



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
NÚCLEO DE PESQUISA EM SAÚDE MENTAL E DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

**ADESÃO À REFORMA PSIQUIÁTRICA E PRECONCEITO FRENTE AO
DOENTE MENTAL: UM ESTUDO COM UNIVERSITÁRIOS À LUZ DA
TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

PATRÍCIA FONSECA DE SOUSA

**João Pessoa - PB
Fevereiro 2014**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
NÚCLEO DE PESQUISA EM SAÚDE MENTAL E DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

**ADESÃO À REFORMA PSIQUIÁTRICA E PRECONCEITO FRENTE AO
DOENTE MENTAL: UM ESTUDO COM UNIVERSITÁRIOS À LUZ DA
TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

**PATRÍCIA FONSECA DE SOUSA
Mestranda**

**PROFA. DRA. SILVANA CARNEIRO MACIEL
Orientadora**

**João Pessoa - PB
Fevereiro 2014**

PATRÍCIA FONSECA DE SOUSA

**ADESÃO À REFORMA PSIQUIÁTRICA E PRECONCEITO FRENTE AO
DOENTE MENTAL: UM ESTUDO COM UNIVERSITÁRIOS À LUZ DA
TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba por Patrícia Fonseca de Sousa, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Social.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Carneiro Maciel

**João Pessoa - PB
Fevereiro 2014**

S725a Sousa, Patrícia Fonseca de.

Adesão à reforma psiquiátrica e preconceito frente ao doente mental: um estudo com universitários à luz da teoria das representações sociais / Patrícia Fonseca de Sousa.-- João Pessoa, 2014.

141f. : il.

Orientadora: Silvana Carneiro Maciel

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHL

1. Psicologia social. 2. Doença mental. 3. Reforma psiquiátrica. 4. Universitários. 5. Representação social.

UFPB/BC

CDU: 316.6(043)

**ADESÃO À REFORMA PSIQUIÁTRICA E PRECONCEITO FRENTE AO
DOENTE MENTAL: UM ESTUDO COM UNIVERSITÁRIOS À LUZ DA
TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

PATRÍCIA FONSECA DE SOUSA

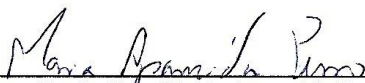
Banca avaliadora:



Profa. Dra. Silvana Carneiro Maciel (UFPB, Orientadora)



Profa. Dra. Ana Raquel Rosas Torres (UFPB, Membro interno)



Profa. Dra. Maria Aparecida Penso (UCB, Membro externo)

**João Pessoa - PB
Fevereiro 2014**

Aos meus pais

“Todas as vitórias ocultam uma abdicação.”
(Simone de Beauvoir)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por não me deixar fraquejar diante das dificuldades.

Aos meus pais, Raimundo e Terezinha, pelo exemplo, incentivo e amor incondicional, vocês são o que tenho de mais preciso.

Às minhas irmãs, Poliana e Priscila, pelo carinho, apoio e confiança que depositaram em mim, eu amo vocês.

Ao meu namorado, José Carlos, por ter estado ao meu lado durante toda essa trajetória; me dando força nos momentos de tristeza e desesperança e compartilhado os momentos de conquista e alegria.

À minha avó, Maria José, por suas sábias palavras, que me transmitiram força para a superação de cada obstáculo.

À minha orientadora, a profa. Dra. Silvana, pela paciência, apoio, compreensão e competente orientação para a concretização dessa dissertação. A senhora é um exemplo para mim.

A todos que fazem parte do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química, pela amizade e indispensável contribuição para a realização desse trabalho.

Às minhas queridas amigas, Katrubby e Giselli, pelas ótimas histórias compartilhados, amizade e companheirismo em muitos dos momentos mais difíceis dessa trajetória.

À minha amiga Juliana, pelo apoio e palavras de entusiasmo.

Às professoras, Ana Raquel Rosas Torres e Maria Aparecida Penso, por gentilmente terem aceitado participar como leitoras dessa dissertação, enriquecendo-a com suas sugestões.

A todos os professores que compõem o Programa de Pós-graduação em Psicologia social, pela contribuição para a minha formação acadêmica.

