ensino e da pesquisa nas áreas afins.

Atualmente, as equipes, tanto administrativa como multiprofissional, estão engajadas nesse novo modelo de assistência, e vêm promovendo as reformas necessárias para a assistência ao doente mental, de acordo com o preconizado pelo movimento da reforma psiquiátrica. A

criação de equipes de trabalho multiprofissionais vem atender à filosofia proposta pela mudança de abordagem no tratamento e assistência aos doentes mentais.

O ambiente vem sendo adaptado para melhorar a qualidade da assistência, onde já estão sendo criados espaços de tratamento e alternativas, como a proposta de implantar um hospital dia.

Esta instituição tem capacidade para 199 leitos, colocando à disposição da comunidade pelotense e da região serviços de atendimento ambulatorial, através do setor de emergência durante 24 horas e do setor de internação integral, além de servir como campo de estágio e de pesquisa para alunos e profissionais de nível superior, da área de saúde.

Conta, atualmente, com 149 funcionários entre médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionista, terapeuta ocupacional, economista doméstica, educador físico, farmacêutico e, pessoal de serviço administrativo, auxiliares de enfermagem, nutrição, serviço social, além do pessoal de apoio como limpeza, manutenção, vigilância/segurança, lavanderia e portaria.

O **Centro Comunitário de Saúde Mental**, mais conhecido por Nossa Casa, está situado na cidade de São Lourenço do Sul, a 60 km da cidade de Pelotas. Tem sido reconhecido como uma das experiências pioneiras de uma prática assistencial que vai ao encontro das mudanças preconizadas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Sua fundação remonta a 16 de agosto de 1988.

Esta instituição não possui características de um local de atendimento de saúde mental tradicional. É um local privilegiado, localizado no centro da cidade, de frente à praça central, sem nenhuma característica que a diferencie das demais residências.

Um dos principais objetivos da Nossa Casa é resgatar a convivência do indivíduo com o seu lar. Ali são realizadas refeições, higiene e outras tarefas. O horário que os usuários freqüentam é de segunda à sexta feira das 7:30 h às 16:30 h. A média de usuários que passam o dia no serviço varia entre 25 a 30.

A modalidade da assistência tem como função oferecer atenção intensiva ao portador com sofrimento psíquico, "sem excluí-lo do convívio familiar e social". Atualmente, também inclui atendimento aos dependentes químicos.

Nem todos os usuários permanecem em período integral na instituição. Alguns freqüentam somente meio período ou freqüentam o serviço de uma a três vezes por semana e alguns, participam apenas do grupo terapêutico, do grupo de familiares e das oficinas. As ações desenvolvidas, são definidas dependendo da indicação terapêutica e da vontade do próprio usuário. São também realizadas visitas domiciliares rotineiras, ocorrendo pelo menos uma vez por mês a todos os que freqüentam o serviço.

Além desses serviços, o Centro Comunitário conta com ambulatório de psicologia e psiquiatria, oficinas integradas e unidade de saúde mental. Este funciona na Santa Casa de Misericórdia, onde os

pacientes que antes eram atendidos em hospitais psiquiátricos das cidades próximas, passaram a ser atendidos no seu próprio município. Em alguns casos, esta unidade de Saúde Mental é utilizada como hospital noite para pacientes que permanecem durante o dia na Nossa Casa. Dispõe ainda dos serviços do nosso lar, onde residem todos aqueles doentes sem vínculo familiar.

A equipe técnica é constituída por psicólogos, enfermeiras, psiquiatras, assistente social, acompanhante terapêutico, além da equipe de apoio, formada por auxiliares de enfermagem, de serviços gerais, auxiliar social, secretária, coordenadora administrativa e motorista.

3.3 Construção e validação do instrumento

Motivadas pelo desenho teórico sobre o tema escolhido para o estudo e suas interrelações entre literatura, experiências e insights, iniciamos o percurso metodológico.

Conhecer as opiniões que nos permitem inferir sobre as atitudes das pessoas sobre determinado objeto é uma tarefa que as escalas se propõe a oferecer.

Além disso optamos pela construção e validação de um instrumento que possibilite conhecer a opinião de portadores de doença mental, seus familiares e profissionais desta área, sobre Saúde e Doença Mental e a Assistência.

Para melhor entendimento, discorremos, a seguir, sobre a importância e abrangência das medidas escalares.

Segundo PASQUALI (1998), para a elaboração de qualquer Escala Psicológica devemos seguir alguns princípios na construção dos testes psicológicos de aptidão. O modelo baseia-se em três procedimentos: os teóricos, os empíricos (experimentais) e os analíticos (estatísticos). Os procedimentos teóricos devem ser elaborados para cada instrumento, dependendo do assunto psicológico que vai ser investigado como instrumento que se pretende medir. O procedimento empírico ou experimental define as etapas e técnicas de aplicação do instrumento, coleta de informações para proceder a avaliação da qualidade psicométrica do instrumento. O analítico estabelece os procedimentos de análises estatísticas a serem efetuadas sobre os dados para levar a um instrumento válido e preciso.

Este mesmo autor salienta que, para a construção de qualquer tipo de escala que pretende medir algo é fundamental que se conheçam os conceitos de confiabilidade e validade.

Segundo Armstrong, apud MENEZES (1998), o termo confiabilidade é utilizado para referir-se ao grau de concordância entre múltiplas mensurações de um mesmo objeto.

PASQUALI (1997) diz que a fidedignidade de um teste diz respeito à característica de medir sem erros. Por isso, recomenda atenção quanto a sua validade e à fidedignidade. Medir sem erros significa que o mesmo teste, medindo os mesmos sujeitos em ocasiões diferentes, ou

testes equivalentes medindo os mesmos sujeitos na mesma ocasião, produzem resultados idênticos.

Nesta linha, MENEZES (1998) afirma que quando planejamos utilizar um instrumento em uma investigação deve-se fundamentalmente realizar um estudo de confiabilidade. Este estudo servirá para o treinamento dos entrevistadores e para identificar problemas com o instrumento. Outro fator importante é a escolha das pessoas que participarão do estudo de confiabilidade. Esses devem ser semelhantes à população que será investigada, no estudo definitivo.

Como afirma PASQUALI (1997), fatores que afetam a fidedignidade do teste, são particularmente, a variabilidade da amostra e o comprimento do teste; portanto, quanto maior e variável a amostra de sujeitos maior será o coeficiente de correlação e, conseqüentemente, o índice de fidedignidade. Quanto ao comprimento do teste, o número de itens também afeta a fidedignidade do mesmo. Assim, quanto mais itens tiver o teste maior será seu índice de precisão, pois o erro tende a zero quando o número se aproxima do infinito.

Kelsey et al. apud MENEZES (1998) comentam que a validade de um instrumento pode ser definida como a sua capacidade em realmente medir aquilo que se propõe a mensurar.

O processo de validação de um teste, segundo ANASTASI (1986),

"(...) inicia-se com a formulação de definições detalhadas do traço ou constructo, derivadas da teoria psicológica, da pesquisa anterior ou da observação sistemática e análises do domínio relevante do comportamento. Os itens do teste são então

preparados para se adequarem às definições do constructo. Análises empíricas dos itens seguem, selecionando-se finalmente os itens mais eficazes da amostra inicial de itens” (p.3).

A importância desse princípio de validade é enfatizada por que declaram ser um fato inerente das Escalas de Atitude medir realmente o processo psicológico que se propõe a mensurar.

FAZIO (1979), em seu estudo sobre motivos para a comparação social, faz distinção entre Construção e Validação. Construção envolve informação sobre o objeto e validação refere-se à informação sobre o julgamento do objeto.

DIAZ et al. (1997) realizaram estudos sobre Investigação Centrada na Construção de uma Escala de Valores de Termos. Eles tentaram fazer uma análise das conseqüências da terminologia nas atitudes frente às pessoas com incapacidade. Um dos primeiros objetivos foi a análise de validação da escala. Foi examinada a consistência interna da Escala de Valores de Termos através de dois tipos de procedimentos, o cálculo do coeficiente de correlação entre a pontuação obtida em um elemento e o total de pontos da escala.

Em resumo, trata-se de uma escala que possui índices de consistência interna satisfatória e pode ser considerada como um instrumento confiável para avaliar a conotação semântica dos termos associados com incapacidade.

A partir das conceituações da construção, validação e fidedignidade de uma escala, vamos conhecer melhor a Escala do tipo LIKERT.

RENSIS LIKERT, criou uma escala de simples confecção e aplicação e que possui boa correlação com outras escalas de critérios de medidas de atitude, dentre as quais esta talvez seja a mais utilizada na construção de escalas psicométricas. Segundo PASQUALI (1996), esta escala se apresenta como o método dos pontos somados.

Segundo este mesmo autor, em seu conceito teórico, Likert sustentava que uma atitude constitui uma disposição para a ação. Considera atitude como um elemento da personalidade e igualmente defendeu que há uma série de construtos de personalidade e não apenas um único, isto é, as propriedades psicológicas têm magnitudes e por isso é que podem ser medidas.

Existem várias definições do que sejam atitudes. Apesar das divergências na sua definição, Lima apud VALLA (1993) diz que o conceito de atitude talvez tenha sido o primeiro a dar identidade à psicologia social, posicionando-se como um elo de ligação entre a psicologia individual e a sociologia na medida em que permitia identificar o posicionamento de um indivíduo específico face à realidade social.

Uma contribuição respeitável é apresentada por Allport apud REGAN et al. (1997) afirmando que "atitude é um estado de preparação mental ou neural, organizado através da experiência e exercendo influência

dinâmica sobre as respostas individuais a todos os objetos ou situações com que se relaciona”.

Há diferentes posições quanto ao conceito de atitudes mas de um modo geral apresentam alguns pontos em comum.

Rosenberg e Hovland apud LIMA (1993) afirmam que “atitudes são predisposições para responder a determinada classe de estímulos, com determinada classe de respostas”.

FISHBEIN & AJZEN (1972), na sua teoria sobre atitudes e opiniões, afirmam que uma pessoa aprende ou forma opiniões sobre um objeto. Estas opiniões influenciam sua atitude sobre o objeto.

Autores como BEM (1973) definem atitudes como os gostos e as antipatias. Entendem que são as nossas afinidades e aversões à situações, objetos, grupos ou quaisquer outros aspectos identificáveis do meio, incluindo idéias abstratas e político sociais que definem as atitudes. Isto porque nossas emoções, nosso comportamento e as influências sociais são exercidas sobre nós e conseqüentemente refletindo suas dimensões.

Vários estudos procuram mostrar a relação entre opiniões, crenças e atitudes, apresentando-as como logicamente ligadas.

McGUIRE (1969) procurou fazer uma diferenciação entre atitude e opinião sendo opinião entendida como uma entidade observável, enquanto que atitude pode ser inferida mas não diretamente observada. Por outro lado, pressupõe que tanto atitude como opinião têm ligação com os comportamentos.

Dollard et al apud RODRIGUES (1973) estabelecem uma relação entre atitudes e opiniões. Enquanto atitudes representam comportamentos específicos, a favor ou contra um objeto, as opiniões relativas a tais objetos influem na direção pró ou contra os mesmos.

BEM (1973) enfatiza que opiniões derivam de um conjunto comum de valores subjacentes. Relata ainda que coletivamente, as crenças ou opiniões de um homem formam a compreensão que tem de si mesmo e do seu meio sendo que muitas das opiniões são produto da experiência direta.

SMITH et al (1960) justificam que as opiniões, como todo comportamento, constituem parte dos dados dos quais a personalidade é deduzida em troca de uma função da maneira de ser. Eles afirmam que a opinião de um indivíduo é uma das várias formas consistentes e regulares do comportamento que o caracteriza.

Festinger apud RADLOFF (1961) postulou que existe no organismo humano, um impulso interno para avaliar suas opiniões e habilidades. Na falta de critérios avaliativos objetivos, as opiniões são comparadas com as de outras pessoas. As opiniões podem ser então consideradas corretas ou incorretas em termos de concordância ou discordância com as opiniões que os outros possuem sobre o mesmo objeto.

GERARD & ORIVE (1987) concebem uma opinião como um jogo preparatório para a ação, ou seja, é o que a pessoa pensa sobre um objeto ou assunto.

Em nosso estudo sobre opiniões, não utilizamos a escala Likert para determinar o valor escalar dos itens, mas para verificar níveis de concordância dos sujeitos com uma série de afirmações que expressem algo de favorável ou desfavorável em relação à concepção de Saúde/Doença Mental e sobre a Assistência nessa área.

Um grande número de afirmações foi elaborada para o presente estudo, a partir de textos da literatura científica, da experiência profissional vivida e de comentários de pessoas idôneas ligadas ao objeto.

Passamos por um período de reflexões sobre o objeto de estudo, evocando os conteúdos e representações pertinentes ao tema.

Para um grupo de sujeitos, a apresentação das afirmativas selecionadas vai desde concordância completa até a discordância total, obedecendo a uma escala de 1 a 5 pontos, tipo LIKERT. Nesse sentido, cada um irá responder a todos os itens sobre a mensagem/informação que a frase afirma sobre o objeto focalizado.

Na escala tipo Likert, ao registrar sua opinião, a pessoa, não só concorda ou discorda de uma afirmação, como também indica até que ponto concorda ou discorda em uma graduação que vai desde "concordo totalmente até discordo totalmente".

RAGAZZI (1976) diz que a validação de uma escala Likert pode ser obtida pelos métodos de validação concomitante ou simultânea ou pelo de validação de conteúdo; estes irão indicar até que ponto os itens em uma escala representam o universo de crenças, sentimentos ou tendências de ação com relação ao objeto.

As etapas da construção do instrumento estão apresentadas a seguir:

Primeira etapa - Montamos um conjunto de afirmativas procurando abranger o máximo possível de elementos sobre o tema tendo por base a literatura e a experiência de sermos enfermeiras psiquiátricas, vivendo este momento de transformação. Os enunciados foram sendo lapidados até chegarmos a uma Escala com 44 afirmativas. Cada afirmativa vem sempre acompanhada de cinco alternativas através das quais esperávamos conhecer a visão dos sujeitos, a respeito dos Conceitos sobre Saúde/Doença Mental e sobre a Assistência Psiquiátrica. Estas questões foram analisadas e reformuladas quanto à forma de apresentação e entendimento do respectivo conteúdo.

Segunda etapa - Após reformulado o instrumento, realizamos o primeiro estudo piloto, na própria instituição onde foi desenvolvido o estudo definitivo, com o objetivo de verificar a adequação do conteúdo.

Este instrumento foi aplicado no Hospital Espírita e no Centro Comunitário de Saúde Mental, no início de 1998. A amostra com 10 sujeitos era composta por portadores, familiares e profissionais da equipe daquelas instituições. Foram escolhidos aleatoriamente, junto a uma população com características semelhantes às da amostra definitiva. Este procedimento serviu também como teste de estabilidade do instrumento, visto ter sido reaplicado na mesma população, obedecendo ao critério de exclusão deste grupo investigado.

Antes desse procedimento, entramos em contato com a direção das Instituições, afim de expor os objetivos do projeto e obter autorização para a coleta e utilização dos dados. Após este contato, apresentamos uma cópia do projeto para ser avaliado pelas respectivas Comissões de Ética. Em resposta, recebemos a autorização para desenvolver a proposta na qual ambas afirmavam sua posição favorável acrescentando que este poderá vir a contribuir satisfatoriamente com assistência prestada pela Instituição.

Prosseguindo na articulação de coleta do teste piloto, agendamos dia e hora para começar o trabalho e também para fazer contatos com os pacientes e as famílias nos dias de visitas, por entendermos ser uma estratégia importante para estabelecer alguns vínculos com todas as pessoas que provavelmente iriam compor a amostra definitiva do estudo.

Nas duas instituições referidas, optamos pelo pátio para fazer contato com os pacientes. Esse recurso facilitou o acesso aos familiares, pois, ao abordá-los, muitos deles haviam sido informados pelos internos. No caso dos familiares procuramos não comprometer a visitação dos seus internos, sendo aplicado o instrumento antes do horário de visitas, em ambientes reservados - os consultórios. A coleta dos dados dos profissionais foi realizada no local e horário de trabalho.

Escolhemos um de cada vez para conversar sobre os objetivos do trabalho. Todos mostraram-se solícitos e motivados por estarem participando da pesquisa.

Durante a aplicação do teste piloto, percebemos certas dificuldades de compreensão dos participantes sobre algumas afirmativas,

bem como algumas dúvidas, que poderiam prejudicar as respostas; estas foram consideradas contribuições importantes que serviram para o reajuste do instrumento.

Terceira etapa - Realizamos a análise do instrumento aplicado, assim como de algumas observações feitas pela entrevistadora durante este procedimento. Foi revisada cada uma das afirmativas na sua forma de apresentação, na sua distribuição por temas e nas observações realizadas durante o estudo piloto. Este cuidado visava a homogeneidade dos itens. Algumas questões que estavam formuladas na forma negativa foram corrigidas para a forma afirmativa, assim como a subtração dos vícios de linguagem para evitar confusão ou dupla interpretação. As questões que se mostraram repetitivas foram eliminadas. A forma de apresentação do título também foi mudada.

Após esta reorganização, este instrumento foi denominado **Escala de Medida de Opinião – EMO**.

Incluímos um texto de apresentação do instrumento explicando seus objetivos e o modo de responder ao teste, bem como a identificação das categorias dos respondentes, os agradecimentos pela colaboração e o compromisso do sigilo.

As respostas deste primeiro teste sofreram uma tabulação por questões para que pudéssemos analisar as tendências por resposta. Analisando estes resultados, foi possível ter uma idéia do impacto destas afirmativas. Algumas questões foram reformuladas e reagrupadas ou desmembradas, totalizando 60 afirmativas no final desta etapa.

Quarta etapa - Este instrumento, após os ajustes mencionados, foi aplicado em uma segunda amostra de 8 sujeitos: pacientes, familiares e profissionais, no NAPS – Núcleo de Apoio Psicossocial de Ribeirão Preto. Todos os profissionais de assistência psiquiátrica, foram devidamente autorizados pela direção da Instituição para a realização do estudo, obedecidos os critérios coletados na primeira coleta.

A opção para a reaplicação do EMO obedeceu a critérios de semelhança entre as instituições e da população que a frequenta.

Quinta etapa - Após a aplicação do instrumento no NAPS, o mesmo foi analisado por um grupo de juízes, doutorandos em enfermagem, a fim de verificar a adequação do conteúdo, a clareza de entendimento e a compreensão dos itens que iriam compor o material definitivo. Esta validação foi realizada pelos integrantes do GERES – Grupo de Estudos das Representações Sociais, que se reuniam naquele período.

Foram sugeridas algumas modificações na apresentação: a página inicial permaneceria sem alterações, e incluída uma segunda página, com os dados de identificação dos respondentes. As questões a seguir, foram analisadas e reformuladas, quanto à adequação da abordagem e a clareza da linguagem, reduzindo-se a um total de 56 afirmativas. A montagem definitiva do instrumento contou ainda com uma ordem de apresentação aleatória, baseada em sorteio de duplo cego.

Após todas as reformulações, testes, avaliações e validação o processo de construção da EMO – ESCALA DE MEDIDA DE OPINIÃO foi considerado concluído (Anexo 1). Este instrumento, construído *pari passu*

por nós, ou seja, a pesquisadora e a orientadora, portanto autoras, pode ser aplicado e analisado conforme o modelo adotado no presente estudo.

3.4 Aplicação do instrumento para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de julho e agosto de 1998, contando com a ajuda de 11 colaboradores, alunos do Curso de Graduação em Enfermagem, do primeiro ano, devidamente instruídos e treinados para participarem desta pesquisa.

O motivo da escolha destes graduandos, deveu-se ao fato deles demonstrarem explicitamente interesse em participar do estudo. Tal decisão em aceitá-los conferia uma certa neutralidade dos coletores por não conhecerem a construção do instrumento e não terem experiências em psiquiatria. Assim, esperávamos correr menos riscos, ou seja, evitar certas influencias na escolha das respostas às afirmativas propostas, por entendermos que através do ensino projetamos certos vícios da profissão, que poderiam estar influenciando nos resultados. Nosso propósito era deixar os sujeitos expressarem suas opiniões livremente.

A amostra final constituiu-se de 250 sujeitos (Portadores, Familiares e Profissionais) que responderam ao questionário composto por 56 afirmativas que se apresentou com alternativas de respostas numa escala de 5 pontos: concordo totalmente, concordo pouco, indiferente, discordo pouco e discordo totalmente.

A coleta de dados foi realizada em salas privativas, autorizadas pelas Instituições, onde os sujeitos assinalaram individualmente as alternativas à cada afirmativa.

Os familiares e portadores de doença mental preferiam que o colaborador lesse cada afirmativa e estes o acompanhavam, assinalando a alternativa desejada.

Os profissionais liam e respondiam cada questão e o colaborador permanecia ao lado apenas para algum esclarecimento técnico que fosse necessário.

3.5 Procedimentos de análise dos resultados

As 250 entrevistas foram numeradas por grupos de sujeitos, da seguinte forma:

01 a 100 = portadores de doença mental

101 a 209 = familiares

210 a 250 = profissionais

As respostas de cada sujeito por grupo foram registradas através de um "software" adequado para manipulação dos dados em forma de planilha (Excel).

Antes de trabalhar os dados, tivemos dois cuidados:

1º - Determinar as questões cuja resposta positiva, em relação a pretensão deste estudo, localizava-se na concordância e aquelas cuja resposta positiva localizava-se na discordância.

Este procedimento foi realizado pelo pesquisador e por dois juizes. Dessa forma, obtivemos as questões: 02 – 05 – 06 – 08 – 10 – 13 – 22 – 23 – 24 – 25 – 27 – 28 – 30 – 31 – 32 – 34 – 36 – 37 – 43 – 53 com a resposta positiva na discordância. As demais estavam centradas na concordância.

Depois desse procedimento, foi feita a devida inversão no registro dos dados na planilha pela expressão: score novo = 6 – score original.

2º - Determinar as questões que se referiam prioritariamente aos Conceitos de Saúde/Doença Mental e à Assistência nesta área.

Cada questão foi analisada inúmeras vezes e este julgamento foi processado pelo pesquisador e por dois juizes (enfermeiros pesquisadores). Comparando os resultados, verificou-se que havia concordância em 92,8%.

O consenso foi obtido após novo processamento, resultando numa categorização dos itens onde se distinguem afirmativas sobre conceituação de Saúde/Doença Mental ou sobre as questões referentes à Assistência nesta área, conforme apresentados nos quadros 1 e 2 que se seguem.

Itens	Questões
04	A doença mental em uma pessoa, causa ansiedade nos outros membros da família
05	Nervosismo é sinal de loucura.
06	O alcoolismo é doença mental.
08	Internar uma pessoa em hospital psiquiátrico significa que a família o rejeita.
09	O doente mental tem o direito de ter trabalho e família, como qualquer cidadão
10	O doente mental é agressivo.
13	O lugar do louco é no hospício, entre quatro paredes.
16	Conhecendo as necessidades da pessoa que sofre, fica mais fácil para o enfermeiro ajudá-lo.
17	Nos primeiros sinais de alteração, se a pessoa tivesse atendimento adequado, muitos casos psiquiátricos seriam evitados
18	Depressão é doença mental.
19	O melhor lugar para o doente é ficar com sua família.
22	O bom enfermeiro precisa ser forte.
23	Cuidar do doente mental é uma tarefa sofrida.
24	A família é a maior responsável pela piora do paciente
26	Ouvindo a família pode-se ajudá-lo a encontrar soluções para os seus problemas.
28	Para ter certeza de que alguém é doente mental é preciso estar próximo dele.
31	Se uma pessoa usa droga acaba ficando doente mental.
34	O doente mental é um ser inútil.
36	O hospital psiquiátrico deveria acolher os mendigos
39	Dentro do hospital psiquiátrico, a equipe terapêutica mudou seu modo de tratar o doente mental, tendo para com ele atitudes mais humanizadas
40	A convivência com o doente mental provoca na família tensão e conflitos que geram doença ou outros desequilíbrios.
41	O doente mental está cada dia menos perigoso.
46	É difícil diferenciar um doente mental de uma pessoa normal.
47	Qualquer pessoa pode vir a ser doente mental.
48	Quando o paciente toma medicação corretamente ele nem parece que é um doente mental.
52	O profissional, em qualquer especialidade, tem que saber tratar a pessoa que tem problemas psiquiátricos.
53	A epilepsia é doença mental.
56	Nem todo problema emocional precisa de ajuda psiquiátrica

Figura 1 - Quadro demonstrativo das afirmativas prioritariamente referentes aos Conceitos de Saúde e Doença Mental

Itens	Questões
01	Se o doente frequenta um serviço de atendimento diário fica mais fácil para o familiar mantê-lo em casa.
02	Qualquer pessoa pode trabalhar em hospital psiquiátrico, basta ter jeito.
03	O doente mental é mais bem tratado no convívio com sua família do que no hospital.
07	Através do contato direto com a pessoa que sofre, o enfermeiro conhece as verdadeiras necessidades dessa pessoa.
11	É necessário dar suporte à família para que possa cuidar do doente mental.
12	O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira tem ampliado recursos extra hospitalares para assistência.
14	Hoje, nós encontramos mais doentes mentais sendo tratados fora dos hospitais.
15	Até algum tempo atrás, o familiar do doente ficava por fora dos tratamentos psiquiátricos.
20	As diretrizes políticas da saúde mental melhoram a qualidade da assistência nos hospitais psiquiátricos.
21	O familiar do doente mental é elemento importante no tratamento do mesmo.
25	A única solução para o problema do doente mental é a internação em hospital psiquiátrico.
27	Depois que o paciente psiquiátrico começa a tomar remédios, ele só vai piorando.
29	O principal modo do enfermeiro ajudar o doente mental é através das relações interpessoais.
30	Hoje a família continua por fora dos tratamentos do paciente psiquiátrico.
32	Quando alguém é internado em hospital psiquiátrico fico preocupado com a possibilidade dele receber maus tratos.
33	Estão acontecendo mudanças nos tratamentos dos doentes mentais ultimamente.
35	A internação deveria ser facilitada para os casos de agressão ou descontrole.
37	Somente o psiquiatra pode ajudar a pessoa que apresenta problemas emocionais
38	O projeto de lei de Paulo Delgado que acaba com os grandes hospitais psiquiátricos, precisa ser logo aprovado.
42	A visita frequente do familiar é importante no tratamento do doente mental.
43	Fala-se muito em mudanças e transformações, porém não temos visto nada na prática. Tudo está no mesmo.
44	Ficar no hospital durante o dia e dormir em casa todas as noites é a melhor maneira de tratar o doente mental.
45	Nas internações de antigamente, o paciente ficava impregnado, amarrado ou tomava eletrochoque.
49	Hoje ainda existem hospitais com prisões e quartos-fortes.
50	Tenho acesso fácil ao serviço psiquiátrico.
51	Se tivesse bom atendimento nos ambulatórios ou nos postos de saúde, diminuiriam as necessidades de internação.
54	Existe atendimento de emergência onde eu moro, evitando internação.
55	O enfermeiro tem uma função importante junto às famílias do doente mental, tanto no hospital como na comunidade.

Figura 2 - Quadro demonstrativo das afirmativas prioritariamente referentes à Assistência em Saúde e Doença Mental

Este procedimento foi realizado para que a análise entre as respostas dos portadores de doença mental, das famílias e dos profissionais fossem comparáveis tendo em vista o entendimento da doença e da assistência que os três grupos manifestaram.

Todas as respostas estão apresentadas detalhadamente de forma descritiva, no Anexo 2 (A, B e C).

Foram então calculados os valores das freqüências absolutas e percentuais das respostas de cada sujeito por grupo (Portadores, Familiares e Profissionais) e calculadas as respectivas médias e desvios padrão.

Testes estatísticos

Foram empregadas provas não paramétricas para verificar se eram ou não significantes as diferenças entre os três grupos. Igualmente testou-se, dentro de cada grupo, a eventual diferença entre categorias. Para todos os testes, admitiu-se como probabilidade de ocorrência do erro de primeira espécie (Erro tipo I) o valor de alfa =5%.

a) Comparação dos três grupos

Foi empregada a prova de Kruskal-Wallis para verificar se os escores de cada grupo diferiam ou não dos demais. Seguindo as indicações de SIEGEL (1975, p.209-218) calcularam-se os valores da estatística H, comparando com o valor crítico do Qui-quadrado com dois graus de liberdade (5,99).

comparando com o valor crítico do Qui-quadrado com dois graus de liberdade (5,99).

b) Comparação de categorias

Dentro de cada grupo testou-se se os escores consignados à categoria Conceito eram ou não maiores do que os atribuídos à categoria Assistência. Tratam-se portanto de provas monocaudais. Segundo as indicações de SIEGEL (1975, p.84-93), os testes foram realizados pela aproximação normal, comparando-se as estatísticas Z, observadas com o valor crítico de 1,64.

Análise qualitativa

As médias das respostas dos sujeitos em cada item permitiram comparações qualitativas dos resultados. Os dados que se destacaram foram amparados na discussão pela literatura pertinente.

Apresentação e Análise dos Resultados

4.1 Caracterização geral da população estudada

O número total da amostra foi de 250 sujeitos, dos quais 100 pertenciam à categoria Portador de Doença Mental, 109 à categoria Familiar e 41 à categoria Profissional. Os dados de identificação da população estudada encontram-se resumidos na Tabela 1, o que permite uma visualização global dos participantes da pesquisa.

Analisando os dados apresentados na Tabela 1, observamos que a idade do portador de doença mental variou de 20 a mais de 40 anos, sendo que o maior percentual (83%) constituiu-se por pessoas maiores de 30 anos. Apenas um deles tinha menos de 20 anos. A idade dos familiares concentrou-se num percentual de 88,9% na faixa de 30 a 40 anos ou mais de 40 (62,3%). Os 41 profissionais entrevistados eram maiores de 20 anos até pela própria condição de terem cursado a Universidade, estando apenas 6 deles com menos de 30 anos. A grande maioria estava concentrada na faixa entre 30 e 40 anos de idade (41,4%).

Os sujeitos dessa pesquisa estão distribuídos entre os dois sexos, chamando a atenção que o maior percentual dos portadores de doença mental é do sexo masculino (76%), o maior percentual de familiares é do sexo feminino (67,8%), assim como dos profissionais (78,5%).

Tabela 1- Distribuição dos sujeitos segundo a sua categoria, idade, sexo, local da coleta de dados, tempo de doença, tempo de internações, parentesco, vínculo, tempo de convivência do familiar com o doente, tempo de serviço e vínculo profissional.

Categorias	IDADE				SEXO		LOCAL COLETA DADOS		PORTADORES			FAMILIARES			PROFISSIONAIS	
	<20	20 -30	30 - 40	> 40	M	F	Hosp.	Amb.	Tempo da doença (anos)	Nº de internações	Parentesco	Vínculo	Tempo de convivência	Vínculo	Tempo de serviço	
Portadores									00 — 05 = 42	00 — 05 = 77						
									05 — 10 = 17	05 — 10 = 15						
	1	16	39	44	76	24	87	13	10 — 15 = 15	10 — 15 = 05						
									15 — 20 = 08	15 — 20 = 03						
Familiares									20 — = 18							
											Filho = 01	Acomp. = 99	00 — 05 = 08			
											Filha = 03	Cuid. = 05	05 — 10 = 07			
											Esposo = 13	Amigo = 05	10 — 15 = 09			
											Esposa = 18		15 — 20 = 17			
	0	12	29	68	35	74	48	61			Pai = 05		20 — = 68			
											Mãe = 25					
Profissionais																
	---	06	17	09	09	32	32	09								
Total			250		250		250	100	100	109	109	109	109	41	41	

Na Tabela 1 encontramos outros dados tais como a distribuição dos sujeitos em relação ao local de assistência. Observa-se que dos 250, 167 sujeitos (66,8%) estavam atendendo, sendo atendidos ou acompanhando alguém no hospital de internação. Entretanto, ressalta-se que havia grande quantidade de familiares no atendimento ambulatorial, tanto na Nossa Casa como no ambulatório do Hospital Espírita.

Do grupo de profissionais estudado, alguns fazem atendimento nos dois locais pesquisados. Nesta pesquisa, foi considerado o local onde o sujeito estava, no momento em que foi entrevistado. Da mesma forma, procedeu-se com os portadores e com os familiares.

Com relação aos portadores de doença mental, observamos na Tabela 1 que quase a metade deles (42 sujeitos) está há menos de 5 anos com a doença e 59% com menos de 10 anos doente. Os demais estão distribuídos tendo-se destacado a faixa com mais de 20 anos de doença contendo 18% dos portadores, sendo 41% com mais de 10 anos doentes.

Com as informações dos formulários pudemos fazer a associação entre o sexo do portador e o tempo de doença a partir da qual, 13 das 24 mulheres tinham de 0 a 5 anos, 5 de 5 a 10, 3 de 10 a 15 e 3 com mais de 15 anos. Dos 76 portadores homens, o tempo da doença de 29 foi menor do que 5 anos, 12 de 5 a 10, 12 de 10 a 15, 7 de 15 a 20 e 16 com mais de 20 anos da doença.

Observa-se que dos 100 portadores de doença mental entrevistados, 77 tinham passado por até 5 internações, sendo que destes, 40 tiveram apenas uma internação. Este dado é positivo, entretanto, verifica-

se ainda uma quantidade significativa de pacientes com mais de 10 internações, ou seja, 8 portadores em 100.

Com relação ao tempo da doença e a rotatividade de internações do portador de doença mental, é sabido que, para o portador, a doença mental e o sofrimento psíquico são fatores que o isolam do convívio social. Dessa forma, passam a viver seu próprio mundo, partilhando menos com os outros. Sentem-se vulneráveis porque, muitas vezes, a realidade que os acompanha lhes é persecutória, o tempo e o espaço se fragmentam, fragmentando também a sua história de vida (BRUNELLO, 1998).

BANDEIRA (1993) afirma que nos países desenvolvidos as readmissões atingem de 35 a 50% dos pacientes nos primeiros anos após sua alta, chegando a 70% no 2º ano. No Brasil, os pacientes psiquiátricos vivem todos com suas próprias famílias, uma vez que quase não foram desenvolvidos os lares protegidos e eles não têm acesso a serviços organizados e supervisionados de atividades ocupacionais e de lazer que são geralmente oferecidos pelas instituições e programas alternativos em saúde mental.

Este fato foi observado na presente pesquisa, onde dos 100 pacientes, 42% têm um tempo de doença de até 5 anos, sendo que a grande maioria (77%) tiveram 1, 2 ou até 5 internações no período de até 5 anos.

A partir destes dados percebe-se que com menos tempo de doença, as reinternações têm sido muito constantes, enquanto que, sendo maior o tempo da doença, menos internações ocorrem.

Este índice de repetições de internações pode significar que o sujeito doente não está conseguindo conviver em seu meio com a doença, precisando de reinternações seguidas. Da mesma forma, a família deve estar tendo dificuldades para conviver com o seu familiar doente, precisando reinterná-lo.

A nova política de diminuir o tempo de permanência nos serviços de saúde também pode ser fator determinante destas reinternações.

Observando as informações dos sujeitos sobre seu diagnóstico, o percentual de dependentes químicos é alto concentrando-se 13% na faixa de até 5 anos de doença. Nota-se também o predomínio da incidência deste diagnóstico, com 11% para os homens e apenas 2% para as mulheres.

Os pacientes que são mais freqüentemente re-hospitalizados são os que apresentam diagnósticos de esquizofrenia e outras psicoses ou os dependentes químicos.

Um fator que também contribui para o aumento das reinternações tem sido a diminuição dos leitos nos hospitais e o período permitido para cada paciente permanecer em cada instituição. Então, observa-se que os pacientes que viviam asilados nos hospitais, durante longas internações, podem hoje estar circulando de hospital em hospital, através de “curtas” internações, já que o período de reinternação permitido em cada instituição é de apenas 107 dias.

Outro fator, além da diminuição do número de leitos, é a falta de serviços extra-hospitais na cidade que poderiam estar dando suporte ao paciente, sem precisar muitas vezes passar por hospitalização integral.

Sobre esta visão, a grande maioria de familiares de portadores de doença mental queixa-se da falta de orientação quanto ao modo de tratar o doente mental. Queixam-se também, com frequência quanto a falta de esclarecimentos sobre o diagnóstico e a evolução da doença.

Consideramos que os três primeiros meses pós-alta são críticos para se evitar as reinternações. A cobertura comunitária adequada, certamente contribuiria para evitá-las.

Fatores psicossociais podem igualmente levar à necessidade de re-hospitalizações. Observamos que muitas das readmissões têm por objetivo dar descanso aos familiares, cujo fardo físico, emocional e social é reconhecidamente pesado, tal como relatado por KOGA (1997).

Como salienta TSU (1993), outro ponto importante diz respeito às reinternações e sua relação com o acompanhante. O familiar, o assistente social, o policial e outros têm sido objeto de estudo no sentido de se tentar detectar em que medida o tipo de acompanhante e a sua atitude influem na decisão da internação a ser tomada pelo médico.

Essa mesma autora relata que os diversos estudos realizados nessa área têm apontado para o fato de que a atitude do acompanhante, favorável ou contrária à admissão em hospital psiquiátrico, é o fator que provavelmente mais pesa na decisão.

À luz do estudo de ACKERMAN (1986) com famílias, observamos que tanto o conflito familiar pode fornecer caminho para a solução do conflito individual como pode "empurrar" o indivíduo em conflito para um estado de descompensação emocional com conseqüente re-hospitalização.

Da mesma forma, CAMARGO et al. (1983) afirmam que a ressocialização dos portadores de doença mental, nos dias atuais, abrange procedimentos técnicos parciais, que vão desde grupos de sensibilização e convivência, até promoção de atividades lúdicas. Para eles, a própria convivência com a equipe terapêutica, onde o modelo de vida levado pela equipe e a atenção dada para os assuntos psicológicos pelo pessoal do serviço, funcionam como ressocialização.

MIRANDA (1998a) comenta que depois de uma experiência de adoecimento mental, os pacientes com frequência necessitam de reabilitação psicológica, social, médica, ocupacional e outras que possam auxiliá-lo a administrar a vida, depois da crise e das marcas deixadas pelo intenso sofrimento psíquico vivido.

Observamos que muitas das reinternações ocorrem porque com sua alta hospitalar melhorada, o paciente não está apto a transpor as barreiras do pós-alta, especialmente devido ao longo tempo em que esteve afastado do convívio social. Sua permanência na comunidade dependerá de muitos fatores, mas principalmente da recepção e aceitação de seus familiares (CARRASCO, 1968).

Para SARTORIUS (1995), a principal meta de reabilitação em psiquiatria é de se melhorar a qualidade de vida dos doentes, conforme percebida por eles mesmos e pelos familiares, através do retorno gradual às atividades diárias.

CLEMENTE FILHO (1998), num estudo sobre ressocialização do portador de doença mental, diz que quanto maior o convívio com pessoas

normais, maior o estímulo e maior a resposta em termos de desenvolvimento intelectual.

Os 109 familiares que participaram desta pesquisa informaram sobre seu parentesco, ou vínculo que mantinham com o portador de doença mental e o tempo dessa convivência. Observamos na Tabela 1 que a maioria (67,8%) dos acompanhantes são do sexo feminino, sendo 58 deles esposa, mãe ou irmã. Poucos são os filhos desses portadores encontrados na população investigada, concentrando-se 84 sujeitos “26 do sexo masculino e 58 do sexo feminino” nas pessoas de relações muito próximas, ou sejam, cônjuges, pais e irmãos.

Essas pessoas informaram serem acompanhantes em 90,8%. Foi interessante observar que mesmo tendo a opção de serem classificados como cuidador ou acompanhante, a maioria optou por se considerar acompanhante. Sabendo que muitos são pais, esposos e irmãos supõe-se que sejam também os cuidadores. Apenas 5, identificaram-se como cuidadores.

O tempo de convivência com o portador de doença mental, informado pelos familiares, concentra-se na faixa de mais de 15 anos, em 78% deles. Isto significa um fardo pesado para estes familiares.

Com a implantação da política de desinstitucionalização, os cuidadores, os familiares e a comunidade estão se organizando e passaram a fazer uma série de reivindicações para poder suportar o novo papel que lhes está sendo conferido pela atual política de saúde mental.

Nesse sentido, MACEDO (1997) comenta que

“(...) a primeira referência sobre o sofrimento dos familiares aparece em 1946 com Treudley, que introduziu o conceito de “burden” na literatura psiquiátrica inglesa. Na língua portuguesa, as palavras que mais se aproximam do conceito de “burden” são sobrecarga, fardo e peso” (p. 117-8).

Esse mesmo autor afirma que quase sempre o convívio com o paciente psiquiátrico produz uma intensa sobrecarga que acaba por comprometer a saúde, a vida social, a relação com os outros membros da família assim como o lazer, a disponibilidade financeira, a rotina doméstica e inúmeros outros aspectos de vida dos familiares. KOGA (1997) verificou esta sobrecarga em pesquisa realizada junto à familiares de esquizofrênicos.

Não se pode ignorar a realidade nacional. Hoje, estudiosos como RORIS (1998) perceberam que tanto os pacientes como os familiares estão estressados com o quadro de doença mental tendo em vista a luta pela sobrevivência cotidiana própria dos dias atuais. Observa-se que diante da situação da doença não pode muitas vezes dispor de tempo nem da necessária compreensão que exige, especialmente, o portador do quadro psicótico.

Para muitos familiares, manter um portador de doença mental no lar, eqüivale a reduzir todo o círculo de relações familiares posto que, muitas vezes, as pessoas desconhecem o aspecto de afetividade já deteriorada e as conseqüências do desgaste emocional que o convívio com a doença impõe.

Em um estudo com pacientes psiquiátricos e familiares MONTAGNA et al. (1985) ressalta que a presença de um familiar doente em casa, representa muitas vezes efetiva sobrecarga à família, em níveis de

mensuração. A forma como a família pode lidar com as desvantagens representadas pela presença do portador de doença mental é de primeira importância na avaliação da situação.

Mesmo assim, concordo que apesar dos intensos transtornos e também do sofrimento, vivenciado por essas famílias, elas aceitam conviver com os pacientes e suportam toda sobrecarga que lhes é imposta e suas consequências físicas, emocionais e sociais.