À CAPES, pelo apoio financeiro.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	4
LISTA DE FIGURAS.....	5
RESUMO.....	6
ABSTRACT	7
INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO 1. Contextualização da loucura e da assistência em saúde mental	12
1.1 Da divinização à doença: Panorama histórico da loucura.....	12
1.2 A reforma psiquiátrica e a mudança de paradigma na assistência em saúde mental	20
1.2.1 A reforma psiquiátrica no âmbito internacional	21
1.2.2 A reforma psiquiátrica no Brasil	26
1.2.3 A reforma psiquiátrica na Paraíba	32
1.3 Paradigmas que norteiam as práticas em saúde mental na era da reforma psiquiátrica.....	35
1.4 O preconceito frente ao doente mental no contexto da reforma psiquiátrica....	38
CAPÍTULO 2. A Teoria das Representações Sociais.....	45
2.1 A Teoria do Núcleo Central: Uma abordagem da Teoria das Representações Sociais	51
CAPÍTULO 3. ESTUDO I: Validação da estrutura fatorial das escalas	57
3.1 Objetivo	57
3.2 Método	57
3.2.1 Tipo de estudo	57
3.2.2 Amostra	57
3.2.3 Instrumentos	58
3.2.4 Procedimento de coleta de dados e considerações éticas	58
3.2.5 Análise dos dados.....	59
3.3 Resultados	60
3.3.1 Escala de Atitudes em Saúde Mental.....	60
3.3.2 Escala de Rejeição à Intimidade.....	63

CAPÍTULO 4. ESTUDO II: Replicação da estrutura fatorial das escalas	67
4.1 Objetivo	67
4.2 Método	67
4.2.1 Tipo de estudo	67
4.2.2 Amostra	67
4.2.3 Instrumentos	68
4.2.4 Procedimento de coleta de dados e considerações éticas	68
4.2.5 Análise dos dados.....	69
4.3. Resultados	69
4.3.1 Escala de Atitudes em Saúde Mental	70
4.3.2 Escala de Rejeição à Intimidade.....	70
 CAPÍTULO 5. ESTUDO III: Representação social sobre a reforma psiquiátrica e doente mental: Um estudo correlacional	73
5.1 Objetivo geral.....	73
5.1.2 Objetivos específicos.....	73
5.2 Método	73
5.2.1 Tipo de estudo	74
5.2.2 Amostra	74
5.2.3 Instrumentos	75
5.2.4 Procedimento de coleta de dados e considerações éticas	76
5.2.5 Análise dos dados.....	77
5.3 Resultados	79
5.3.1 Adesão de universitários aos paradigmas de atenção em saúde mental.....	79
5.3.2 Escala de Rejeição à Intimidade e relação entre paradigmas de atenção em saúde mental e preconceito frente ao doente mental.....	80
5.3.3 Estrutura da representação social da <i>reforma psiquiátrica</i> e do <i>doente mental</i> : Uma análise à luz da Teoria do Núcleo Central	81
5.3.3.1 Estrutura da representação social da <i>reforma psiquiátrica</i>	81
5.3.3.2 Estrutura da representação social do <i>doente mental</i>	83
 CAPÍTULO 6. Discussão	86
6.1 Validação e replicação da estrutura fatorial da Escala de Atitudes em Saúde Mental e da Escala de Rejeição à Intimidade	86

6.2 Pontuação de universitários nas escalas e relação entre preconceito frente ao doente mental e os paradigmas de atenção em saúde mental.....	87
6.3 Representação social da <i>reforma psiquiátrica</i> e do <i>doente mental</i>	95
6.3.1 Estrutura da representação social da <i>reforma psiquiátrica</i>	96
6.3.2 Estrutura da representação social do <i>doente mental</i>	98
 CAPÍTULO 7. Considerações finais	105
 REFERÊNCIAS	110
 ANEXOS	126
ANEXO 1- Escala de Atitudes em Saúde Mental	127
ANEXO 2- Escala de Rejeição à Intimidade.....	129
ANEXO 3- Certificado do comitê de ética	130
 APÊNDICES	131
APÊNDICE 1- Termo de consentimento livre e esclarecido	131
APÊNDICE 2- Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP)	133
APÊNDICE 3- Questionário sociodemográfico	134