É necessário frisar que ter um familiar com quadro psicótico é uma experiência ímpar que muitas vezes envolve vizinhos, serviço médico, polícia e bombeiros. Assim, concordo com Winnicott apud KOGA (1997) quando refere que a carga da psicose pode ser motivo de desestruturação da família; esta desestruturação poderia ser evitada, caso houvesse um programa que o ajudam a aliviar este peso.

Dessa forma, é fundamental que a família seja incluída na proposta terapêutica dos portadores de doença mental e não apenas como um apêndice ou um informante a respeito da sua história e dos seus sintomas. A inclusão destas famílias abre espaços para que elas também possam colocar suas dificuldades, angústias, ansiedades e assim participarem ativamente no processo de ressocialização.

O acolhimento às famílias tem uma dupla função. Para MIOTO (1993),

"(...) por um lado ele possibilita que a família se sinta amparada e aceita, o que proporciona uma redução da ansiedade e favoreça sua participação nas medidas necessárias ao tratamento ao paciente. Por outro, cria condições propícias para sua mobilização e envolvimento no processo terapêutico" (p. 271).

Entretanto, não se deve esquecer que a saúde mental das famílias depende das suas condições de vida. Nesse sentido, é fundamental que sejam implantadas políticas públicas sociais e de saúde voltadas para o bem-estar e estabilidade das famílias.

Nesse sentido, lembremos das nuances das quais RORIZ (1998), chama a atenção, ou seja, que

“(...) além dos familiares não serem técnicos habilitados para lidar com esta questão, podemos estar falando, por exemplo, de uma família que se reduz a uma mãe ou esposa que tem que trabalhar, com filhos menores para serem criados, muitas vezes em condições estruturais difíceis e que não comportam a presença de um paciente rebelde ou agressivo, que ameace a segurança de todos” (p. 39).

Oferecer suporte à família que tem um familiar com distúrbio mental é necessário. É um campo indiscutivelmente rico que os profissionais da saúde podem oferecer tanto à família como ao portador, por exemplo como grupos de ajuda e orientações a respeito de conceitos, crenças, ansiedades e valores em relação a doença mental. Daí a importância de se reconhecer também a opinião dos familiares a respeito de saúde/doença mental e da assistência que têm encontrado e suas representações.

Encerrando a análise dos dados de identificação dos sujeitos, observa-se na Tabela 1 que dos 41 profissionais, 25 (39%) são médicos ou enfermeiros, tendo também 3 psicólogos, 3 assistentes sociais e 1 terapeuta ocupacional. Os demais (8) colocados na categoria **outros** são nutricionistas (2), educador físico (1), economista doméstica (1) e técnicos (auxiliares de enfermagem e praxiterapeutas).

Esses profissionais de saúde mental estão em sua maioria, com pouco tempo de serviço, ou seja, menos de 5 anos (68,2%) o que coincide com 56% deles abaixo dos 40 anos de idade. Apesar da jovialidade desse pessoal, vale ressaltar que 14,6% é constituído por profissionais com mais de 15 anos de atuação na área.

Essa conjunção de diferenças, onde observamos que a maioria dos profissionais que estão atuando são jovens, muitos recém formados e com pouca experiência na área, isso implica um novo modo de atuar e vem permeada pelo medo do desconhecido nessa experiência. Podemos dizer que esse temor diz respeito aos diferentes referenciais teóricos e às práticas que cada categoria profissional carrega consigo e, ao mesmo tempo, às diferenças políticas e ideológicas a estas vinculadas. A diversidade de referenciais reveste o cotidiano de um peso adicional e, na busca de ajuste, carrega a desvalorização de 'saberes' específicos que pertencem a cada profissional.

Nesta perspectiva, este movimento compartilhado que se conforma na cotidianidade dos serviços, prioriza o conflito e a resolução das necessidades dos portadores de doença mental, redefinindo um campo de atuação compartilhada, evidentemente garantindo o núcleo central de cada atuação profissional.

Dessa forma, ameaçam sua própria identidade profissional, por desconhecer a reorganização dos espaços de intervenção nos serviços de saúde com a valorização de componente humanístico e de cidadania. Este movimento foi deflagrado pelas garantias constitucionais de integralidade

das ações, acesso aos serviços de saúde de qualidade onde os princípios de equidade, integralidade e universalidade sejam garantias na qualidade da assistência prestada e satisfação dos usuários.

Muitos desses profissionais se vêem obrigados a trabalhar em mais de uma instituição. Por exemplo, num período trabalham em um serviço fechado, tipo asilar, e no outro em um atendimento aberto com proposta ressocializadora. Dessa forma, eles têm que conviver e saber lidar com essas duas propostas de assistência.

Com isso, podemos observar, por exemplo, que o desconhecimento em lidar com pacientes psicóticos dentro da “nova lógica” antimanicomial, as dúvidas relacionadas à delimitação do espaço terapêutico e à própria formação do profissional apresentam-se como uma zona que se conforma na cotidianidade das práticas profissionais.

A angústia nesta perspectiva pode ser entendida como uma rede encobridora dos conteúdos emergentes no cotidiano do trabalho. Em outros termos, o medo da loucura e da identificação com ela associado, simultaneamente ao medo da perda da identidade profissional apresentam-se muitas vezes como insuportável e de difícil superação face às características definidas deste movimento. Isso é difícil de acontecer com profissionais com conhecimento, competentes, seguros do saber e saber fazer, tanto numa modalidade de assistência como em outra forma. Neste sentido, o que está em jogo é a visão de assistência que cada um presta ao portador de doença mental e não a falta de experiência ou o fato de serem jovens, porque encontramos profissionais jovens, mas com uma visão

amadurecida, com competência e seguros nas suas convicções de propostas da assistência ao portador de doença mental.

4.2 *Análise quantitativa das respostas dos sujeitos à Escala de Medida de Opinião - EMO, sobre Conceitos e Assistência em Saúde e Doença Mental.*

As respostas de todos os sujeitos às 56 afirmativas da EMO foram disponibilizadas através da impressão dos registos na planilha Excel, conforme apresentadas no Anexo 2 .

Os registos numerados de 1 a 100 referem-se aos portadores de doença mental, de 101 a 209, aos familiares e de 210 a 250 aos profissionais.

Separando as duas categorias de análise, por tipo de sujeito, foram calculadas as médias e os desvios-padrão desses escores, conforme apresentados nas Tabelas 2 e 3.

Os valores médios dos escores em cada grupo, para cada questão, são apresentados com o objetivo de sintetizar o conjunto dos valores originais. Igualmente, são apresentados os desvios-padrão respectivos, objetivando captar a dispersão daqueles valores originais.

Cabe mencionar que as médias e os desvios são divulgados como medidas resumo, propiciando eventualmente, comparações simples entre os grupos. Esses parâmetros não se prestam, no presente trabalho,

para realização dos testes estatísticos, já que, pela natureza das medidas, os testes realizados foram do tipo não paramétricos.

1 – Comparação dos três grupos

A prova de Kruskal-Wallis resultou nos valores observados da estatística H:

H = 56,14 na categoria Conceitos

H = 59,98 na categoria Assistência

Ambos os significantes, quando comparados com o valor crítico do qui-quadrado com dois graus de liberdade: 5,99. Conclui-se portanto, que os grupos diferem tanto na Categoria Conceitos, como na Categoria Assistência.

Examinando-se os valores médios dos scores, (Tabelas 2 e 3) por categoria em cada grupo, infere-se que as diferenças ocorreram como segue:

Conceito:

Portadores (2,58) > Familiares (2,49) > Profissionais (2,13)

Assistência:

Familiares (2,47) > Portadores (2,44) > Profissionais (1,97)

Tabela 2 – Médias e desvios padrão dos scores com relação ao **Conceito** de Saúde e Doença Mental, segundo as respostas dos portadores de doença mental, dos familiares e dos profissionais ao EMO

N°	Portadores		Familiares		Profissionais	
	Média	Desvio	Média	Desvio	Média	Desvio
4	1,50	1,12	1,27	0,85	1,20	0,40
5	2,71	1,81	2,61	1,69	1,90	1,37
6	3,70	1,65	3,53	1,66	4,27	1,18
8	2,37	1,73	1,39	1,03	1,85	1,11
9	1,82	1,44	1,62	1,25	1,20	0,56
10	3,51	1,49	3,74	1,32	2,76	1,26
13	2,67	1,81	2,26	1,55	1,15	0,65
16	1,29	0,90	1,17	0,62	1,02	0,16
17	1,21	0,67	1,21	0,64	1,44	0,84
18	2,73	1,70	2,90	1,70	1,88	1,40
19	2,74	1,72	2,47	1,44	2,00	1,07
22	4,08	1,45	4,35	1,36	3,02	1,23
23	4,15	1,45	4,46	1,15	2,98	1,44
24	2,84	1,77	2,65	1,66	2,29	1,33
26	1,30	0,73	1,25	0,84	1,20	0,40
28	3,73	1,64	3,98	1,53	3,05	1,36
31	4,26	1,42	4,55	1,12	3,78	1,24
34	2,24	1,68	1,84	1,42	1,15	0,42
36	3,69	1,69	2,48	1,70	1,10	0,49
39	1,57	1,14	1,32	0,78	1,51	0,78
40	1,98	1,41	1,97	1,51	2,15	1,15
41	2,45	1,58	2,62	1,50	2,71	1,29
46	3,00	1,79	3,30	1,66	3,78	1,15
47	1,66	1,28	1,56	1,18	1,37	0,99
48	1,50	1,07	1,76	1,30	2,61	1,24
52	1,52	1,23	1,36	1,04	1,59	0,87
53	3,35	1,69	3,61	1,47	2,66	1,65
56	2,61	1,66	2,51	1,64	1,93	1,19
Total	2,58	0,96	2,49	1,08	2,13	0,91

Tabela 3 – Médias e desvios padrão dos scores com relação à **Assistência** em Saúde e Doença Mental, segundo as respostas dos portadores de doença mental, dos familiares e dos profissionais ao EMO

N°	Portadores		Familiares		Profissionais	
	Média	Desvio	Média	Desvio	Média	Desvio
1	1,92	1,51	1,96	1,58	1,44	0,84
2	3,86	1,61	3,37	1,81	2,00	1,34
3	2,50	1,65	2,71	1,55	2,80	1,38
7	1,39	0,95	1,56	1,08	1,56	0,63
11	1,25	0,77	1,26	0,76	1,15	0,65
12	1,85	1,25	2,04	1,26	2,10	1,22
14	2,64	1,61	2,52	1,57	2,41	1,20
15	2,39	1,61	2,31	1,51	1,80	1,17
20	1,95	1,32	2,28	1,42	2,29	1,25
21	1,21	0,76	1,07	0,33	1,02	0,16
25	4,19	1,39	3,93	1,46	1,56	1,07
27	1,86	1,47	1,70	1,29	1,22	0,72
29	1,55	1,11	1,84	1,35	1,66	0,91
30	2,64	1,71	2,59	1,65	2,83	1,34
32	3,09	1,76	3,58	1,75	3,15	1,59
33	2,27	1,57	1,83	1,13	1,51	0,55
35	2,16	1,61	1,46	1,08	2,12	1,25
37	4,08	1,47	3,97	1,51	1,71	1,36
38	3,55	1,75	4,06	1,61	3,37	1,58
42	1,25	0,86	1,10	0,45	1,15	0,53
43	3,70	1,55	3,54	1,58	2,27	1,34
44	3,04	1,76	3,54	1,59	2,29	1,15
45	3,13	1,78	2,94	1,77	2,07	1,40
49	2,93	1,78	2,97	1,51	1,63	0,97
50	1,96	1,50	2,28	1,71	2,34	1,51
51	1,42	1,01	1,52	1,16	1,32	0,72
54	3,21	1,89	3,83	1,71	3,24	1,62
55	1,40	1,02	1,39	0,94	1,24	0,62
Total	2,44	0,92	2,47	0,96	1,97	0,67

Com esses dados observa-se que, no total, os portadores estão mais concordantes com relação às afirmações referentes ao Conceito de Doença Mental, seguido das concordâncias dos familiares. Os profissionais, por sua vez, demonstram menor concordância com as afirmações, porém com maior nível de homogeneidade das respostas (Desvios-padrão = 0,91).

Nas respostas referentes a Assistência houve maior concordância dos familiares, seguido dos portadores e dos profissionais. Novamente, os profissionais apresentam maior homogeneidade nas respostas (Desvio-padrão=0,67). Essas conclusões podem ser visualizadas nas figuras 3 e 4 que relacionam em cada questão o valor médio do score para portadores, familiares e profissionais tanto no que se relaciona aos Conceitos de Saúde e Doença Mental como na Assistência.

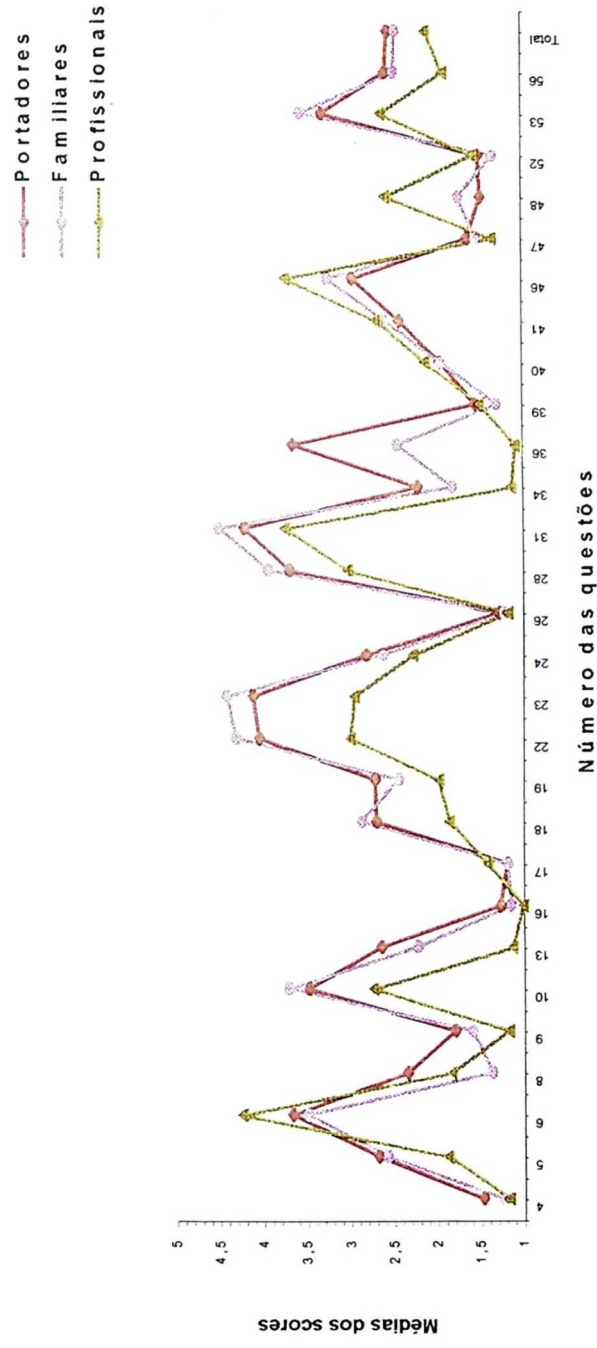


FIGURA – 3 Gráfico da distribuição das médias dos scores de Conceito de Saúde e Doença Mental, segundo portadores, familiares e profissionais, em resposta ao EMO

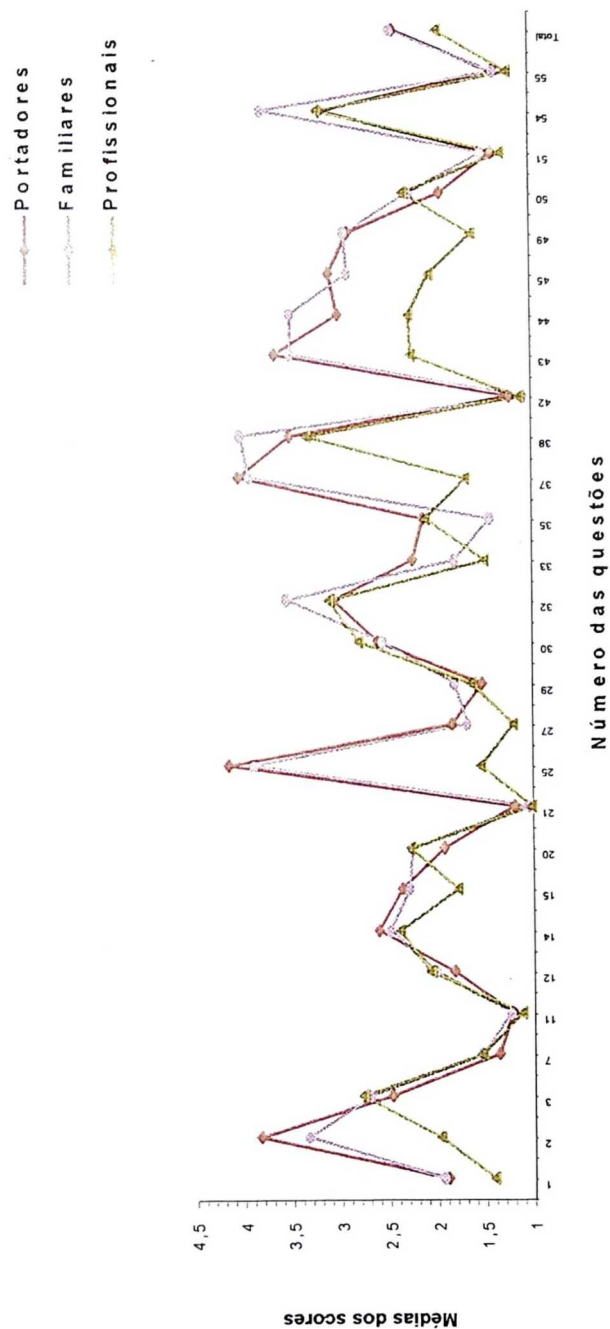


FIGURA 4 – Gráfico da distribuição das médias dos scores de Assistência em Saúde e Doença Mental, segundo portadores, familiares e profissionais, em resposta ao EMO

Na análise qualitativa dos resultados da aplicação da Escala de Medida de Opinião - EMO, serão destacadas as questões que apresentam maior concordância comparando Portadores, Familiares e Profissionais, tanto nas questões referentes ao Conceito sobre Saúde e Doença Mental como nas questões referentes à Assistência.

2 – Comparações de Conceitos com Assistência

A aplicação do teste de Wilcoxon dentro de cada grupo resultou nos valores observados da estatística Z e nas conclusões conforme a Tabela 4, após a comparação com o valor crítico 1,64.

Tabela 4 – Resultados dos testes de Wilcoxon nos grupos de portadores, familiares e profissionais, para Conceito e Assistência

Grupos	Valor de Z	Conclusão
Portadores	3,34	Conceito (2,58) > Assistência (2,44)
Familiares	0,20	Não significativa
Profissionais	3,06	Conceito (2,13) > Assistência (1,97)

Tanto os portadores como os profissionais tendem a concordar com as afirmações mais frequentemente para Conceito de Saúde/Doença Mental do que para a Assistência. Não se notaram diferenças equivalentes entre os

familiares para os quais Conceito e Assistência receberam concordâncias e discordâncias semelhantes.

Essa indicação dos resultados estatísticos já era verificada nos dados absolutos, referentes às respostas onde a concordância entre os Conceitos contidos nas afirmações mais tradicionalmente aceitos é mais freqüente.

Esta situação é esperada visto que conceitos novos tendem a demorar mais para serem absorvidos pois dependem de elaboração mental e aceitação pelo grupo de referência. Então, o índice de concordância poderia ser mesmo maior nas afirmativas menos polêmicas, menos inovadoras.

Diferentemente, a assistência tem sofrido intensas alterações. O reflexo dessa mudança é perceptível neste teste, tendo havido maior dispersão tanto nas respostas absolutas como nos testes comparativos.

4.3 Análise qualitativa

Observando os valores absolutos, as médias e desvios dos conceitos verifica-se que segundo os portadores de doença mental assim como seus familiares, houve maior índice de concordância nas questões: *“Se uma pessoa usa droga, acaba ficando doente mental” (31)*, *“Cuidar do doente mental é uma tarefa sofrida” (23)*, e *“O bom enfermeiro precisa ser forte” (22)*. Estas

* O número entre parênteses refere-se ao número da afirmativa na Escala EMO.

manifestações dos sujeitos emitem o conceito de que cuidar do doente mental é uma tarefa difícil e pouco valorizada como competência profissional.

Além disso, carregam o equívoco de que o uso de drogas leva à doença mental.

No conjunto dos profissionais, o conceito absoluto que apresentou maior grau de concordância na **EMO** foi "*O alcoolismo é doença mental*" (6).

A partir destes dois conceitos com maior grau de concordância como "o alcoolismo é doença mental" e "se uma pessoa usa droga, acaba ficando doente mental", fomos procurar na literatura autores que discutissem acerca do assunto.

Observamos que os efeitos do álcool e das drogas sobre o comportamento daquele que os consome de forma abusiva e emocional ou daquele que o faz habitualmente e por longos períodos tem sido documentados na literatura de diversas áreas como a médica, psicológica e sociológica nos últimos anos.

O mito em alcoolismo de mais ampla aceitação é a idéia de que o alcoólatra bebe porque tem problemas. Segundo LAZO (1989), a verdadeira causa do alcoolismo, é o beber, juntamente com uma causa orgânica. É o beber do alcoólatra e suas seqüelas que levam aos conflitos de personalidade, problemas psicológicos, frustrações e dificuldades sócio-econômicas. Estes são portanto as conseqüências do alcoolismo não as causas.

Outro fator interessante é salientado. O alcoólatra, não bebe por ter problemas psicológicos e de personalidade. O indivíduo tem problemas

psicológicos e de personalidade porque bebe. As raízes do alcoolismo como ele salienta não são os problemas psicológicos, e o ato de beber não é o sintoma. O beber é a raiz do problema, a ação; os sintomas são os problemas psicológicos.

Para LARANJEIRA & NICASTRI (1996), droga é qualquer substância álcool ou similares que têm a propriedade de atuar sobre um ou mais sistemas do organismo (e que não seja produzido por ele), provocando alterações em seu funcionamento.

A respeito da afirmativa, se uma pessoa usa droga acaba ficando doente mental, para BIRMAN (1993), os usuários de drogas não são necessariamente portadores de qualquer patologia psíquica.

Entretanto, GOODWIN & GUZE (1981) comentam que o uso excessivo crônico do álcool produz uma ampla série de sintomas psiquiátricos que, em várias combinações, podem arremedar outros transtornos psiquiátricos.

Quanto ao diagnóstico, esse mesmo autor acrescenta que, enquanto uma pessoa está bebendo exageradamente e durante o período de abstinência, é difícil determinar se sofre de uma condição psiquiátrica diferente do alcoolismo.

Observamos, na nossa prática profissional, que um paciente que esteja bebendo exageradamente e sem se alimentar, pode se tornar hipoglicêmico e esta condição pode produzir sintomas que se assemelham aqueles vistos na abstinência. Por isso, concordamos com os autores em pauta,

quando referem que o tratamento do alcoolismo não deveria começar até que os sintomas de abstinência diminuíssem. Fora da síndrome de abstinência é mais fácil identificar de maneira correta o que se passa; à partir daí, podem ser indicadas as condutas terapêuticas adequadas.

Quanto ao fato do Conceito, "O bom enfermeiro precisa ser forte" entendemos que o bom enfermeiro precisa ser qualificado, ter conhecimentos e segurança em seus atos e ter experiência na área na qual desenvolve seu trabalho.

Não precisa ser forte ou fraco. Entendemos que a eficácia do seu trabalho pode ser verificada através de uma assistência humanizada, independente da força física.

Para BORSÓI (1997), assistência humanizada refere-se ao compromisso com a assistência aos pacientes, escutando aquilo que eles demandam e não achando que já sabemos o que é melhor para eles.

Concordamos com MÁXIMO & MALHEIRO (1997), quando afirma que uma das abordagens de atendimento ao paciente é de escuta de sua queixa, onde, muitas vezes, é só o que temos a fazer. Ouvir o paciente já lhe dá a garantia de que alguém está disponível para que possa falar sobre suas dores, e aliviar suas ansiedades.

Para efetuar um bom trabalho, não necessitamos de pessoas fortes ou fracas mas de profissionais preparados cujo trabalho esteja voltado para atender às reais necessidades da pessoa que sofre.

Um fator determinante para qualquer pessoa que desenvolva um bom desempenho na profissão, segundo ZANELLI (1995), é o preparo profissional que inclui conhecimento e domínio na área, motivação, habilidades que envolvem tanto experiências intelectuais como práticas.

Nas afirmativas onde houve maior concordância entre familiares (58%) e portadores de doença mental (61%), encontrou-se o conceito de que “qualquer pessoa pode trabalhar em hospital psiquiátrico, basta ter jeito”. Esta questão traz para a enfermagem uma importante preocupação, pois muitos desses profissionais não são especificados como alguém que precisa de preparo para trabalhar com o doente mental. Possivelmente, o enfermeiro a que estes usuários estão se referindo não se diferenciam através de um desempenho profissional.

O desconhecimento sobre as atividades do enfermeiro no contexto dos serviços de saúde mental/psiquiátrica talvez não seja percebido pelos próprios portadores e familiares, sendo, freqüentemente confundido, com outros membros da equipe de enfermagem. Por outro lado, o distanciamento do enfermeiro provocado pela lógica da necessidade institucional que recolocou a força de trabalho do enfermeiro na administração destes espaços, inclui desde a unidade de internação até a instituição como um todo.

Nesse sentido, o enfermeiro não é valorizado pelos usuários. Sobre esta questão, ainda, pode ser que a compreensão do trabalho do enfermeiro no sentido mais tradicional, esteja sendo mais interpretado frente a tecnologia adotada nos serviços psiquiátricos como algo irrelevante. Noutras palavras, a

atuação profissional do enfermeiro, nestes serviços, baseia-se no relacionamento interpessoal, associado aos diferentes enfoques psicoterapêuticos e psicoterápicos. Por não ser visualizado como uma técnica no processo da relação de ajuda e que exige contínuo aprendizado, possivelmente, esteja sendo camuflado pela interpretação como interação social a qual ocorre no seu cotidiano, quer na família, quer na comunidade. Mediante estas possibilidades, faz-se necessário que o enfermeiro traduza em ações, de forma transparente, esta dimensão de sua prática profissional favorecendo ao portador e familiares melhor compreensão do seu papel. Promoverá, também, sensível melhoria na qualidade da assistência prestada.

Esta questão, nos leva ao conceito de que “O bom enfermeiro precisa ser forte”, com um percentual de 91% de concordância entre os familiares e 66% dos portadores. Esta questão de ser forte, também vem de encontro ao conceito de que o “doente mental é agressivo”. Sabemos que a agressividade tem várias origens dentre as quais encontram-se: respostas aos maus tratos recebidos, dificuldade em se expressar ou ser entendido, medicação inadequada e reações a determinadas terapêuticas limitantes. Assim, eliminando essas possibilidades e recebendo portanto atenção terapêutica adequada, encontramos poucos episódios de agressividade doentia propriamente dita. Estas manifestações devem ter pronto atendimento pois a pessoa, com manifestações de auto ou hetero agressividade, precisa de ajuda profissional.

Tendo em vista estas questões e sobre essas pontuações encontramos ainda na literatura autores como BOTOMÉ (1988) que comenta que uma profissão não existe solta no vácuo. Para ele, qualquer que seja essa profissão, ela é um conjunto de atividades de diferentes pessoas, que dependem de ensino que, por sua vez, depende de conhecimentos de boa qualidade. Portanto, é fundamental que esta atividade seja adequada e suficientemente estudada pelos que atuam ou vão atuar no campo profissional.

Assim, muitas vezes observamos e encontramos, pessoas que estão executando determinadas funções sem um mínimo de conhecimento, sobre o que estão exercendo, ou mesmo, se possuem conhecimentos, estão desmotivadas, porque não seria realmente a sua vocação; alguns, por falta de opção ou mesmo em termos de remuneração, continuam nesta área. Este é um dos motivos pelos quais encontramos, muitas vezes, assistência de má qualidade.

Neste sentido, acreditamos, como salienta GIL (1998) que nem sempre teremos as respostas prontas para cada eventualidade que ocorrer, porém, alguns elementos norteadores da prática profissional são fundamentais e nos auxiliam na busca do bom-senso na prática efetuada com o paciente sob nossos cuidados.

Os profissionais do presente estudo também foram mais concordes quando se referiam à *“Se uma pessoa usa droga, acaba ficando doente mental”* (31) e *“É difícil diferenciar um doente mental de uma pessoa normal”* (46). Aproximando-se da média de respostas com alta concordância na Escala ainda

podemos destacar *“Para ter certeza de que alguém é doente mental é preciso estar próximo dele” (28) e “ O bom enfermeiro precisa ser forte” (22).*

Avaliando suas respostas, encontramos aparente contradição, conforme descrevemos a seguir:

1 – Esses profissionais posicionam-se dessa forma quando dizem que a loucura é algo muito próximo da normalidade, quando partem para o extremo oposto da estigmatização. Assim, negam a doença, o que é preocupante pois se a doença não existe ou é quase imperceptível o que explica certos comportamentos das pessoas e qual seria a tarefa do profissional?

Este posicionamento é incoerente com respostas anteriormente dadas pelos mesmos, visto que concordam que alcoolismo é doença mental, que o portador de doença mental é agressivo e que precisa ser contido por um enfermeiro forte.

2 – Esses profissionais, por outro lado, podem estar transmitindo a idéia de que pouco se sabe sobre a loucura, a doença mental, seus limites, suas delimitações; parece que é difícil diagnosticar, ou ainda, que as conquistas obtidas nas “atividades da vida diária” não têm valor humano, nem terapêutico.

O que será necessário para identificar se a pessoa é doente mental a uma certa distância?

Da mesma forma, fica estranho o consenso de uma assistência que ainda necessita de enfermeiros “fortes”. Isto denota que espera-se que este profissional lide com agressividade (por vezes controlada e até mal medicada).

Com relação à Assistência, as respostas com maior índice de concordância pelos portadores referem-se a: *“A única solução para o problema do doente mental é a internação em hospital psiquiátrico”* (25), *“Somente o psiquiatra pode ajudar a pessoa que apresenta problemas emocionais”* (37).

A primeira afirmação faz refletir sobre a falta de consciência, cidadania e ética que circula, atualmente na sociedade, sobre a exclusão dos portadores de doença mental e o sistema de saúde inadequado, cronificando casos que deveriam ser eficientemente tratados e reinseridos em seu meio.

Embora muitas mudanças na assistência estejam ocorrendo, o familiar e o paciente enxergam a hospitalização ainda como a única solução.

Isto tem a ver com uma proposta de desospitalização que não está sendo acompanhada pela devida implantação dos serviços alternativos de atenção à saúde.

Portanto, concordamos com LUCAS (1997) quando afirma que, novas estruturas de atenção à assistência são desenvolvidas na tentativa de oferecer outros lugares para os portadores de doença mental. Busca-se facilitar a autonomia e o poder de contratualidade afetiva, social e econômica, garantindo o espaço da diferença e o acolhimento, o que leva a novas formas de se relacionar sem reduzir o sujeito que sofre à categoria da doença.

Muitos desses familiares e pacientes se manifestaram a favor de que a hospitalização seja única solução. Talvez porque a maioria deles não teve acesso às informações sobre novas formas, novas tentativas de assistência ao

portador de doença mental, tendo uma única alternativa, no momento, o hospital psiquiátrico.

Por outro lado, a maioria concorda que mesmo sendo uma instituição fechada, a assistência é humanizada, onde não são calados, mas têm atenção dos profissionais que dão assistência, sendo sempre motivados a participar da luta pelos direitos dos portadores de doença mental.

Dentro do campo da psiquiatria, vem crescendo progressivamente o interesse sobre a avaliação do comportamento do doente mental e sua inserção social, ao lado do respeito à diversidade de condutas humanas, considerado o indivíduo em seu contexto singular.

Se nós, profissionais de saúde, não fizermos um constante questionamento sobre nossa atuação profissional, certamente seremos envolvidos pela rotina de trabalho. Por isso, uma reflexão séria e permanente, em cada procedimento junto a pessoa que precisa de ajuda, se faz necessária.

Como salientam MARCILIO & FIGUEIREDO (1998), a partir das transformações que vem ocorrendo na assistência, os pacientes têm passado do lugar passivo de consumidores do saber, de consumidores de psicotrópicos, para sujeitos de uma transformação não apenas da psiquiatria, mas de toda a sociedade.

Esses mesmos autores em pauta relatam que

“Uma sociedade que sabe conviver com as diferenças é muito mais rica e feliz. Os usuários dão esse testemunho quando assumem o lugar de cidadãos na sociedade. O diferente fica lado a lado, contribuindo e transformando não apenas a relação entre loucos e não loucos, mas

transformando toda uma sociedade, para que ela seja mais tolerante, mais livre e mais feliz, que é o que nós queremos para nós, para nossos filhos e netos” (p. 45-6).

Com relação à segunda afirmação, “Somente o psiquiatra pode ajudar a pessoa que apresenta problemas emocionais”, concordamos com PITTA (1996) quando salienta que ao falarmos de assistência estamos nos referindo ao uso prático de uma ética da responsabilidade que deve ter desdobramentos legais, técnicos e administrativos que não nos façam ser mais cínicos do que temos sido até então, ao fazer de conta que estamos cuidando de pessoas.

Como observamos na nossa prática, o institucionalismo é a síndrome do afastamento social, resultante de uma hospitalização prolongada, que provoca a cronificação da doença, duplamente voltada para dentro de si mesma.

Assim, graças a profissionais engajados e preocupados com as novas políticas de assistência ao portador de doença mental, com nova visão de tratamentos, a hospitalização propriamente dita será limitada aos períodos agudos, que colocam a vida em perigo, e mesmo assim substituída por outras estruturas de atendimentos, que permitam ao doente, uma readaptação à família, ao trabalho e à sociedade.

Observamos no campo da saúde mental, os últimos tempos têm sido marcados por uma série de mudanças em prol da reestruturação, acerca dos direitos à cidadania dos Doentes Mentais e sua inclusão na sociedade.

Essa tem sido a grande luta do movimento da reforma psiquiátrica que comporta uma visão moderna e justa acerca da cidadania e dos direitos humanos do portador de doença mental.

Assim sendo, a forma de se tratar a questão dos transtornos mentais e o direito a cidadania do doente, não é aceita e nem admite que o portador de doença mental continue sendo visto como alguém que, em razão da doença que o vítima, seja despojado de seus direitos ou impedido de exercer sua cidadania (MORAES, 1998).

Este mesmo autor aponta que, cada vez mais, os profissionais estão preocupados com os cuidados dos seus doentes; são obrigados constantemente a se perguntar, se devem ou não intervir em um determinado momento e qual a melhor forma de intervir. Uma discussão que ainda merece reflexão, o direito à cidadania do doente mental, inclui questões como hospitalização involuntária, internação psiquiátrica compulsória e direito de recusa ao tratamento psiquiátrico, que é um direito de qualquer ser humano, o direito à vida.

O direito à vida é o mais fundamental dos direitos do ser humano, é um direito inalienável. No entanto, há uma distinção entre a posse de um direito e o seu uso. As pessoas possuem o direito e, no entanto, são privadas do seu uso, tal como a liberdade de decidir sobre ir e vir e se expressar estava condicionada a outros interesses, o que se sobrepõe aos seus próprios interesses. Então, o problema é descobrir se há um direito maior que o direito à

vida de uma pessoa (CAMARGO, 1975). Não há um direito maior do que a vida da pessoa; há interesses que se sobrepõem à liberdade do indivíduo.

A concordância em torno da afirmativa “Somente o psiquiatra pode ajudar a pessoa que apresenta problemas emocionais”(37) chama a atenção. Quando a pessoa apresenta problemas emocionais e é atendida em outras clínicas por outros médicos e por outros profissionais, tanto o paciente, quanto a família não esperam uma assistência adequada? Será que estes profissionais estão devidamente preparados para atender as pessoas com problemas emocionais, no seu dia-a-dia de trabalho?

A formação profissional específica remete à questão da necessidade de fornecer ao profissional de saúde mental, treinamento, reciclagem, e supervisão. A experiência tem demonstrado que, sem isso, pode ser difícil até mesmo encontrar o ponto de equilíbrio entre duas reações extremas: a negação da doença e o encaminhamento compulsivo.

Lacan apud NASCIMENTO (1998) afirma que nem todo doente, ao procurar o médico, está buscando a cura da doença. Muitas vezes, o doente, na sua relação com o médico, espera que este o nomeie como enfermo e que assim possa seguir em sua doença.

Portanto, BENOIT (1989) assinala, o que falta ao cenário médico é o reconhecimento da articulação entre a vida secreta das pessoas e sua patologia enquanto dado de subjetividade, relativo à estrutura humana, proveniente das palavras e ações do próprio sujeito e aqueles que estão próximos dele.

Dessa forma, ressalta a importância da antinomia entre médicos, psicólogos, psicanalistas, enfermeiros, assistentes sociais e as diferenças fundamentais destes campos do saber. Interessa avaliar que possibilidades e alcance de diálogo podem existir para estes campos, chamados a ajudar o mesmo ser humano.

Os familiares, por sua vez, concordam especialmente com a questão *“O projeto de lei de Paulo Delgado que acaba com os grandes hospitais psiquiátricos, precisa ser logo aprovado”* (38), *“Somente o psiquiatra pode ajudar a pessoa que apresenta problemas emocionais”* (37) *“A única solução para o problema do doente mental é a internação em hospital psiquiátrico”* (25) e *“Qualquer pessoa pode trabalhar em hospital psiquiátrico, basta ter jeito”* (2).

Os profissionais estão de acordo em maior número sobre a questão *da Lei Paulo Delgado* (38). No restante das respostas houve grande variação no posicionamento dos mesmos. Mesmo assim, algumas questões sobre a assistência mereceriam maior indicação *“Existe atendimento de emergência onde eu moro, evitando internação”* (54), *“Quando alguém é internado em hospital psiquiátrico fico preocupada com a possibilidade dele receber maus tratos”* (32).

Essas respostas despertam preocupação pois os profissionais manifestaram apoio a aprovação da lei, confirmam a existência de atendimento de emergência para os casos agudos, porém, sabem que a assistência e hospitais psiquiátricos continuam de má qualidade.

Os valores relativos aos Conceitos de Saúde/Doença Mental e Assistência Psiquiátrica demonstram que há maior consenso entre as respostas dos portadores de doença mental e familiares do que no dos profissionais.

Conclusões

Quando iniciamos um trabalho, não podemos pressupor o arsenal de idéias com as quais iremos nos deparar...

No início desta investigação, tendo inúmeras vivências com o indivíduo portador de distúrbio mental, assim como com seus familiares, vínhamos fazendo questionamentos sobre a visão dos mesmos a respeito desse processo de adoecer e suas respectivas convivências com a assistência disponível.

Nosso engajamento na luta por melhores condições de assistência à pessoa e sua família que sofrem pela convivência com o transtorno mental levou-nos a profundas reflexões. Assim, pudemos perceber que o percurso a ser trilhado na compreensão do sofrimento dessas pessoas tornava-se tanto um desafio, como também a necessidade de maior comprometimento ainda maior com o problema.

Tínhamos várias questões intrigantes, a serem respondidas: Qual a visão do próprio portador de distúrbios mentais e de sua família sobre a assistência que lhes é prestada no momento? Qual a conceituação que eles têm sobre Saúde e Doença Mental? O que estão pensando os profissionais sobre estas questões? Como nos aproximar da problemática, partindo da nossa vivência, e tendo apenas nosso olhar como parâmetro?

Para tanto, fomos procurar métodos que nos possibilitassem obter essas informações. Procuramos autores situados nesse contexto e, através de suas obras, conhecemos suas tendências. Nesta busca, encontramos muitos que deram suporte para a presente investigação.

Assim, motivadas por este tema e de posse das contribuições da literatura, das experiências e "*insights*" nos propusemos a mensurar alguns determinantes psicológicos, dentre os quais destacamos as opiniões.

As opiniões representam o que a pessoa pensa sobre determinado objeto. Crenças e opiniões retratam a compreensão que as pessoas têm de si próprias e do seu meio. Assim, queríamos conhecer as opiniões dos Portadores de sofrimento mental, seus Familiares e os Profissionais sobre Saúde e Doença Mental e a Assistência nessa área.

Sabendo que o ser humano tem um impulso interno que naturalmente o leva a avaliar cada objeto ou comportamento que se lhe é apresentado, optamos por utilizar um instrumento que nos permitisse conhecer opiniões desta população sobre o tema em estudo.

Escolhemos a Escala tipo Likert, um dos instrumentos mais aceitos no meio científico, visto que as opiniões não podem ser diretamente observáveis; precisam ser inferidas do comportamento manifesto, verbal ou não verbal.

Construímos e validamos uma Escala de Medida de Opinião – EMO, seguindo todos os passos recomendados por pesquisadores que utilizam este tipo de instrumento.

A EMO é composta por 56 afirmativas sobre o tema Saúde e Doença Mental. Cada afirmativa permite ao sujeito optar por 5 alternativas, demonstrando seu grau de concordância ou discordância com o conteúdo exposto. Essas afirmativas permitem vários desdobramentos analíticos do seu conteúdo.

A população deste estudo foi composta por 250 sujeitos, Portadores de distúrbio mental, Familiares e Profissionais que trabalham nesta área, em duas cidades do estado do Rio Grande do Sul.

Os dados foram analisados quantitativamente através de provas não-paramétricas e qualitativamente através de comparações entre as respostas que sobressairam nos 3 grupos, nas duas categorias **Conceito e Assistência** em Saúde/Doença Mental.

Das análises quantitativas concluímos:

- A prova de Kruskal-Wallis permitiu concluir que os grupos diferem tanto na Categoria Conceitos ($H = 56,14$) como na Categoria Assistência ($H = 59,98$).

- Examinando-se os valores médios dos scores por categoria, em cada grupo, infere-se que as diferenças ocorrem da seguinte forma:

Conceito: Portadores (2,58) > Familiares (2,49) > Profissionais (2,13)

Assistência: Familiares (2,47) > Portadores (2,44) > Profissionais (1,97).

Os Portadores estão mais concordantes com relação às afirmações referentes ao Conceito de Saúde e Doença Mental, seguido das concordâncias dos Familiares. Os Profissionais, por sua vez,

demonstram menor concordância com as afirmações, porém com maior nível de homogeneidade das respostas (Desvios-padrão = 0,91).