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Análise fatorial dos eixos principais com rotação varimax da <i>Escala de Atitudes em Saúde Mental</i>	62
TABELA 2. Análise fatorial dos eixos principais da <i>Escala de Rejeição à Intimidade</i>	65
TABELA 3. Média e desvio padrão de universitários na <i>Escala de Atitudes em Saúde Mental</i>	79
TABELA 4. Média e desvio padrão de universitários na <i>Escala de Rejeição à Intimidade</i>	80

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Representação gráfica dos valores próprios referente à <i>Escala de Atitudes em Saúde Mental</i>	61
FIGURA 2. Representação gráfica dos valores próprios referente à <i>Escala de Rejeição à Intimidade</i>	64
FIGURA 3. Coeficientes de regressão e correlações da estrutura bifatorial da <i>Escala de Atitudes em Saúde Mental</i>	70
FIGURA 4. Coeficientes de regressão e correlações da estrutura unifatorial da <i>Escala de Rejeição à Intimidade</i>	71
FIGURA 5. Quadrantes das evocações acerca do estímulo <i>reforma psiquiátrica</i> elaboradas por estudantes de psicologia, medicina e enfermagem. F = frequência e OME = ordem média das evocações	82
FIGURA 6. Quadrantes das evocações acerca dos estímulo <i>doente mental</i> elaboradas por estudantes de psicologia, medicina e enfermagem. F = frequência e OME = ordem média das evocações.....	84

RESUMO

Nas últimas décadas, aconteceram transformações na assistência em saúde mental, pautadas na reforma psiquiátrica. Diante desse contexto, destaca-se a importância de estudar a relação entre as representações sociais acerca da reforma psiquiátrica e do doente mental, adesão aos paradigmas de atenção em saúde mental e preconceito frente ao doente mental, entre universitários. Essa dissertação organizou-se ao longo de três estudos. O Estudo I objetivou realizar a validação da estrutura fatorial da Escala de Atitudes em Saúde Mental e da Escala de Rejeição à Intimidade. Participaram 404 universitários, a maioria do sexo feminino (69,6%) e com idade média de 24 anos ($DP = 5,67$). Quanto a Escala de Atitudes em Saúde Mental, dois fatores foram extraídos, explicando uma variância total de 33,1%. No fator 1, o $\alpha = 0,71$ e no fator 2 o $\alpha = 0,66$. Em relação a Escala de Rejeição à Intimidade, emergiu um único fator, explicando uma variância total de 48% e com $\alpha = 0,88$. Concluiu-se que ambas as escalas apresentaram parâmetros satisfatórios para o uso no contexto escolhido. O Estudo II buscou realizar a replicação da estrutura fatorial das duas escalas usadas no Estudo I. Participaram 396 universitários, a maioria do sexo feminino (69,9%) e com idade média de 23 anos ($DP = 5,41$). A estrutura bifatorial da Escala de Atitudes em Saúde Mental e unifatorial da Escala de Rejeição à Intimidade foram mantidas. O Estudo III pretendeu analisar as representações sociais de estudantes universitários sobre a reforma psiquiátrica e o doente mental relacionando-as com a adesão desses estudantes aos paradigmas de atenção em saúde mental e com o preconceito frente ao doente mental. Participaram 480 universitários, distribuídos entre os cursos de psicologia, medicina e enfermagem; a maioria do sexo feminino (74,4%) e com idade média de 24 anos ($DP = 5,98$). Os dados foram coletados por meio das duas escalas usadas nos Estudos I e II e da TALP (os estímulos indutores: reforma psiquiátrica e doente mental). Os resultados da Escala de Atitudes em Saúde Mental indicaram a adesão dos estudantes dos três cursos ao paradigma psicossocial. A Escala de Rejeição à Intimidade indicou maior preconceito frente ao doente mental entre os estudantes de medicina e menor preconceito entre os estudantes de psicologia. Observou-se ainda uma correlação negativa entre o preconceito frente ao doente mental e a adesão ao paradigma psicossocial ($r = -0,25, p < 0,05$). Quanto a representação social da reforma psiquiátrica, os resultados obtidos por meio do EVOC revelaram conhecimento entre os universitários acerca dessa política de assistência em saúde mental. Sobre a representação social do doente mental, esta foi marcada pelo preconceito e vinculada ao paradigma biomédico. Os resultados apontaram, entre os participantes desse estudo, uma ambiguidade quanto à compreensão dos preceitos da reforma psiquiátrica, pois eles demonstraram conhecimento acerca das práticas que pautam esse novo modelo de assistência em saúde mental, mas apresentaram uma representação social do doente mental vinculada ao paradigma biomédico e, por conseguinte, associada ao preconceito. Tal achado parece ser um reflexo da atual situação do campo da saúde mental, na qual o paradigma biomédico não foi totalmente superado e nem o paradigma psicossocial totalmente estabelecido.