Nas respostas referentes à Assistência houve maior concordância dos Familiares, seguido dos Portadores e dos Profissionais. Novamente, os profissionais apresentam maior homogeneidade nas respostas.

- A aplicação do teste de Wilcoxon, dentro de cada grupo, permitiu concluir que tanto os portadores como os profissionais tendem a concordar com as afirmações mais freqüentemente para o Conceito de Saúde e Doença Mental do que para a Assistência. Não se notaram diferenças equivalentes entre os familiares para os quais Conceito e Assistência receberam concordâncias e discordâncias semelhantes.

Essa indicação dos resultados estatísticos vêm de encontro aos dados da literatura visto que conceitos novos tendem a demorar mais para serem absorvidos pois dependem de elaboração mental e aceitação pelo grupo de referência. Assim, o índice de concordância foi maior nas afirmativas menos polêmicas e menos inovadoras.

Diferentemente, a assistência tem sofrido intensas alterações nos últimos anos. O reflexo dessa mudança é perceptível nos testes desta pesquisa, tendo havido maior dispersão tanto nas respostas absolutas como nos testes comparativos.

Dos resultados das respostas ao EMO, analisando qualitativamente, nos três grupos de sujeitos, destacamos:

- Houve maior índice de concordância nas questões: “Se uma pessoa usa droga, acaba ficando doente mental”, “Cuidar do doente mental é uma tarefa sofrida” e “O bom enfermeiro precisa ser forte”.

Estas manifestações dos sujeitos emitem o Conceito de que cuidar do doente mental é uma tarefa difícil e pouco valorizada como competência profissional. Além disso, carregam o equívoco de que o uso de drogas leva à doença mental.

- No conjunto dos profissionais, o Conceito absoluto que apresentou maior grau de concordância na EMO foi “O alcoolismo é doença mental”. Este equívoco foi discutido e apontados alguns pontos de sua sustentação.

- Houve maior concordância entre familiares e portadores de doença mental no Conceito de que “Qualquer pessoa pode trabalhar em hospital psiquiátrico, basta ter jeito”.

Esta questão traz para a enfermagem uma importante preocupação, pois muitos desses profissionais não são especificados como alguém que precisa de preparo para trabalhar com o doente mental. Possivelmente, o enfermeiro a que estes usuários estão se referindo não se diferenciam através de seu desempenho profissional.

- Os profissionais do presente estudo também foram mais concordes quando se referiam à “Se uma pessoa usa droga, acaba ficando doente mental”, “É difícil diferenciar um doente mental de uma pessoa normal”, “Para ter certeza de que alguém é doente mental é preciso estar próximo dele”, “O bom enfermeiro precisa ser forte”.

Os profissionais, posicionando-se dessa forma, estão dizendo que a loucura é algo muito próximo da normalidade. Assim, colocam-se no extremo oposto da estigmatização, porém negam a doença, o que é preocupante pois se a doença não existe ou é quase imperceptível o que significam os sintomas que a pessoa apresenta e qual é a tarefa do profissional?

Este posicionamento mostra certa incoerência com respostas anteriormente dadas pelos mesmos, visto que concordam que alcoolismo é doença mental, que o portador de doença mental é agressivo e que precisa ser contido por um enfermeiro forte.

Esses profissionais, por outro lado, podem estar transmitindo a idéia de que pouco se sabe sobre a loucura, a doença mental, seus limites, suas delimitações; parece que é difícil diagnosticar.

- Com relação à Assistência, as respostas com maior índice de concordância pelos portadores referem-se a: “A única solução para o problema do doente mental é a internação em hospital psiquiátrico”, “Somente o psiquiatra pode ajudar a pessoa que apresenta problemas emocionais” e “Qualquer pessoa pode trabalhar em hospital psiquiátrico, basta ter jeito”.

- Os familiares, por sua vez, concordaram especialmente com a questão “O projeto de lei de Paulo Delgado que acaba com os grandes hospitais psiquiátricos, precisa ser logo aprovado”, “Somente o psiquiatra pode ajudar a pessoa que apresenta problemas emocionais”, “A única solução para o problema do doente mental é a internação em

hospital psiquiátrico” e “Qualquer pessoa pode trabalhar em hospital psiquiátrico, basta ter jeito”.

- Os profissionais manifestaram apoio a aprovação da lei Paulo Delgado, confirmam a existência de atendimento de emergência para os casos agudos, porém, reconhecem que a assistência em hospitais psiquiátricos continua da má qualidade.

Observamos, no campo da saúde mental, que os últimos tempos têm sido marcados por uma série de mudanças em prol da reestruturação, acerca dos direitos à cidadania dos doentes mentais e sua inclusão na sociedade.

Essa tem sido a grande luta do movimento da reforma psiquiátrica que comporta uma visão moderna e mais justa acerca da cidadania e dos direitos humanos do portador de doença mental.

Como observamos na nossa prática, o institucionalismo é a síndrome do afastamento social, resultante de uma hospitalização prolongada, que provoca a cronificação da doença, duplamente voltada para dentro de si mesma.

Assim, graças a profissionais engajados e preocupados com as novas políticas de assistência ao portador de doença mental, com nova visão de tratamentos, a hospitalização propriamente dita será limitada aos períodos agudos, que colocam a vida em perigo, e mesmo assim substituída por outras estruturas de atendimentos que permitem ao doente, uma readaptação à família, ao trabalho e à sociedade.

Entretanto, a criação de serviços alternativos de atenção à saúde ainda é vagarosa e seus benefícios não têm atingido toda a população.

A partir deste estudo e das reflexões que ele propiciou, percebemos com maior nitidez a importância do papel da família no processo Saúde e Doença Mental e da Assistência nesta área.

Esta pesquisa constitui-se em importante contribuição para a Assistência nos locais onde os dados foram coletados. Ressaltamos ainda que novas análises de detalhes contidos nos dados coletados nesta pesquisa permitirão outros cruzamentos com possibilidades de novas informações. Além disso, por ser o primeiro uso deste instrumento a Escala de Medida de Opinião - EMO e por se limitar apenas a duas instituições de assistência em saúde mental, sugerimos a não generalização dos resultados que poderão ser futuramente objeto de comparações.

Anexo 1

Prezado(a) Sr(a).

Como enfermeiras psiquiátricas, comprometidas com a assistência ao doente mental, nos propusemos a realizar uma pesquisa que contribua com a melhoria dessa assistência.

Nesse sentido, elaboramos a ESCALA DE MEDIDA DE OPINIÃO - EMO, com afirmativas que nos ajudarão a conhecer melhor o que pensam os pacientes, as famílias e os profissionais.

Para isso, leia cada afirmativa atentamente.

Faça um X dentro do espaço correspondente à sua opinião, a respeito de cada uma das afirmativas. Seu posicionamento expressará se você concorda totalmente, se concorda pouco, se é indiferente, se você discorda um pouco ou se discorda totalmente do que leu.

Aproveitamos a oportunidade para agradecer sua valiosa colaboração e garantir seu anonimato na análise e divulgação dos resultados.

Atenciosamente.

Vera Lúcia Menciondo Osinaga

Cofen nº. 67208

CONSENTIMENTO ÉTICO ESCLARECIDO (RES. Nº. 1, de 13 de junho de 1998)

PORTADORES / FAMILIARES / PROFISSIONAIS

Concordo

Não concordo

Impressão Digital

(polegar direito)

Assinatura

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Local: _____

Data: __/__/__ Entrevista nº. _____

Idade: _____ Sexo: M () F ()

Categoria

() Profissional: • Médico () Enfermeiro () Psicólogo ()
 Assistente Social () Terapeuta Ocupacional () Outros ()

• Atendimento: Ambulatorial ()
 Hospitalar ()

• Tempo de serviço: _____

() Familiar: • Parentesco: _____

• Vínculo com o paciente: acompanhante () cuidador ()
 profissional contratado () amigo ()

outros (especificar) _____

• Tempo de convivência com o paciente: _____

• Atendimento: Ambulatorial ()
 Hospitalar ()

() Paciente • Diagnóstico: _____

• Tempo de doença: _____

• Número de internações: _____

• Atendimento: Ambulatorial ()
 Hospitalar ()

 Entrevistador

ESCALA DE MEDIDA DE OPINIÃO - E.M.O.

LEIA ATENTAMENTE UMA DAS AFIRMATIVAS ABAIXO E ASSINALE COM X, A SUA POSIÇÃO

AFIRMATIVAS	Concordo totalmente	Concordo pouco	Indiferente	Discordo pouco	Discordo totalmente
01 - Se o doente frequenta um serviço de atendimento diário fica mais fácil para o familiar mantê-lo em casa.					
02 - Qualquer pessoa pode trabalhar em hospital psiquiátrico, basta ter jeito.					
03 - O doente mental é mais bem tratado no convívio com sua família do que no hospital.					
04 - A doença mental em uma pessoa, causa ansiedade nos outros membros da família.					
05 - Nervosismo é sinal de loucura.					
06 - O alcoolismo é doença mental.					
07 - Através do contato direto com a pessoa que sofre, o enfermeiro conhece as verdadeiras necessidades dessa pessoa.					
08 - Internar uma pessoa em hospital psiquiátrico significa que a família o rejeita.					
09 - O doente mental tem o direito de ter trabalho e família, como qualquer cidadão					
10 - O doente mental é agressivo.					
11 - É necessário dar suporte à família para que possa cuidar do doente mental.					
12 - O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira tem ampliado recursos extra hospitalares para assistência.					

ESCALA DE MEDIDA DE OPINIÃO - E.M.O.

LEIA ATENTAMENTE UMA DAS AFIRMATIVAS ABAIXO E ASSINALE COM X, A SUA POSIÇÃO

AFIRMATIVAS	Concordo totalmente	Concordo pouco	Indiferente	Discordo pouco	Discordo totalmente
13 - O lugar do louco é no hospício, entre quatro paredes.					
14 - Hoje, nós encontramos mais doentes mentais sendo tratados fora dos hospitais.					
15 - Até algum tempo atrás, o familiar do doente ficava por fora dos tratamentos psiquiátricos.					
16 - Conhecendo as necessidades da pessoa que sofre, fica mais fácil para o enfermeiro ajudá-lo.					
17 - Nos primeiros sinais de alteração, se a pessoa tivesse atendimento adequado, muitos casos psiquiátricos seriam evitados.					
18 - Depressão é doença mental.					
19 - O melhor lugar para o doente é ficar com sua família.					
20 - As diretrizes políticas da saúde mental melhoram a qualidade da assistência nos hospitais psiquiátricos.					
21 - O familiar do doente mental é elemento importante no tratamento do mesmo.					
22 - O bom enfermeiro precisa ser forte.					
23 - Cuidar do doente mental é uma tarefa sofrida.					
24 - A família é a maior responsável pela piora do paciente.					

ESCALA DE MEDIDA DE OPINIÃO - E.M.O.

LEIA ATENTAMENTE UMA DAS AFIRMATIVAS ABAIXO E ASSINALE COM X, A SUA POSIÇÃO

AFIRMATIVAS	Concordo totalmente	Concordo pouco	Indiferente	Discordo pouco	Discordo totalmente
25 - A única solução para o problema do doente mental é a internação em hospital psiquiátrico.					
26 - Ouvindo a família pode-se ajudá-lo a encontrar soluções para os seus problemas.					
27 - Depois que o paciente psiquiátrico começa a tomar remédios, ele só vai piorando.					
28 - Para ter certeza de que alguém é doente mental é preciso estar próximo dele.					
29 - O principal modo do enfermeiro ajudar o doente mental é através das relações interpessoais.					
30 - Hoje a família continua por fora dos tratamentos do paciente psiquiátrico.					
31 - Se uma pessoa usa droga acaba ficando doente mental.					
32 - Quando alguém é internado em hospital psiquiátrico fico preocupado com a possibilidade dele receber maus tratos.					
33 - Estão acontecendo mudanças nos tratamentos dos doentes mentais ultimamente.					
34 - O doente mental é um ser inútil.					
35 - A internação deveria ser facilitada para os casos de agressão ou descontrole.					
36 - O hospital psiquiátrico deveria acolher os mendigos					

ESCALA DE MEDIDA DE OPINIÃO - E.M.O.

LEIA ATENTAMENTE UMA DAS AFIRMATIVAS ABAIXO E ASSINALE COM X, A SUA POSIÇÃO

AFIRMATIVAS	Concordo totalmente	Concordo pouco	Indiferente	Discordo pouco	Discordo totalmente
37 - Somente o psiquiatra pode ajudar a pessoa que apresenta problemas emocionais					
38 - O projeto de lei de Paulo Delgado que acaba com os grandes hospitais psiquiátricos, precisa ser logo aprovado.					
39 - Dentro do hospital psiquiátrico, a equipe terapêutica mudou seu modo de tratar o doente mental, tendo para com ele atitudes mais humanizadas.					
40 - A convivência com o doente mental provoca na família tensão e conflitos que geram doença ou outros desequilíbrios.					
41 - O doente mental está cada dia menos perigoso.					
42 - A visita freqüente do familiar é importante no tratamento do doente mental.					
43 - Fala-se muito em mudanças e transformações, porém não temos visto nada na prática. Tudo está no mesmo.					
44 - Ficar no hospital durante o dia e dormir em casa todas as noites é a melhor maneira de tratar o doente mental.					
45 - Nas internações de antigamente, o paciente ficava impregnado, amarrado ou tomava eletrochoque.					
46 - É difícil diferenciar um doente mental de uma pessoa normal.					
47 - Qualquer pessoa pode vir a ser doente mental.					
48 - Quando o paciente toma medicação corretamente ele nem parece que é um doente mental.					

ESCALA DE MEDIDA DE OPINIÃO - E.M.O.

LEIA ATENTAMENTE UMA DAS AFIRMATIVAS ABAIXO E ASSINALE COM X, A SUA POSIÇÃO

AFIRMATIVAS	Concordo totalmente	Concordo pouco	Indiferente	Discordo pouco	Discordo totalmente
49 - Hoje ainda existem hospitais com prisões e quartos-fortes.					
50 - Tenho acesso fácil ao serviço psiquiátrico.					
51 - Se tivesse bom atendimento nos ambulatórios ou nos postos de saúde, diminuiriam as necessidades de internação.					
52 - O profissional, em qualquer especialidade, tem que saber tratar a pessoa que tem problemas psiquiátricos.					
53 - A epilepsia é doença mental.					
54 - Existe atendimento de emergência onde eu moro, evitando internação.					
55 - O enfermeiro tem uma função importante junto às famílias do doente mental, tanto nos hospitais como na comunidade.					
56 - Nem todo problema emocional precisa de ajuda psiquiátrica.					

Anexo 2

ANEXO II
A - Respostas dos portadores de doença mental ao EMO

questões	sujeitos																									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	5	4	4	1	5	1	1	5	1	1	1	3
2	5	1	5	4	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	5	1	1	1	1	4	5
3	2	5	1	1	3	1	4	1	1	1	5	5	1	1	5	5	3	5	1	1	4	1	1	1	3	
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	5	5	1	1	1	1	1	5	1
5	5	5	5	5	4	4	5	2	5	1	1	1	1	5	2	1	4	5	1	1	4	1	5	5	2	
6	2	1	4	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	3	1	4	1	2	1	1	1	2	1	1	2	
7	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	
8	5	5	5	3	4	5	5	1	4	1	5	1	2	5	5	5	4	1	1	1	5	1	5	5	5	
9	5	1	1	4	5	2	1	1	1	1	5	5	2	1	1	5	1	1	1	1	2	5	1	1	4	
10	2	4	3	5	2	4	1	1	2	1	1	4	1	2	1	5	1	2	1	1	1	2	5	5	1	
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
12	3	1	2	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	5	1	3	1	1	1	1	1	1	5	1
13	5	1	5	1	2	1	1	5	5	1	4	1	2	2	5	5	5	2	5	1	5	1	1	5	4	
14	5	1	3	1	4	1	1	5	2	1	5	1	4	1	5	4	1	1	1	1	1	1	3	5	1	
15	2	1	3	3	3	3	1	5	2	1	1	1	5	1	1	5	2	1	1	1	1	1	1	5	1	
16	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	5	1	1	1	1	1	1	
17	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
18	5	1	2	5	2	5	2	1	5	1	1	1	2	3	1	5	2	5	5	1	5	1	1	3	1	
19	3	5	4	5	4	1	5	5	1	1	2	5	4	5	5	5	1	2	1	1	1	1	2	1	5	
20	2	5	5	1	3	2	5	5	2	1	1	1	2	5	1	5	1	1	1	1	1	1	3	1	1	
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1	2	1	1	1	1	1	1	1	
22	1	1	5	3	1	1	1	5	1	1	1	1	5	1	1	4	1	5	1	1	5	1	1	5	5	
23	1	1	3	1	1	1	1	1	4	1	1	1	5	1	1	5	4	1	5	1	1	1	1	2	1	
24	2	5	5	5	5	1	1	1	4	1	5	5	2	2	4	5	2	1	1	1	1	2	5	5	5	
25	5	1	1	3	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	5	4	5	1	1	1	1	1	5	1	1	
26	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	5	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
27	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	1	1	1	5	5	5	4	5	
28	5	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	5	1	5	1	5	1	1	1	1	1	1	1	
29	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	5	1	5	1	1	1	1	1	1	1	
30	2	5	5	3	4	5	5	5	4	1	5	1	4	4	5	4	5	5	1	1	5	1	1	2	5	
31	1	1	5	5	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	5	1	1	1	5	1	1	5	1	1	
32	4	5	1	1	1	1	1	1	2	5	2	5	2	1	5	4	5	5	5	1	4	1	5	1	5	
33	3	1	5	4	3	5	3	1	2	1	3	1	5	1	3	5	3	1	1	1	1	1	1	1	5	
34	5	5	5	5	5	5	1	5	5	1	1	2	5	5	1	3	5	5	5	1	5	1	1	5	1	
35	1	1	4	5	1	3	1	1	1	5	5	1	1	1	1	5	1	1	5	5	1	1	1	1	1	
36	1	1	1	3	5	1	4	5	4	1	5	5	1	5	5	5	5	1	1	1	1	1	1	1	3	
37	4	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	5	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1
38	1	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	1	3	3	5	5	1	5	1	1	5	1	5	5	1
39	1	1	5	5	2	2	1	1	1	1	1	1	1	3	1	4	5	1	1	1	1	1	1	3	1	
40	1	1	2	1	1	5	1	1	2	1	1	1	1	1	1	4	1	2	1	1	1	1	1	5	1	
41	2	5	1	1	5	1	1	1	2	1	3	5	4	1	5	5	1	2	5	1	1	4	1	1	4	
42	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1
43	1	1	1	3	2	1	1	1	4	1	5	5	1	5	4	5	1	1	1	1	4	1	1	1	3	
44	5	5	5	3	1	5	3	5	4	1	5	5	5	1	4	5	1	1	1	2	1	1	5	1	1	
45	5	1	1	5	3	1	5	1	1	1	5	1	2	1	1	5	1	3	5	2	1	5	1	1	5	
46	5	1	1	5	4	1	1	5	2	1	4	5	5	4	5	5	5	1	1	2	1	1	1	5	2	
47	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	2	2	1	1	1	1	1	1	1	
48	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	5	1	2	1	1	1	1	1	1	1	
49	1	1	1	1	4	3	1	5	5	1	3	1	1	1	3	5	1	3	5	1	1	1	1	1	5	
50	2	1	5	2	5	2	4	1	1	1	1	5	1	2	1	5	5	2	5	2	1	1	5	1	1	
51	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	1	5	1	1	1	1	
52	1	1	1	3	4	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	5	5	1	1	1	1	1	1	1	1	
53	5	1	1	1	5	1	1	1	2	1	1	1	1	5	1	4	1	3	4	1	2	5	3	5	1	
54	5	1	4	5	5	5	5	5	5	1	5	1	4	5	5	5	5	1	1	1	5	5	1	1	5	
55	1	1	5	1	2	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
56	1	1	5	2	5	4	1	1	4	1	4	1	5	2	4	5	1	5	1	1	4	1	1	1	1	

ANEXO II
A - Respostas dos portadores de doença mental ao EMO

questões	sujeitos																								
	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
1	1	1	1	1	1	5	1	5	1	1	4	1	4	5	1	1	1	3	2	1	1	5	1	1	1
2	3	1	1	1	3	1	5	1	1	1	5	5	1	1	4	1	3	4	5	1	1	4	5	5	2
3	2	1	1	5	5	1	2	1	2	5	3	3	2	5	1	4	1	1	1	4	2	4	1	2	2
4	1	2	5	1	5	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	5	1	1	5	5	5	1	5	1	5	2	5	5	2	5	5	1	5	5	5	1	2	1	1	5
6	5	1	1	5	5	5	2	5	1	1	1	5	5	5	1	1	2	4	5	3	1	1	2	1	3
7	1	1	1	1	1	1	4	1	1	2	5	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	5	2	1	5
8	5	5	5	5	5	5	1	5	1	5	5	5	5	3	5	5	1	3	4	5	1	5	2	2	5
9	1	1	1	5	1	3	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1
10	5	1	5	1	2	2	2	4	4	5	2	2	4	5	2	2	1	3	2	4	4	2	2	2	5
11	1	1	2	1	3	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	3	1
12	1	5	1	1	5	5	2	1	1	3	2	1	3	2	1	1	1	3	2	1	2	2	1	1	1
13	5	1	4	1	5	5	1	1	1	5	5	1	5	4	5	2	1	3	5	5	5	5	3	4	4
14	2	5	2	5	1	2	1	5	2	4	2	4	5	1	1	2	1	2	3	3	5	2	4	4	4
15	5	5	4	1	3	5	2	5	2	1	4	5	2	1	1	5	1	5	2	1	1	4	4	2	1
16	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	4	1	1	5	1	1	1	1
17	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	2	1	1	1	1	2	1
18	3	3	1	5	3	5	4	5	1	5	1	3	5	3	5	4	1	4	2	5	5	1	1	5	1
19	5	1	5	5	1	1	1	1	5	5	4	1	5	2	1	4	1	4	2	4	1	2	1	5	4
20	1	4	5	1	1	1	1	1	1	2	2	4	3	5	3	2	1	4	3	3	5	1	1	2	1
21	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	1	4	1	1	1	1	1	4	1	1	1	2	1	5	1
22	1	1	1	1	1	1	1	5	1	2	4	1	1	3	3	1	1	4	1	1	5	3	1	3	5
23	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	2	4	1	1	3	3	5
24	4	4	5	1	1	5	2	5	1	1	4	2	5	1	2	5	1	4	3	5	2	5	4	4	5
25	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	4	1	3	3	2	4	1	1	5	2
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1	3	2	1	1	2	1	5	1
27	1	1	5	1	5	5	2	5	5	5	4	4	5	4	5	5	5	1	4	5	5	1	5	5	5
28	3	1	1	1	3	1	5	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	5	2	4	5	4	1	5	1
29	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	3	2	1	1	3	2	1	5	2	2	1	1	1	5	2
30	5	5	5	2	1	5	2	1	5	2	4	4	3	5	2	5	1	3	4	1	5	5	2	5	5
31	1	1	5	1	1	3	5	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	5	1	1	1	1	1	5	5
32	1	1	5	1	3	5	4	1	2	5	4	4	5	4	5	5	1	3	2	2	3	1	1	5	4
33	1	1	5	1	1	3	5	5	1	1	1	1	1	3	2	4	1	5	3	1	5	1	1	5	3
34	5	5	5	1	3	5	4	5	1	5	4	2	5	1	1	5	5	4	3	5	1	5	2	1	2
35	4	1	5	1	2	1	5	1	2	3	1	1	3	2	5	1	1	4	2	1	5	2	1	3	1
36	2	1	2	5	1	5	4	5	1	5	3	5	1	1	1	1	5	2	2	4	5	2	1	1	2
37	1	5	1	1	5	1	1	2	1	1	4	1	1	1	1	2	4	2	3	1	1	1	1	4	4
38	5	5	5	1	1	3	2	5	1	5	1	5	3	4	3	5	1	4	5	5	5	5	1	2	1
39	1	1	1	1	1	3	1	1	2	2	1	1	1	2	1	3	1	3	1	1	5	1	1	5	1
40	1	2	5	1	3	1	1	1	1	4	1	4	3	1	1	2	4	1	4	1	4	2	3	5	1
41	4	1	1	5	1	1	2	5	1	1	2	3	1	3	1	4	1	3	2	1	5	4	1	4	5
42	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	5	1
43	2	1	1	1	5	1	4	1	1	5	2	4	1	2	2	2	1	4	2	4	5	2	1	1	1
44	5	1	5	1	3	1	2	1	4	5	1	2	2	5	2	5	1	4	4	3	1	5	5	3	5
45	5	1	5	1	5	3	1	5	1	5	5	5	5	5	3	3	5	3	1	3	5	5	5	5	5
46	4	4	5	5	1	5	1	5	1	4	4	5	1	5	2	4	1	5	1	1	1	1	1	3	5
47	2	2	1	1	1	1	5	1	1	5	1	1	1	1	5	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1
48	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	2	1	1	1	1	2	1	4	2	1	1	1	1	2	4
49	5	2	5	1	5	3	5	5	1	5	2	5	5	1	5	2	1	4	4	1	1	5	1	3	5
50	2	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	3	1	5	4	5	1	1	4	1	5	1	1	5	1
51	1	1	5	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1
52	1	1	1	1	5	1	1	1	5	1	1	4	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	5	1
53	1	1	1	5	5	2	1	1	4	2	5	1	1	1	2	4	4	1	5	5	1	1	2	5	5
54	5	2	5	5	5	1	5	5	5	2	5	5	5	4	1	5	1	2	5	1	5	5	1	2	5
55	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	5	2
56	5	5	1	1	3	3	1	1	5	2	1	2	3	3	1	1	1	2	4	1	4	2	1	3	5

ANEXO II
A - Respostas dos portadores de doença mental ao EMO

questões	sujeitos																									
	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	
1	1	3	1	1	1	4	1	1	1	1	4	1	3	1	1	2	1	5	1	2	1	1	1	1	5	
2	1	1	1	1	1	1	4	1	2	3	5	2	5	1	2	1	1	1	1	5	1	1	1	4	1	
3	5	2	5	5	1	3	5	2	1	2	1	1	4	5	1	4	3	1	1	1	3	5	1	1	5	
4	1	3	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	3	1	3	2	1	1	1	5	1	1	1	4	1	
5	5	1	2	1	1	5	3	5	2	4	5	1	3	1	1	4	5	3	1	5	4	5	1	5	1	
6	5	2	5	1	1	5	1	1	2	1	5	1	3	5	1	4	2	1	1	5	1	5	1	4	1	
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	5	1	1	1	2	1	
8	5	3	5	1	1	2	1	5	5	1	2	5	1	1	3	1	5	5	1	5	5	5	5	5	5	
9	1	1	1	1	1	4	4	4	1	5	1	5	1	1	2	5	1	1	1	4	3	5	1	1	1	
10	2	1	3	1	1	2	4	1	4	4	2	4	3	5	2	1	5	5	1	5	2	3	3	5	2	
11	1	3	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
12	1	3	1	1	1	4	1	2	1	4	3	1	1	1	2	4	1	5	1	1	2	1	1	2	1	
13	5	5	2	5	1	5	1	1	4	1	2	5	5	1	5	4	5	4	1	5	1	5	5	5	5	
14	5	3	5	1	1	5	3	2	1	1	3	4	1	1	2	2	1	5	1	5	2	5	1	1	1	
15	1	1	5	1	1	1	2	4	3	5	3	1	1	1	2	4	1	5	1	5	3	1	1	1	5	
16	1	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
17	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	
18	5	1	5	1	1	5	3	5	3	2	4	1	3	1	2	4	4	4	1	5	1	5	1	5	1	
19	5	3	5	1	1	2	5	1	5	3	2	1	1	5	1	4	5	1	4	1	2	5	1	1	5	
20	1	3	1	1	1	1	1	3	1	2	3	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	
21	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
22	1	5	1	1	1	1	3	1	1	2	2	5	3	1	1	4	3	1	1	3	2	1	5	2	1	
23	5	5	1	2	1	1	1	5	1	1	2	1	3	1	1	1	4	1	1	1	1	4	1	5	1	
24	2	1	5	5	1	1	3	5	5	1	5	4	1	1	2	4	5	5	1	5	1	5	5	5	5	
25	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	1	2	1	1	1	4	1	1	5	5	1	
26	1	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
27	5	5	5	5	2	2	1	3	4	3	5	5	4	5	5	5	5	5	5	1	4	5	5	5	5	
28	1	3	5	4	1	1	3	5	3	2	3	1	3	1	1	1	1	5	1	5	2	5	5	5	1	
29	1	5	1	1	1	3	1	1	1	2	1	3	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	
30	5	2	5	5	1	1	1	5	4	3	5	2	5	1	5	4	5	1	1	5	5	2	5	5	5	
31	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	5	3	1	1	1	2	1	
32	5	5	5	5	4	1	5	5	4	1	2	1	1	1	2	5	5	5	1	5	1	5	1	4	1	
33	1	3	1	1	1	1	1	3	1	1	3	1	5	1	2	5	1	1	1	5	2	1	1	2	1	
34	5	1	5	5	1	3	5	5	2	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5	
35	1	1	1	5	1	1	1	1	2	3	1	3	5	1	2	1	1	5	5	2	1	1	5	1	1	
36	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	3	1	1	5	1	1	4	1	1	1	1	5	5	3	1	
37	5	1	1	1	1	1	1	1	4	1	2	5	5	1	2	2	3	1	1	5	1	1	1	2	4	
38	5	3	5	5	1	5	1	3	3	1	5	5	5	5	2	1	5	5	5	5	5	5	5	1	5	
39	1	3	1	1	1	3	2	1	2	1	3	1	3	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	
40	1	3	1	5	1	1	1	2	1	3	1	3	1	2	2	2	5	5	2	4	5	5	5	5	1	
41	1	1	5	1	3	3	1	4	2	3	2	2	1	1	2	4	1	4	5	2	4	1	1	1	1	
42	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	
43	1	1	5	1	2	1	3	4	4	2	2	5	1	1	4	2	5	1	1	3	2	5	2	1	5	
44	5	1	5	5	2	1	3	2	2	4	5	1	1	1	2	4	5	4	5	5	5	2	5	1	3	5
45	1	1	4	5	5	1	1	2	5	4	3	1	5	1	3	5	5	4	5	5	2	1	1	5	1	
46	5	1	5	1	2	5	1	2	5	2	5	1	5	1	5	2	5	1	5	5	4	5	1	5	5	
47	1	1	3	1	1	1	1	5	1	1	1	1	5	1	2	5	1	4	3	5	1	1	1	4	1	
48	1	1	1	1	5	1	1	2	4	2	2	1	3	1	1	1	1	1	5	5	2	1	1	1	1	
49	5	1	5	5	2	1	5	5	3	1	3	3	3	1	2	5	1	5	1	5	5	5	1	3	5	
50	1	1	1	1	1	1	1	1	4	2	1	1	5	1	2	2	1	1	1	5	1	5	1	5	1	1
51	1	3	1	5	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	5	1	5	1	1	1	1	1	1	
52	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	2	1	1	1	5	5	1	1	1	2	1	
53	5	3	3	5	1	1	1	3	2	3	4	5	5	5	3	4	5	1	5	5	1	1	1	3	1	
54	1	3	1	1	1	2	5	1	5	1	5	5	1	1	2	1	1	4	5	5	2	5	5	1	5	
55	1	1	1	1	1	3	1	1	3	2	5	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
56	2	5	1	5	1	1	3	2	4	3	4	2	1	1	2	4	5	5	1	5	2	3	5	1	5	

ANEXO II
A - Respostas dos portadores de doença mental ao EMO

questões	sujeitos																								
	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	1	5	5	1	1	5	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	5	2	1	5	1	1
2	1	1	4	2	1	1	5	1	2	1	5	1	2	4	1	1	5	2	1	1	1	1	4	1	1
3	5	2	5	1	1	1	5	2	5	3	4	3	1	5	1	1	2	1	1	5	1	1	1	1	1
4	1	2	1	5	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3
5	4	5	5	5	1	1	5	5	5	5	5	1	5	1	5	5	4	1	5	2	1	1	5	4	5
6	2	2	1	1	1	2	1	1	1	4	1	1	2	2	5	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1
8	5	5	5	5	4	1	1	5	5	3	2	2	5	1	2	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5
9	1	2	1	1	1	1	1	1	1	5	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
10	1	2	1	5	3	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	5	3	1	2	1	1	1	5	2
11	1	1	1	1	5	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
12	1	1	5	1	1	1	1	3	2	3	1	1	3	2	1	3	3	1	4	1	1	1	4	1	1
13	5	1	2	1	1	5	1	5	5	1	4	2	5	1	2	5	5	5	5	5	1	5	5	1	5
14	1	4	2	1	3	1	5	3	2	3	2	2	5	2	3	1	3	5	1	1	1	5	5	5	5
15	5	3	2	5	1	1	5	1	1	3	1	2	1	2	3	2	2	1	1	5	1	1	1	5	1
16	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
18	1	1	2	1	1	5	5	3	2	2	5	1	1	1	2	5	1	1	2	1	1	1	1	2	5
19	3	4	2	1	1	1	5	1	5	1	2	1	1	2	1	1	4	5	1	2	2	5	3	3	1
20	3	5	2	1	3	1	1	3	1	1	1	1	3	2	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
22	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
23	1	1	1	5	3	1	1	2	1	1	1	4	1	2	1	1	4	1	5	1	1	1	1	1	1
24	1	1	5	5	1	5	1	2	5	4	2	1	5	1	1	2	5	5	1	5	1	5	5	1	5
25	1	4	2	1	1	1	1	5	1	1	2	1	5	1	5	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1
26	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
27	5	1	5	5	4	1	5	5	5	4	5	2	1	2	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5
28	3	2	2	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	5	2	5	1	5	5	1	5	5	3
29	1	5	1	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	5	1	1	3	1
30	5	3	2	5	4	1	1	1	5	1	1	1	1	5	2	4	2	5	5	2	1	5	5	5	1
31	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	3	1	2	4	1	1	5	1	1	1	1	1
32	5	1	2	1	3	1	1	2	5	2	1	2	5	5	1	2	2	1	1	5	1	5	1	1	5
33	1	2	2	1	3	5	5	1	1	3	1	4	5	2	3	2	2	5	1	1	1	1	5	1	1
34	5	5	5	5	1	5	1	5	5	2	5	2	5	1	4	5	5	5	5	5	1	5	4	3	1
35	1	3	2	1	1	1	5	2	1	1	1	2	5	1	3	5	5	1	1	1	1	1	5	1	1
36	1	4	5	1	1	1	1	2	1	5	1	2	1	2	1	1	1	1	1	5	1	1	5	1	5
37	1	2	1	1	1	1	1	5	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	5	1	5	1	1	2
38	5	1	5	5	5	1	1	1	4	5	5	5	5	2	3	3	1	1	5	5	1	5	5	1	5
39	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
40	1	3	1	1	1	1	1	2	1	3	1	2	4	1	2	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1
41	3	3	1	1	1	5	5	2	1	5	2	2	5	2	2	2	2	1	1	1	1	1	5	5	5
42	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
43	5	1	1	5	1	1	1	5	1	3	4	2	1	2	3	1	4	1	1	5	1	1	1	2	2
44	5	4	1	1	1	5	5	4	5	5	5	1	1	5	1	1	2	1	1	2	1	5	5	1	5
45	5	2	2	5	5	5	5	1	5	3	5	1	5	5	3	1	3	1	1	1	2	1	5	4	3
46	1	3	1	1	5	1	1	2	5	4	1	3	4	1	3	5	4	5	5	4	1	1	5	1	1
47	1	2	5	1	1	1	1	1	1	4	1	1	3	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1
48	1	1	1	1	1	1	5	2	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
49	3	5	5	5	1	1	1	5	5	3	1	1	5	2	3	5	1	5	1	1	1	5	5	1	3
50	1	3	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	5	3	1	1	1	2	1	1	1	4	1	1
51	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
52	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1
53	3	1	4	1	3	1	5	5	5	3	5	3	1	5	3	5	3	1	1	1	1	1	1	1	3
54	1	1	1	5	1	1	1	5	1	5	1	1	4	5	1	1	5	1	5	5	1	5	5	2	5
55	1	5	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
56	1	1	5	5	1	5	5	2	1	1	1	3	1	1	4	2	1	1	5	5	1	5	1	2	5

ANEXO II
B - Respostas dos familiares ao EMO

questões	sujeitos																					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	2	5	1	1	3	1	1	1	1	2	3	1
2	1	5	1	1	5	4	1	5	5	1	4	5	1	1	5	5	4	1	5	5	1	5
3	5	2	1	5	3	4	1	5	1	1	1	1	4	4	2	3	3	5	2	4	1	2
4	3	1	1	1	1	4	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1
5	3	1	2	1	2	5	4	5	2	3	1	5	1	5	5	5	5	1	5	5	5	5
6	5	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	4	1	1	4	1	5	1	2	1	5	5
7	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2	2	2	5
8	3	5	5	5	5	3	5	5	5	1	2	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5
9	1	5	1	1	1	4	1	1	2	1	4	1	5	4	1	1	1	1	1	1	1	1
10	2	3	2	1	2	4	5	2	1	3	5	2	1	5	2	2	2	1	5	2	1	5
11	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	4	2	1	5	1
12	1	3	2	5	5	1	1	5	1	1	1	1	3	3	3	3	3	1	5	5	1	5
13	1	5	4	2	2	5	1	5	2	3	5	4	5	5	5	5	4	4	5	5	3	5
14	2	5	1	5	1	4	1	1	2	1	4	2	2	3	2	3	3	1	1	4	1	1
15	3	5	2	3	1	4	1	2	1	3	2	5	5	5	3	3	5	5	1	4	1	1
16	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1	3	1	1	2	1	1	1	3	1
18	5	2	2	1	5	5	5	5	2	1	1	4	1	2	5	2	5	1	5	4	1	5
19	1	1	2	2	1	3	1	2	1	3	4	2	2	4	4	2	1	5	2	2	3	2
20	1	1	2	5	5	1	1	4	1	1	2	2	1	3	1	3	3	1	5	2	5	5
21	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
22	2	1	2	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	5	5	5	1	1	4	1	1	5
23	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	5	1	1	1
24	5	5	5	1	3	5	5	5	2	1	5	4	2	5	5	5	5	5	2	4	4	2
25	2	1	2	1	1	1	1	2	2	4	2	2	1	1	5	1	4	1	4	5	2	2
26	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
27	5	1	1	5	5	1	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	4	4	5	3	3
28	2	1	1	1	1	1	1	2	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	2	1	5
29	5	1	4	1	5	2	5	5	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	3	1
30	1	1	5	5	4	5	3	5	1	1	1	4	5	4	5	5	5	1	1	4	2	5
31	1	1	1	1	1	5	1	1	2	1	5	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
32	5	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	5	5	5	5	2	3	1
33	1	5	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2	3	3	2	3	3	3	2	1	3	3
34	2	1	5	5	5	2	2	5	2	5	4	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5
35	2	1	4	1	1	5	1	5	1	1	2	1	1	1	1	1	2	4	1	1	5	1
36	1	3	1	5	3	4	1	5	5	5	1	4	5	5	4	5	5	1	5	5	3	5
37	1	1	2	1	1	1	1	1	1	5	1	4	1	1	2	5	1	1	5	5	1	1
38	5	5	1	1	5	3	5	5	5	5	4	5	1	5	5	5	5	4	5	2	1	5
39	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	3	1	1	2	1	3	1
40	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	5	4	4	2	1	1
41	2	5	1	1	2	1	2	1	2	5	1	2	4	1	2	4	3	5	4	2	5	2
42	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
43	1	1	2	5	1	3	1	4	1	5	1	1	1	1	4	3	2	4	2	4	5	1
44	2	5	5	1	3	4	2	1	1	4	5	2	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5
45	2	5	5	1	1	5	1	1	1	1	5	4	5	5	1	2	3	5	1	1	5	5
46	2	1	4	1	5	4	2	1	2	4	1	4	5	1	2	5	4	4	5	2	1	5
47	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	2	5	1	1	2	1	1	4	1	2	5	1
48	1	1	4	1	1	2	1	1	1	4	1	2	1	1	1	5	1	1	2	2	1	3
49	5	5	4	5	3	2	1	1	1	5	4	4	5	3	3	1	3	1	3	2	1	3
50	2	5	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	5	2	5	5
51	3	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	5	1	2	2	1	1	5	2	1	1
52	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	3	5
53	3	3	2	3	3	1	3	3	1	1	2	2	1	5	2	3	5	1	5	2	1	5
54	2	5	1	1	5	3	1	5	5	1	2	5	2	5	1	5	5	5	5	5	1	1
55	1	1	2	1	1	3	1	2	1	5	1	2	1	1	1	1	1	4	5	2	3	1
56	2	1	5	1	1	2	5	5	2	4	4	4	2	2	1	5	4	1	1	5	1	1