Palavras-chave: reforma psiquiátrica, doença mental, universitários, representação social.

ABSTRACT

In the last decades, changes happened in the assistance to mental health, guided in the psychiatric reform. Facing this context, the importance of studying the relation between the social representations about the psychiatric reform and the mental patient, adherence to the paradigms of attention in mental health and prejudice against the mental patient, among the university students are highlighted. This dissertation was organized along with three studies. The Study I aimed to perform the validation of the factorial structure of the Scale of Attitudes in Mental Health and of the Scale of Rejection to the Intimacy. 404 university students took part in the research, most of them females (69,9%) and with average age of 24 years ($SD = 5,67$). About the scale of Attitudes in Mental Health, two factors were extracted, explaining a total variance of 33,1%. In the factor 1, the $\alpha = 0,71$ and in the factor 2 the $\alpha = 0,66$. Regarding to the Scale of Rejection to the Intimacy, one unique factor emerged, explaining a total variance of 48% and with $\alpha = 0,88$. It was concluded that both scales presented satisfactory for the use in the chosen context. The Study II aimed to perform the replication of the factorial structure of the two scales used in the Study I. 396 university students took part in the research, most of them females (69,9%) and with average age of 23 years ($SD = 5,41$). The bifactorial structure of the Scale of Attitudes in Mental Health and unifactorial of the Scale of Rejection of Intimacy was kept. The Study III, intended to analyse the social representation of the university student about the psychiatric reform and the mental patient relation with the adherence of these students to the paradigms of attention in mental health and with the prejudice against the mental patient. 480 university students took part in the research, distributed among the courses of psychology, medicine and nursing; most of them females (74,4%) and with average age of 24 years ($SD = 5,98$). Data was collected through two scales used in the Studies I and II and of the TALP (the induction stimuli: psychiatric reform and mental patient). The results of the Scale of Attitudes in Mental Health indicate the adherence of the students of the three courses to the psychosocial paradigm. The Scale of Rejection to the Intimacy indicated bigger prejudice against the mental patient among the students of medicine and smaller prejudice among the students of psychology. It was also observed a negative correlation among the prejudice against the mental patient and the adherence to the psychosocial paradigm ($r = - 0,25$, $p < 0,05$). About the social representation of the psychiatric reform, the results obtained through EVOC revealed knowledge among the university students about the policy of assistance in mental health. About the social representation of the mental patient, this was marked by the prejudice and linked to the biomedical paradigm. The results showed, among the participants of this study, an ambiguity about the comprehension of the precepts of the psychiatric reform; they showed knowledge about the practices that guide this new model of assistance in mental health, but presented a social representation linked to the biomedical paradigm and, consequently, associated to the prejudice. This finding seems to be a reflex of the situation today in the area of the mental health, in which the biomedical paradigm was not totally overcome nor the psychosocial paradigm totally established.

Key words: psychiatric reform, mental disease, university students, social representation.

INTRODUÇÃO

Historicamente, as práticas em saúde mental foram marcadas por violência, exclusão, rotulação, medicalização e hegemonia do saber médico. Porém, nas últimas décadas, aconteceram mudanças na assistência em saúde mental, pautadas na reforma psiquiátrica, a qual preconiza a inclusão social da pessoa com transtorno mental e a criação de serviços substitutivos, em contraposição à hospitalização.

Essa nova forma de produzir cuidados propõe a transição do paradigma biomédico para o psicossocial de assistência em saúde mental. O primeiro tem como eixo central a institucionalização da pessoa com transtorno mental em hospitais psiquiátricos, gerando como consequência a exclusão social desses indivíduos; enquanto que o segundo, o qual norteia as práticas da reforma psiquiátrica, preconiza a inclusão social da pessoa em sofrimento psíquico, de modo que o tratamento aconteça o mais próximo possível da comunidade, através da criação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (CAPS, hospitais-dia, residências terapêuticas, entre outros) (Costa-Rosa, 2006; Rabelo & Torres, 2005).

Cabe acrescentar, porém, que a superação do paradigma biomédico e o estabelecimento do paradigma psicossocial de assistência em saúde mental não é algo simples de se efetivar, tendo em vista a forma com que a loucura foi encarada pela sociedade ao longo dos anos.

Tradicionalmente, a sociedade percebe a doença mental como relacionada à improdutividade, algo negativo, suscetível de reclusão e, sobretudo, a algo perigoso. Tal compreensão contribui para uma visão preconceituosa e dificulta a reinserção social das pessoas que sofrem com algum transtorno mental, fazendo com que esses indivíduos vivenciem uma realidade de preconceito e exclusão (Ribeiro, Martins, & Oliveira, 2009).

Nesse sentido, apesar dos avanços no campo da saúde mental, o doente mental ainda é percebido como um indivíduo diferente, que não vive dentro das regras que a sociedade impõe, é visto como um ser incapaz de realizar certas funções e ainda representa perigo para a sociedade (Oliveira, Lima, Silva, Oliveira, & Alves, 2011).

Diante desse contexto, essa dissertação se dividirá em três estudos, na busca de alcançar o objetivo principal de analisar as representações sociais de estudantes universitários sobre a reforma psiquiátrica e o doente mental relacionando-as com a adesão desses estudantes aos paradigmas de atenção em saúde mental e com o preconceito frente ao doente mental.

Destaca-se a importância de estudar tais aspectos, tendo em vista que estes universitários serão os futuros profissionais que atuarão na área da saúde mental, estarão inseridos nos serviços substitutivos e deverão ter práticas terapêuticas voltadas para a aceitação e acolhimento social da pessoa com transtorno mental, como também para o combate ao preconceito, na busca de uma atuação eficaz, conforme preconiza a reforma psiquiátrica. Cabe acrescentar ainda que esses estudantes são parte integrante da sociedade e, enquanto tal, têm um papel fundamental na reintegração social dos indivíduos acometidos por transtornos mentais.

Quanto à estrutura, essa dissertação organizou-se ao longo de sete capítulos. O capítulo 1, intitulado **Contextualização da loucura e da assistência em saúde mental** apresenta um resgate histórico da compreensão acerca da loucura em nossa sociedade e também a trajetória da reforma psiquiátrica. Esse capítulo apresenta ainda os paradigmas que embasam as práticas em saúde mental na atualidade, bem como a presença do preconceito na realidade dos indivíduos acometidos por algum transtorno mental.

O capítulo 2, nomeado de **A Teoria das Representações sociais** aborda o aporte teórico que respalda a presente pesquisa.

O capítulo 3 refere-se ao **Estudo I**, no qual realizou-se a validação da estrutura fatorial da Escala de Atitudes em Saúde Mental e da Escala de Rejeição à Intimidade. No capítulo 4, é apresentado o **Estudo II**, neste desenvolveu-se a replicação da estrutura fatorial das escalas usadas no Estudo I. Já o capítulo 5, expõe o **Estudo III**, no qual verificou-se a pontuação de universitários nas escalas usadas nos Estudo I e II, relação entre tais escalas e analisou-se as representações sociais acerca da reforma psiquiátrica e do doente mental.

O capítulo 6, apresenta as **Discussões** referentes aos três estudos realizados. Por fim, o capítulo 7 trata das **Considerações finais**. Ao final, são listadas as **Referências** utilizadas, além dos **Anexos** e **Apêndices**.

CAPÍTULO 1

Contextualização da loucura e da assistência em saúde mental

Contextualização da loucura e da assistência em saúde mental

Esse capítulo objetiva discutir como a doença mental foi compreendida ao longo dos anos e também como se deu a assistência em saúde mental nesse contexto. Para tal, abordará também as transformações na assistência em saúde mental advindas com a reforma psiquiátrica e os paradigmas que norteiam os cuidados em saúde mental no contexto atual. Será abordado ainda a forma preconceituosa como a doença mental é encarada, na atualidade, em tempos de reforma psiquiátrica.