ANEXO II
B - Respostas dos familiares ao EMO

questões	sujeitos																					
	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
1	5	1	5	1	1	4	1	2	1	1	1	1	1	5	1	1	2	2	1	1	3	5
2	1	1	1	1	1	1	1	5	1	5	1	5	5	1	4	5	1	2	4	4	5	1
3	5	5	1	2	4	2	5	3	1	2	1	2	3	5	4	3	2	2	2	1	1	5
4	1	1	1	5	1	1	1	1	1	5	1	2	1	1	2	1	1	1	1	4	1	1
5	5	1	5	2	5	5	1	4	1	4	1	4	5	4	3	5	5	4	5	1	5	3
6	1	1	1	1	1	4	4	3	1	5	1	1	5	2	4	2	1	2	1	3	1	1
7	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	5	5	1	1	2	2	1	1	1	1	1
8	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	4	5
9	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	4	1	1	2
10	3	1	1	1	5	2	1	3	1	2	1	2	1	2	1	2	4	1	2	1	3	1
11	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
12	3	3	1	3	1	2	5	3	1	2	1	3	3	1	1	2	3	2	3	1	1	1
13	5	3	5	5	5	5	1	4	1	4	5	5	5	5	5	5	5	2	5	4	5	1
14	4	1	5	1	3	3	5	3	1	2	1	2	1	5	3	4	1	2	1	1	3	5
15	1	1	1	1	3	3	1	2	1	3	1	5	5	1	4	4	4	1	2	1	2	5
16	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
18	1	1	5	1	2	2	1	3	1	3	1	3	1	5	1	5	5	2	1	2	2	1
19	5	2	1	2	4	4	3	5	5	2	1	1	3	1	4	5	4	1	2	1	5	5
20	3	2	3	1	1	2	5	3	1	2	1	1	5	1	2	1	2	2	3	1	3	1
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
22	5	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	5	1	1	5	1	5	1	1	5	1
23	1	1	1	1	1	1	1	3	1	2	1	5	1	1	2	5	1	1	1	1	1	1
24	1	3	3	1	5	4	5	4	1	4	5	2	1	2	5	5	1	1	2	3	5	5
25	1	1	1	1	1	2	1	3	1	5	1	5	3	2	1	5	1	1	1	1	2	1
26	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1
27	5	5	1	5	5	4	5	5	5	5	1	5	1	5	5	5	5	1	5	1	5	5
28	4	3	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	5	1	2	5	1	4	2	1	1	5
29	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	5	3	2	1	1	4	1	5	1
30	5	5	1	5	3	2	5	4	1	5	1	5	1	5	4	5	5	4	5	4	5	5
31	1	1	1	1	1	1	1	3	1	3	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1
32	2	5	1	3	2	1	3	4	1	2	1	5	1	1	2	5	5	2	1	5	1	5
33	1	3	1	3	3	3	5	2	1	2	1	3	1	1	2	1	2	1	1	1	3	1
34	5	2	5	5	5	5	3	3	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1
35	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	4	4	1	1	1
36	3	1	5	1	5	5	5	5	1	5	1	2	1	5	4	5	5	5	5	5	5	5
37	4	3	1	1	1	2	1	2	1	4	1	2	5	1	1	1	1	1	2	1	1	1
38	5	1	5	5	5	5	5	2	1	5	1	3	1	5	5	1	5	5	5	5	5	1
39	1	3	1	5	1	1	1	3	1	2	1	3	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1
40	1	1	1	1	1	1	1	4	1	5	1	1	1	1	1	5	4	1	2	1	1	1
41	2	3	1	5	1	2	5	3	2	2	1	3	3	3	4	1	5	1	1	1	3	5
42	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
43	3	2	1	1	3	1	5	4	1	2	2	1	1	5	1	1	4	5	1	4	3	5
44	5	2	5	5	5	4	1	5	2	4	1	4	3	1	4	4	5	1	2	1	5	5
45	2	5	5	5	5	3	5	4	5	1	5	3	5	1	1	5	5	5	5	1	3	5
46	4	1	2	5	5	1	5	4	5	2	5	1	3	5	4	1	5	1	2	4	5	5
47	1	1	1	1	1	1	1	3	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
48	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	5	5	1	1	1	1	2	1	1	5
49	5	1	5	5	3	2	3	3	5	1	1	3	3	1	2	5	3	5	3	3	3	3
50	5	1	1	1	1	1	4	5	1	1	1	5	1	1	1	1	5	1	1	2	1	1
51	1	1	1	5	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	2	1
52	1	1	5	5	1	1	1	1	1	2	1	5	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
53	1	1	5	1	1	3	1	3	1	1	5	3	2	1	2	5	3	4	3	4	2	1
54	5	1	1	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	1	1	5	4	5	5	5	5	1
55	1	1	1	1	1	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1
56	5	2	5	1	1	5	3	2	1	4	1	1	1	1	2	1	1	5	2	1	5	5

ANEXO II
B - Respostas dos familiares ao EMO

questões	sujeitos																									
	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66				
1	5	1	5	2	1	1	2	1	1	5	1	5	1	1	1	1	1	5	5	5	5	1				
2	5	1	1	2	4	4	5	1	5	2	1	1	5	1	1	5	1	2	1	1	5	5				
3	2	3	1	4	2	2	2	2	3	2	1	5	1	5	3	2	1	5	5	5	2	1				
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2				
5	1	5	5	2	4	2	5	5	5	5	5	5	2	1	2	5	5	1	1	1	5	4				
6	5	2	1	2	4	2	3	5	2	5	5	1	5	1	1	5	5	1	3	1	5	5				
7	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	5	1	1	1	4	2				
8	5	5	1	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4				
9	2	1	5	2	1	5	1	2	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5				
10	1	2	5	1	3	1	1	4	2	3	2	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	5	4			
11	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4				
12	2	2	1	2	1	2	3	3	1	2	1	3	5	1	3	5	1	1	1	1	1	1				
13	4	5	2	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	1	5	5	5	1	1	1	5	5				
14	5	1	5	1	4	5	1	2	1	5	1	5	5	1	3	1	5	5	1	5	2	1				
15	1	2	5	2	5	1	3	2	1	4	1	2	5	1	3	1	5	1	1	1	1	1				
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
17	4	1	1	2	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
18	2	4	1	4	2	2	5	5	2	5	5	5	5	5	5	3	5	1	1	1	5	5				
19	5	1	1	1	1	5	2	4	2	2	5	5	2	5	2	4	5	5	5	5	2	2				
20	2	5	1	2	5	2	5	1	2	1	2	1	5	1	5	5	3	1	1	1	3	4				
21	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
22	1	1	4	2	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	3				
23	1	1	1	1	1	1	1	4	5	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4				
24	5	5	5	4	4	5	2	5	1	5	5	3	5	1	5	5	3	5	2	1	2	5				
25	1	1	1	2	4	4	1	4	1	5	1	1	2	1	1	5	1	1	5	1	5	2				
26	1	1	1	2	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1				
27	1	5	5	2	5	4	5	5	5	2	5	5	5	5	5	3	5	5	2	5	5	5				
28	1	5	5	2	5	4	1	4	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	5	1	5				
29	2	1	1	2	2	3	2	1	5	5	2	1	5	5	1	2	1	1	1	1	1	1				
30	5	5	1	2	4	2	2	5	5	5	5	5	1	2	4	2	1	5	2	5	5	5				
31	1	1	1	5	2	5	1	2	5	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	5				
32	1	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	5	5	1	1	1	5	1	5	1	5				
33	3	2	5	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1				
34	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	1	5	5	5				
35	1	1	1	4	1	5	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3				
36	3	2	5	1	4	4	2	5	5	3	5	5	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5				
37	2	4	1	2	1	3	1	5	2	1	1	5	2	1	1	5	1	1	1	1	5	1				
38	5	5	5	4	5	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5				
39	1	1	1	2	1	3	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1				
40	1	1	1	4	4	1	1	2	2	5	5	1	5	1	1	1	5	1	1	5	3	5				
41	5	4	5	2	4	4	2	4	3	3	1	5	2	2	4	2	1	5	5	5	2	4				
42	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1				
43	1	1	1	2	4	5	1	2	5	3	1	5	1	5	3	2	1	5	1	5	2	2				
44	5	5	3	2	4	5	2	2	2	1	1	5	5	5	2	5	5	2	5	5	5	4				
45	1	3	5	4	5	5	1	1	1	1	3	3	1	1	3	3	5	5	1	2	1	1				
46	5	5	1	2	3	1	1	4	5	3	2	5	5	5	5	4	1	5	5	5	2	1				
47	2	1	1	2	1	5	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	2	5				
48	4	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	3	1	1	1	3	5	1	1	1	2	1				
49	3	1	5	2	2	3	3	1	3	2	1	3	5	5	1	3	5	5	1	1	3	4				
50	5	5	1	2	1	1	3	1	1	1	1	5	1	1	1	5	1	5	5	5	5	1				
51	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
52	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
53	2	1	1	2	2	4	1	5	2	2	1	5	3	1	1	3	5	1	1	1	3	5				
54	5	5	1	2	5	5	5	5	5	3	5	5	1	1	5	5	1	5	1	5	5	5				
55	1	1	1	2	1	4	3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3				
56	5	5	1	2	4	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	5	5	5	4	2				

ANEXO II
B - Respostas dos familiares ao EMO

questões	sujeitos																						
	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89
1	1	1	1	1	1	1	4	5	1	5	1	1	1	1	1	5	1	5	1	2	1	5	1
2	1	1	1	4	1	4	1	5	1	5	1	1	2	5	2	1	1	1	1	5	1	5	5
3	1	5	1	2	1	2	1	5	2	5	2	1	1	2	5	2	1	2	5	2	1	1	3
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
5	1	2	1	4	1	5	3	5	5	4	5	2	2	4	4	2	5	1	2	1	1	5	5
6	2	5	1	3	1	2	2	4	1	1	4	2	1	1	1	4	5	1	2	5	1	5	2
7	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	5	1	1	1	2	2	1	1	1	1	4	1	1
8	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
9	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2
10	4	1	1	2	1	4	2	4	5	4	2	1	2	2	2	2	1	4	2	1	2	4	1
11	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	2	1	4	1	3	1	3	3	1	1	2	2	5	2	1	5	2	1	2	3
13	4	2	4	4	1	4	5	4	5	4	5	4	1	5	2	4	4	1	1	2	4	5	5
14	1	1	4	1	2	2	5	1	1	4	1	4	1	1	1	2	1	1	5	2	5	1	3
15	1	1	4	4	5	2	1	1	5	1	3	1	2	1	1	4	1	3	1	1	5	1	1
16	2	1	4	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
18	2	3	5	1	2	2	4	5	5	1	5	2	1	4	2	5	5	1	4	1	1	5	3
19	2	1	1	2	2	2	1	3	1	5	2	5	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1
20	2	5	2	4	2	4	3	1	1	1	1	3	2	2	1	5	5	2	4	2	1	5	2
21	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
22	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1
23	1	1	1	1	1	2	1	1	1	4	1	1	2	2	2	2	1	1	5	1	1	2	2
24	5	1	2	4	2	2	2	5	1	5	1	1	1	5	2	5	5	4	5	2	2	5	5
25	1	2	4	1	1	5	1	1	5	1	1	1	2	4	2	1	5	1	2	2	1	2	2
26	5	1	4	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	5	1	1	1	2	1
27	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	2	5	5	5	4	4	2	5
28	1	1	5	1	1	2	4	1	5	5	1	1	1	2	4	2	2	1	4	1	1	1	2
29	1	1	1	1	1	1	1	1	5	4	1	1	1	1	1	3	1	2	2	1	2	5	2
30	1	5	4	2	2	4	2	5	5	4	3	1	5	2	2	2	1	5	5	2	2	1	5
31	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	2	1
32	1	1	1	1	5	5	1	5	5	5	1	1	1	5	5	4	2	1	2	2	1	1	4
33	1	5	4	4	1	2	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	2	1	1	2
34	5	5	4	2	5	5	1	5	5	5	5	2	4	5	5	5	5	1	2	4	4	5	4
35	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
36	5	5	1	5	5	5	5	1	1	5	5	4	1	5	4	2	1	5	3	2	1	5	5
37	1	5	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	4	2	4	5	1	1	4	1	5	1
38	1	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	1	5	5	1	5	5
39	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2
40	1	1	4	2	1	2	1	5	5	1	5	1	2	1	1	1	5	1	1	1	1	5	5
41	1	5	5	4	1	2	2	5	1	4	3	2	1	4	1	2	5	5	2	2	2	2	4
42	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	5	1	1	1	1
43	1	5	1	1	2	2	1	4	5	1	5	2	5	2	4	1	1	3	3	1	2	1	1
44	5	5	1	4	5	2	4	5	5	1	5	1	5	2	5	4	5	5	5	5	1	5	5
45	5	1	5	2	2	5	1	1	3	5	1	1	5	1	5	1	5	1	3	1	1	3	2
46	2	5	5	2	5	4	5	5	2	5	5	4	4	5	5	2	2	5	1	1	1	5	4
47	1	1	2	1	1	5	1	1	1	1	1	2	5	1	1	4	5	1	1	2	1	1	2
48	1	1	5	2	1	2	1	1	1	5	2	5	1	5	4	4	1	1	1	1	1	5	2
49	2	1	5	4	5	3	5	1	3	2	3	3	1	1	5	4	5	3	3	3	1	3	3
50	4	5	4	2	5	1	5	5	1	1	5	1	4	1	2	1	5	1	5	4	1	1	1
51	1	1	1	2	1	2	1	1	1	5	1	1	3	1	2	1	5	1	1	1	2	1	5
52	1	1	1	2	1	4	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4
53	1	3	1	5	5	4	2	1	5	2	1	3	1	5	1	5	5	1	1	2	1	5	3
54	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5	5	1	3
55	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
56	1	1	2	5	1	4	4	1	1	1	5	1	5	2	2	4	5	4	5	2	1	1	2

ANEXO II
B - Respostas dos familiares ao EMO

questões	sujeitos																			
	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	5	1	1
2	4	3	2	1	1	1	2	1	1	1	3	1	5	5	1	1	2	5	1	5
3	2	3	1	1	3	2	1	1	5	5	3	5	2	2	5	5	1	2	5	1
4	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	1	2	1	5	2	5	5	5	1	1	2	2	5	5	2	5	5	5	5	5
6	1	1	1	1	2	2	1	5	1	1	5	1	2	5	5	1	1	4	5	5
7	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	5	2	1	1	2
8	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	2	5	5	1	2	5	5	5	5	5
9	1	1	1	1	5	1	1	2	1	1	1	5	1	1	2	5	1	5	1	1
10	1	2	2	2	1	1	4	1	1	1	4	1	4	2	2	2	1	5	4	2
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1
12	1	3	1	2	2	1	2	1	1	1	3	1	1	1	3	2	1	1	2	3
13	5	4	2	5	2	2	5	1	1	5	5	1	5	5	1	4	2	4	5	5
14	1	4	5	5	1	1	2	1	2	1	5	5	4	3	5	2	2	5	2	2
15	1	1	1	4	2	1	2	3	1	1	2	1	3	1	1	5	4	1	1	1
16	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1
18	1	1	1	4	2	4	5	1	1	4	2	2	2	1	1	5	5	5	4	4
19	2	2	5	1	5	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	2	4	1
20	2	1	1	2	2	1	2	3	1	1	1	1	3	1	4	1	2	1	3	2
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	5
23	1	1	2	5	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	4	1	1	2	2	2
24	5	4	2	2	1	1	5	1	1	1	5	5	2	2	1	5	2	5	5	2
25	1	1	3	5	1	1	2	1	1	1	1	1	5	5	2	1	1	1	2	4
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
27	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	1	3	5	5	5	5	5
28	1	4	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	5	1	1
29	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	2	2
30	5	4	2	5	5	2	4	5	1	1	5	5	2	5	2	1	1	5	2	4
31	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
32	5	5	5	1	1	5	1	5	1	1	1	5	5	1	1	1	1	1	2	2
33	1	3	1	1	1	1	2	3	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1
34	5	3	2	5	5	1	5	1	1	5	5	1	5	5	2	2	4	5	4	5
35	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
36	3	1	2	5	5	5	2	1	5	1	2	2	2	3	1	5	5	5	4	5
37	4	1	1	5	1	1	4	5	1	1	1	1	4	1	2	1	1	1	4	5
38	4	4	5	2	5	1	5	1	5	5	5	5	5	5	4	5	5	1	5	5
39	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
40	1	5	1	1	1	1	3	1	1	1	2	1	4	1	1	1	1	1	2	2
41	1	1	5	1	1	1	3	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	4
42	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
43	5	5	2	1	1	1	1	3	1	5	1	5	3	4	1	1	1	1	3	2
44	2	5	2	2	5	1	3	1	2	5	2	5	2	1	3	5	4	5	5	2
45	3	2	2	1	5	1	5	5	1	5	1	5	3	1	2	5	5	1	1	2
46	5	5	1	5	1	1	2	5	5	1	2	5	4	2	1	1	3	5	5	2
47	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1	2	1	1	1	1
48	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	2	1
49	5	2	2	5	1	1	5	1	1	1	2	5	5	5	4	5	1	3	1	5
50	2	4	1	5	1	1	2	1	5	5	1	1	1	1	2	4	1	1	2	2
51	1	1	1	1	1	1	2	1	5	1	1	1	1	1	2	1	1	5	2	1
52	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
53	3	3	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	3	1	1	1	4	4
54	5	5	5	5	5	2	2	1	5	5	5	5	1	5	2	1	2	5	1	5
55	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
56	4	4	2	1	1	1	2	1	1	5	4	5	1	1	2	1	1	1	5	1

ANEXO II
C - Respostas dos profissionais ao EMO

questões	sujeitos																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1	1	4	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
2	5	2	4	5	1	5	4	5	5	5	2	5	2	4	5	5	5	4	5	4	5
3	2	1	2	4	1	4	2	2	2	4	4	4	4	5	2	5	2	1	4	5	5
4	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
5	5	2	5	5	1	4	2	1	5	5	5	2	5	5	4	2	5	5	4	4	5
6	1	2	1	2	2	2	1	1	2	4	1	2	1	1	2	2	1	2	2	1	1
7	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2
8	5	2	5	5	5	4	5	4	5	4	5	2	5	5	5	2	5	4	5	5	4
9	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	2	4	5	4	2	2	2	2	5	4	4	2	2	5	4	1	3	5	2	5	4
11	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
12	2	3	4	5	3	2	2	2	5	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2
13	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
14	1	4	2	2	4	1	2	2	3	2	2	2	1	4	2	2	1	2	1	4	3
15	2	2	4	1	1	1	1	2	4	1	2	1	4	2	2	1	1	1	1	1	4
16	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	1	1	4	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	4
18	1	4	1	2	2	1	2	1	1	4	2	2	1	1	1	3	1	2	1	1	1
19	1	1	2	4	1	2	2	4	2	2	2	2	4	2	1	4	3	1	1	4	4
20	1	2	2	5	2	1	2	2	5	4	2	1	1	4	2	2	2	1	1	2	2
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
22	1	2	2	2	3	4	2	2	4	2	3	5	1	2	2	3	3	3	3	3	3
23	1	2	4	5	4	1	1	5	5	2	4	5	5	2	4	2	3	5	2	5	3
24	2	5	2	4	5	2	2	2	5	4	4	2	5	5	2	4	3	4	2	5	4
25	5	5	4	2	1	4	5	5	5	5	5	2	5	5	4	4	5	5	2	5	5
26	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2
27	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	2	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5
28	3	1	4	5	2	4	2	2	2	2	1	4	4	5	3	2	3	2	4	4	4
29	1	2	1	1	1	2	2	1	2	4	2	2	1	1	4	1	1	1	2	1	2
30	2	4	4	2	5	4	2	2	2	2	5	4	1	5	2	2	4	2	4	5	4
31	2	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	4	4	1	2	5	2	2	4	4
32	1	1	2	2	2	2	1	5	5	5	2	5	4	5	4	3	2	2	2	5	5
33	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2
34	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5
35	1	1	2	2	1	1	1	1	2	4	1	5	1	4	2	1	3	2	1	1	4
36	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
37	4	1	4	5	1	5	5	1	5	5	5	5	5	5	2	2	5	5	5	4	5
38	1	3	5	4	3	5	2	3	5	4	5	4	2	5	4	3	3	1	5	5	4
39	1	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1
40	1	1	2	2	2	2	1	1	2	4	2	5	2	5	1	2	1	2	2	2	2
41	2	2	4	2	1	4	1	2	3	4	2	2	4	2	1	4	2	3	2	5	3
42	1	1	2	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
43	2	4	4	1	5	4	4	1	3	4	4	4	4	5	5	4	2	5	4	4	2
44	2	2	4	2	2	2	2	2	3	4	2	4	4	4	1	2	3	2	2	2	3
45	1	1	4	1	1	2	1	1	5	2	5	2	2	5	1	1	3	1	2	1	4
46	5	2	4	4	2	4	4	2	3	4	4	5	4	5	5	2	3	4	4	5	4
47	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	5	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1
48	1	2	4	2	2	4	2	2	5	4	4	2	4	4	2	2	2	4	4	4	2
49	1	1	2	1	2	2	1	1	3	2	2	2	4	1	1	4	1	1	2	5	1
50	1	4	2	2	2	2	5	5	1	4	1	1	1	1	1	3	1	4	2	1	1
51	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2
52	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	4	4
53	1	5	2	2	5	1	2	1	2	5	5	5	2	2	4	2	3	3	1	1	5
54	1	4	4	4	2	4	1	5	1	2	1	5	1	5	4	3	1	3	4	4	5
55	1	1	1	2	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
56	2	2	4	1	2	2	2	2	4	2	5	1	4	5	1	2	1	1	2	1	1

ANEXO II
C - Respostas dos profissionais ao EMO

questões	sujeitos																			
	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	4	1	2	1	1	1	1	2	1	2	4
2	2	5	2	2	2	5	5	2	5	2	5	4	5	2	5	5	5	4	5	5
3	4	4	3	1	5	2	2	4	2	2	1	2	1	2	3	5	2	2	1	2
4	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2
5	5	5	4	2	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	2	5	4	4	5
6	1	1	1	1	2	1	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	5
7	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	4	1	1	2
8	4	4	3	5	5	4	4	4	5	2	2	4	4	2	5	5	5	5	5	5
9	2	1	1	1	2	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	4	4	3	2	4	5	2	5	2	2	2	4	4	2	4	2	5	2	4	2
11	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	2	1	1	1	4	1	1	2	2	5	1	2	2	2	5	1	1	2	2	1
13	5	4	5	5	5	1	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
14	1	5	1	2	2	5	4	2	2	4	2	2	2	1	2	1	4	4	2	4
15	1	1	1	1	2	4	1	4	2	2	1	2	1	1	5	2	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	4	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
18	1	2	1	2	1	1	1	1	1	5	5	1	1	1	1	1	5	5	5	5
19	2	2	1	1	2	2	2	4	1	2	1	2	1	2	1	3	1	1	1	1
20	2	2	1	1	2	2	2	2	4	2	2	1	2	5	5	2	2	4	4	1
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
22	3	3	5	2	2	5	2	4	1	1	4	4	5	5	3	5	4	4	2	4
23	4	3	2	2	2	5	2	2	2	1	2	2	4	5	1	2	5	2	4	2
24	4	4	1	5	4	4	2	4	4	5	5	5	4	2	1	5	5	5	5	5
25	5	5	5	5	4	5	4	5	5	4	5	5	5	2	5	5	5	5	5	5
26	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
27	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
28	4	4	2	2	4	2	2	4	5	4	2	2	1	5	1	5	5	1	1	2
29	2	2	2	1	2	1	1	1	4	1	1	2	1	2	4	2	1	1	1	1
30	4	4	1	2	5	4	2	5	5	3	2	2	4	5	2	5	2	2	2	2
31	4	4	2	1	2	2	1	5	2	2	1	1	4	2	1	2	4	1	1	1
32	5	4	2	2	5	1	2	4	5	4	1	2	1	5	1	3	2	1	1	1
33	2	2	1	1	2	1	2	1	1	3	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1
34	5	5	5	5	4	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
35	4	4	2	1	2	4	1	1	5	1	2	2	2	2	1	2	4	2	2	2
36	5	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
37	5	5	1	5	4	5	5	5	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
38	4	4	1	1	4	1	5	5	5	1	2	1	5	5	5	5	4	1	2	1
39	1	1	1	2	1	2	1	1	1	3	2	2	2	1	1	5	2	1	1	1
40	2	2	4	1	4	5	1	2	2	4	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2
41	5	5	3	2	4	1	2	5	4	4	2	2	2	1	1	5	2	2	2	2
42	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
43	4	2	5	5	2	5	2	5	5	1	5	5	4	4	1	5	4	5	4	5
44	2	2	5	1	3	2	1	2	2	1	1	1	4	4	1	4	1	1	1	1
45	4	1	3	1	3	1	1	4	3	1	1	1	2	1	5	3	1	1	1	1
46	4	2	5	5	4	4	2	5	5	2	2	2	2	5	5	5	5	4	4	4
47	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
48	2	2	1	2	2	2	2	2	4	5	2	2	4	1	2	5	2	1	1	1
49	1	1	1	1	3	2	1	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1
50	1	1	2	5	2	2	1	1	4	1	2	5	2	1	2	5	2	5	2	5
51	2	2	1	1	2	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
52	4	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	3	2	1	1	2
53	5	5	2	2	4	5	4	5	1	1	5	5	5	2	5	5	2	5	5	5
54	5	5	1	5	4	2	5	2	1	2	5	2	1	5	2	5	5	5	5	5
55	3	3	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
56	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	5	1	2	2

Referências Bibliográficas

ACKERMAN, N. **Diagnóstico e tratamento das relações familiares**. Trad. de Maria Cristina C. R. Goulart. Porto Alegre, Artes Médicas, 1986. 355p.

ALEXANDER, F.G.; SELESNICK, S.T. **História da psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente**. São Paulo, IBRASA, 1968. 573p.

AMARANTE, P. **Psiquiatria sem hospício: contribuição ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992. 128p.

_____. **Loucos pela vida: a trajetória psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, Panorama/ENSP, 1995. 143 p.

ANASTASI, A. Evolving concepts of test validation. **Annual Review of Psychology**, v.37, p.1-15, 1986.

ANDOLFI, M.; ANGELO, C. **Tempo e mito em psicoterapia familiar**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989. 143 p.

ANDOLFI, M.; ANGELO, C.; MENGUI, F.; NICOLO, A.M. **Por trás da máscara familiar: um novo enfoque em terapia familiar**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984. 135 p.

- BANDEIRA, M. Reinserção de doentes mentais na comunidade: fatores determinantes da reospitalização. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.9, n.42, 491-8, outubro 1993.
- BASAGLIA, F. **A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo, Brasil Debates, 1979. 158p.
- BASAGLIA, F.; GALLIO, G. Vocação terapêutica e luta de classes – para uma análise crítica do modelo italiano. In: DELGADO, J.M.F. **A loucura na sala de jantar**. Santos, CCJ, 1991.
- BEM, J.D. **Convicções, atitudes e assuntos humanos**. Trad. de Carolina M. Rossi. São Paulo, EPU, 1973. p.5 – 44.
- BENOIT, P, **Psicanálise e medicina – teoria e casos clínicos**, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1989. p.100-1.
- BERCHERIE, P. **Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico**. Trad. de Vera Ribeiro. Traducido de: Les fondements de clinique: histoire et structure du savoir psychiatrique. Rio de Janeiro, Zahar, 1989. 332p.
- BERENSTEIN, I. **Família e doença mental**. São Paulo, Escuta, 1988. 221p.
- BERLINGUER, G. **A doença**. São Paulo, Hucitec, 1988. 151p.
- BERTOLETE, J.M. O uso racional de medicamentos em Psiquiatria: Conceitos e Princípios. In: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **O uso racional de medicamentos Psiquiátricos**. Rio de Janeiro, 1997. p.3 – 11.

- BIRMAN, J. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA JR., B.; AMARANTE, P. (Orgs.). **Psiquiatria sem hospícios: contribuição ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, Relume – Dumará, 1993. p.71-90.
- BIRMAN, J.; COSTA, J.F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P.(org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1994.
- BORSÓI, P.O Trabalho do serviço de saúde mental em hospital público-maternidade. **Saúde em foco: saúde mental à ética do cuidar**, v.6, n. 16, p.23-7, 1997.
- BOTOMÉ, S.P. Em busca de perspectivas para a psicologia como área de conhecimento e como campo profissional. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). Quem é o psicólogo brasileiro? São Paulo, Edicon/Educ/Scientia et labor, 1988. p.273-97.
- BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo, Vozes 1995. 225p.
- BRASIL, M.A.A. A ética do sofrimento humano. In: FIGUEIREDO, A.C.; SILVA Filho, J.F. (Org.) **Ética e saúde mental**. São Paulo, Topbooks,1996. p.11-25.
- BRASIL. Ministério da saúde. Programa Nacional de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.1, de 13 de junho de 1998a. Normas de Pesquisa em Saúde. Brasília, 1998a. Cap.2, p. 4 – 7: Aspectos éticos da pesquisa em seres humanos.

BRASIL. Ministério da saúde. **Temas de saúde mental**. Textos Básicos – CBAO, Brasília, 1998 b. 94p.

BRUNELLO, M.I.B. Loucura: um processo de desconstrução da existência. **Revista de Terapia Ocupacional**. São Paulo. v.9, n.1. p.14-9, jan./abr.1998.

CAMARGO, M. **Ética, vida e saúde – Ética profissional para cursos na área da saúde**. 3.ed. São Paulo, Vozes, 1983. 126p.

CARRASCO, J.S.D, **Elementos de psiquiatria y asistencia psiquiatrica**: para asistentes sociales, auxiliares técnicos, sanitarios. Barcelona, Científico-Médica, 1968.

CARVAJAL, C.A. El paciente mental crônico. La familia y su integración a la sociedad. **Revista de Psiquiatria Clínica**, Santiago de Chile 30, n.2, p.131-41, 1993.

CASTEL, R.A. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro, Graal, 1994. 329p.

CLEMENTE FILHO, A. dos S. Diagnóstico e tratamento. n.4, v.3, out./nov./dez. São Paulo. Ed. Lemos, **Associação Paulista de Medicina** p.15-17. 1998.

DELGADO, P.G. **As razões da tutela**. Rio de Janeiro, Te Corá, 1992. p.42-5

DIAZ, A.L.A.; RODRÍGUEZ, M.A.A.; GARCÍA, M.A.F. Una escala de valoración de terminos asociados com discapacidad: primeros resultados. **Revista Electrónica de Metodologia Aplicada**, Oviedo-Espanha v.2, n.1, p.65-81, 1997.

DINIZ, S. **A medida de satisfação dos usuários de um serviço público municipal de saúde mental.** Ribeirão Preto, 1999. 180 p. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

FAGUNDES, S. Saúde mental coletiva: a construção no Rio Grande do Sul. In: BEZERRA JR., B.; AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria sem hospício: contribuição ao estudo da reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992. p.57-70.

FAZIO, R.H. Motives for social comparison: the construction-validation distinction. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.37, n.10, p.1683-98, 1979.

FISHBEIN, M.; AJZEN, I. Attitudes and opinions. **Anual Review of Psychology**, v.23, p.487-533, 1972.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1994. 241p.

_____ **História da loucura na idade clássica.** 5ªed. São Paulo, Perspectiva, 1997. 551p.

GARCIA PINTOS, C.C. **A família e a terceira idade: orientações psicogerontológicas.** (Trad. Haroldo Reimer). São Paulo, Paulinas, 1997. p.12-25.

GERARD, H.B.; ORIVE, R. The dynamics of opinion formation. **Advances in Experimental Social Psychology**. v.20, p.171-201, 1987.

- GIL, M.E. Bioética. O papel do psicólogo sob a ótica da bioética. São Paulo. Conselho Federal de Medicina, agosto. 1998. p.8 – 9.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** 5ed. São Paulo, Perspectiva, 1996. 315 p.
- GOLDBERG, J.I. Reabilitação como processo. In: PITTA, A.M.F. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil.** São Paulo, Hucitec, 1996. p.33-47.
- GOODWIN, D. W. ; GUZE, S.B. **Diagnóstico da doença mental.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1991. Trad. Jurema Alcides Cunha. p.112 – 133.
- KNOBEL, M. **Infância, adolescência y família.** Orientaciones sobre salud mental. Argentina, Granica Editor, 1972. 230p.
- KOGA, M. **Convivendo com a pessoa esquizofrênica:** Sobrecarga familiar. Ribeirão Preto, 1997. 90p. Dissertação de mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- LAING, R.D. **A política da família.** São Paulo, Martins Fontes, 1971. 155.p.
- LAING, R.D.; ESTERSON, A. **Sanidade, loucura e a família.** Belo Horizonte, Interlivros, 1980. 248p.
- LARANJEIRA, R.R.; NICASTRI, S. Abuso e dependência de álcool e drogas. In: ALMEIDA, O. P.; DRATCU, L.; LARANJEIRA, R.R. **Manual de Psiquiatria.** Rio de Janeiro, Koogan. 1996.
- LAZO, M.D. **Alcoolismo o que você precisa saber.** São Paulo, Edições Paulinas, 1989. p.27-38.

- LEMGRUBER, V.; STINGEL, A. A interação dos psicofármacos com outras formas de tratamento dos transtornos mentais no Brasil. In **Organização Mundial da Saúde: O uso racional de medicamentos psiquiátricos**. Rio de Janeiro, nov. 1997. p.71-85.
- LIMA, M.L.P.de. Atitudes. In: VALLA, J.; MONTEIRO, M.B. **PSICOLOGIA SOCIAL**. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian. 1993. p.167-199.
- LOUZÃ NETO, M.R.; LOUZÃ, J.R. Reabilitação em psiquiatria. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 55, n.7. p.475-82, 1998.
- LOUZÃ NETO M.R.; MOTA, T.; WANG, Y-P. História da Psiquiatria. In: LOUZÃ NETO, M.R.; MOTA, T.; WANG, Y-P.; ELKIS, H. (Orgs.). **Psiquiatria básica**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995. p.9-22.
- LUCAS, M.R.P. Centro de atenção diária em busca da afetividade e da ressocialização. **Saúde em Foco: saúde mental à ética do cuidar**, v.6, n.16, p.52-3, 1997.
- LUIS, M.A.V. **A saúde mental e o penoso caminho da assistência**. Ribeirão Preto, 1998. 107p. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- MACEDO, R.M. A família do ponto de vista psicológico: lugar seguro para crescer. **Caderno de Pesquisa**, São Paulo. n. 91, p. 62-68, 1994.
- MACEDO, Z. O que é ser familiar de doente mental. **Informação Psiquiátrica**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.117-9, 1997.
- MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. **Danação da norma: medicina social e constituição de psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro, Graal, 1978. 559 p.

- MAFFEI, W.E. **Os fundamentos da medicina**. São Paulo, Fundo Editorial Prociencx, 1967. p.109-11.
- MARCÍLIO, N.; FIGUEIREDO, C. Ipub 60 anos: histórias de vida e trabalho. **CADERNOS IPUB/Instituto de Psiquiatria da UFRJ**, Rio de Janeiro, p.27-51, 1998.
- MARTINS, L.A.N.; MARTINS, M.C.F. **Revista Brasileira da Clínica & Terapêutica**, Sociedade Brasileira de Clínica Médica. v.24, n.6, março 1998.
- MAURER, J.; BELLACK, J.P. Family assesement . In: BELLACK, J.; BANFORF, P. **Nursing assesement a multidimensional approach**. Monterrey, Wadsworth, 1984. Cap. 11, p. 205-25.
- MÁXIMO, H. dos REIS, MALHEIRO. Saúde mental: um novo modelo em hospital de emergência. Rio de Janeiro. **Saúde em Foco: saúde mental a ética de cuidar**, v.6, n.16, p.25-17, 1997.
- McGUIRRE, J.W. The nature of attitudes change. In: LINDZEY, G.; ARONSON, E. (Eds.), **The handbook of social psychology**. Reading, Addison Wesley, 1969. V.9, p.136-314.
- MENEZES, P.R. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. **Revista de Psiquiatria Clínica**, Brasília. V.25, n.5, p.214 – 16, 1998. Edição especial.
- MINUCHIN, S. **Famílias: funcionamento e tratamento**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990. 238.p.

- MINUCHIN, S.; FISHMAN, R. **Técnicas de terapia familiar**. Trad. de Claudine Kinsch e Maria Efigênia F. R. Maia. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990. p.21-36.
- MINUCHIN, S.; NICHOLS. M.P. **A cura da família: histórias de esperança e renovação contadas pela terapia familiar**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995. Cap.3, p.37 – 48.
- MIOTO, R.C.T. O tratamento da família. In: CAETANO, D. et al (Org). **Esquizofrenia: atualização em diagnóstico e tratamento**. São Paulo, Atheneu, 1993. p.267-74.
- MIRANDA, C.M.L. **O parentesco imaginário: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar**. São Paulo, Cortez, 1994. 172p.
- _____ Enfermagem essa prática (des)conhecida. **Saúde em Foco: saúde mental a ética de cuidar**, v.16, n.6, p.5-6, nov. 1997.
- _____ Internação psiquiátrica e reabilitação psicossocial. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.**, v. 9, n. 47, p. 437-9, 1998a.
- _____ O Serviço de Enfermagem do IPUB: 1994-1998. In: **Instituto de psiquiatria – 60 Anos cadernos IPUB**. Rio de Janeiro, UFRJ. 1998b. p. 199-205.
- MONTAGNA, P.L.K.; NETO, F.L.; TAKIGUTI, C.; HÜBNER, C.V.K. Avaliação da sobrecarga representada por pacientes psiquiátricos a suas famílias: confiabilidade de uma entrevista. **Revista Psiquiátrica Clínica**. São Paulo. v.12, n.1, p.13-16,1985.

- MORAES, T.M. Ética e psiquiatria forense. In: Instituto de psiquiatria – 60 anos Cadernos IPUB. Rio de Janeiro, UFRJ. 1998. p.85-9.
- NASCIMENTO, R.A. **Doença, hospital e morte**: possibilidade de interlocução entre a clínica psicanalítica e a medicina. São Paulo, 1998. Dissertação (mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- NICÁSIO, M.F.S. **O processo de transformação da saúde mental em Santos**: desconstrução de saberes, instituições e cultura. São Paulo, 1994. 155p. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- NICK, E.; OLIVEIRA, S.B de. Tendências políticas de saúde mental no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. n. 11, v.47, nov. 1998. p.583 – 589.
- PASQUALI, L. (Org.). Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento. Brasília, INEP, 1996. 432p.
- _____ **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília, Universitária, 1997. 289p.
- _____ Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.25, n.5, p.206 – 13, 1998. Edição especial.
- PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. 2.ed. Rio de Janeiro, Editora 34, 1995. 206p.
- PINTO, J.C.S.G. Temas de saúde mental: sexualidade, psicose, grupos, formação médica. Rio de Janeiro: Muiraquitã, 1998.

- PITTA, A.M.F. Ética e assistência em psiquiatria. In: FIGUEIREDO, A.C.; FILHO, J.F. S.(Orgs.). **Ética e saúde mental**. Rio de Janeiro, Topbooks, 1996. p.103-10.
- PONTY, M.M. **A estrutura do comportamento**. Belo Horizonte, Interlivros, 1975. 259p.
- PRADO, D. **O que é família**. 11. ed. São Paulo, Brasiliense, 1989. 92p.
- RADLOFF, R. Opinion evaluation and affiliation. **Journal of Abnormal and Social Psychology**, v.62, n.3, p.578-85, 1961.
- RAGAZZI, N. **Uma escala de atitude em relação a matemática**. São Paulo, 1976. 150p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- REGAN. D.T.; FAZIO, R. On the consistency between attitudes and behavior: look to the method of attitude formation. **Journal of Experimental Social Psychology**. v.13, 1977. p.28-45.
- RIBEIRO, I. **Sobre a infidelidade dos fiéis: família, subjetividade e imaginário entre Agentes da Pastoral Católica**. São Paulo, 1997. 380p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas de São Paulo, Universidade de São Paulo.
- ROCHA, R.; LOYOLA, C. M.; SOBRAL, V.; CRUZ, J. L. Enfermagem psiquiátrica e atenção psicossocial. In paradigmas de atenção psicossocial. In: **CONFERÊNCIA DO I CONGRESSO DE SAÚDE MENTAL DO RIO DE JANEIRO**. Rio de Janeiro, Te Corá, 1998.
- RODRIGUES, A. **Psicologia Social**. Rio de Janeiro, Vozes, 2ed; 1973. 373p.

RODRIGUES, A.R.F. **Relações interpessoais enfermeiro-paciente: análise teórica e prática com vistas à humanização da assistência em saúde mental.** Ribeirão Preto, 1993. (Livre Docência) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Enfermagem Psiquiátrica em Saúde Mental: prevenção e inter-relacionamento. São Paulo. EPU, 1996. 81p.

RORIZ, R. SÁ. Extinção do hospital psiquiátrico: liberdade ou exclusão final do paciente crônico? **Informativo Psiquiátrico**, v.17, n.1, p.39, 1998.

RUIZ, R. Saúde e doença. **Informativo da Associação Paulista de Homeopatia**, São Paulo, p. 10-2, maio/junho 1998.

SADIGURSKY, D. **Desinstitucionalização do doente mental: expectativas da família.** Ribeirão Preto, 1997. 224p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

SARTORIUS, N. Rehabilitación and quality of life. **Interational Journal of Mental Health**, v.24, n.1, p. 7-13, 1995.

SERPA, JR., O. D. Sobre o “nascimento” da psiquiatria. In:– por uma assistência psiquiátrica em transformação. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro. n.3, p.15-30, 1996.

SERRANO, A.I. **O que é psiquiatria alternativa.** São Paulo, Nova Cultural/Brasiliense, 1985. 107p.

SIEGEL, S. **Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento.** Tradução de Alfredo A. de Farias. São Paulo, McGraw-Hill, 1975. 350p.

- SILVA, R.S. Reforma psiquiátrica (Parecer n.19/96). **Jornal do CFM**, outubro 1996. 14p.
- SMITH, M.B.; BRUNER, J.S.; WHITE, R.N. **Opinions on personality**. New York, John Wiley, November 1960.
- SOLÉ, A.G. Está cambiando el tratamiento del alcoholismo. **Adicciones**, Barcelona, v.10, n.3, p.205-8, 1998.
- SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro, Graal, 1984. p. 7-13.
- SPINK, M.J. **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo, Brasiliense, 1993. 311p.
- SZASZ, T.S. **o mito da doença mental**. Rio de Janeiro, Zahar. 1979. 258p.
-
- A fabricação da loucura**. Um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental. 3.ed., Rio de Janeiro, Koogan, 1984. 408p.
- TAVARES, J.L. **A comunicação na loucura**. Ribeirão Preto,1997. 186p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- TEIXEIRA, H.; DANTAS, F. O bom médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro. v.21, n.1. p.39-46, janeiro/abril 1997.
- TEIXEIRA, M.O.L. Do asilo ao hospital-dia: Considerações sobre a atenção em psiquiatria e saúde mental. In: SECRETARIA MUNICIPAL DO RIO

DE JANEIRO. **Saúde em foco: saúde mental à ética do cuidar**. v.6. n.16, p.3-4, 1997.

TSU, T.A. **A internação psiquiátrica e o drama das famílias**. São Paulo, EDUSP/Vetor, 1993. 75p.

ZANELLI, J.C. Formação profissional e atividade de trabalho dos psicólogos nas organizações: proposições alternativas de análise na perspectiva de sistemas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.11, n.1, p. 41-9, 1995.

ZLOTNIK, J. Prática médica: dez mandamentos fundamentais. **Conselho Federal de Medicina**, v.14, n.101, p.12, Jan.1999.

ZUSMAN, J.A. Centro de atenção diário Luiz Cerqueira (IPUB). Cadernos IPUB Instituto de Psiquiatria - 60 ANOS, UFRJ, Rio de Janeiro, 219-26. 1998.