1.1 Da divinização à doença: Panorama histórico da loucura

A loucura acompanha a sociedade desde os seus primórdios assumindo conotações específicas que variaram de acordo com as características de cada época. A compreensão desse fenômeno passou por muitas transformações ao longo dos tempos, com significados e interpretações diversas no imaginário social.

De acordo com Pessotti (1994) as primeiras explicações sobre a loucura, na Antiguidade Clássica, pautavam-se no modelo mítico-religioso. Esse modelo pregava a intervenção dos deuses (entendidos como entidades sobrenaturais) sobre todo e qualquer comportamento humano. O homem era visto como um ser inerte, à mercê dos deuses, que agiam no plano cósmico, decidindo o curso dos homens e das coisas; eram os deuses e seus instrumentos que roubavam a razão dos homens e os enlouqueciam. A autonomia humana desaparecia diante da entidade mitológica.

A loucura, nesse período, não era concebida como doença ou desequilíbrio, sua origem estava diretamente ligada à mitologia, assim sendo, tal estado não deixava qualquer sequela após ser superado, geralmente, por meio da expiação ou reparação

mediada por agentes externos, que restabeleciam a ordem transgredida pelo homem e promoviam maior autoconhecimento (Esquinsani & Dametto, 2012).

Foi Hipócrates, com a teoria organicista da loucura, que estabeleceu a passagem das explicações sobrenaturais para as naturais, acerca da etiologia da loucura. Hipócrates compreendia esse fenômeno como desarranjo de natureza orgânica do homem, e os processos de perda da razão ou do controle emocional passaram a constituir efeitos de tal desarranjo. Hipócrates foi influenciado pela filosofia de Heráclito e Empédocles e entendia o universo natural como sendo composto de quatro elementos essenciais: calor, frio, secura e umidade, acreditava que esses elementos da natureza se estendiam no corpo humano sob a forma de quatro humores fundamentais: o sangue, a pituitária, a bÍlis amarela e a bÍlis verde-escura (bÍlis negra). A saúde, para Hipócrates, seria a harmonia e o equilíbrio entre o sistema humoral e o ambiente externo. A loucura também se explicava dessa forma, sendo a desrazão, o delÍrio e o descontrole emocional resultados das disfunções humorais (Pessotti, 1994).

Na Idade Média, há a retomada da atribuição sobrenatural da loucura. Nesse período, a loucura era associada ao demonismo, ou seja, os loucos eram pessoas que tiveram suas almas e corpos possuídos pelo demônio (Silva & Zanello, 2010).

Tal concepção tem raÍzes muito remotas no tempo, desde a formação doutrinária do cristianismo, e foi sustentada pelas ideias de Santo Agostinho e São Tomás de Aquino. Esses teóricos medievais consideravam obras do demônio diversas sensações e tentações que acometiam os sujeitos. Tais problemas poderiam ser causados pela bruxaria ou por rituais pagãos, combatidos na época, ou ainda pela fraqueza individual (pecado). Dentre essas manifestações demonÍacas pode-se citar diversos quadros hoje compreendidos como psicopatológicos: depressão, psicose, histeria, entre outros (Esquinsani & Dametto, 2012).

Essas crenças sobrenaturais, difundidas na Idade Média, levaram ao movimento denominado de Santa Inquisição, este tinha como objetivo proteger a sociedade contra o “mal”, ou seja, as bruxas/feiticeiras e o protetor era o inquisidor. Nessa época, as pessoas acometidas por transtornos mentais, por apresentarem comportamentos inadequados ou excêntricos para os padrões sociais vigentes, eram julgados feiticeiros/bruxas que se comunicavam com seres diabólicos e por isso eram perseguidos. Desse modo, as explicações mágicas e religiosas serviram como fundamento para a queima na fogueira de muitos doentes mentais (Szasz, 1978).

Segundo Pessotti (1994), durante a Idade Média, a loucura era considerada má e o louco passivo diante das forças demoníacas, bem como frente ao poder do exorcista, não havendo espaço para a autoconsciência. Nesse período, a desrazão e o descontrole emocional foram marcados pela condenação e culpa. O louco passou a ser considerado perigoso e, por isso, evitado.

Uma das obras medievais mais conhecidas acerca das possessões demoníacas é o *Malleus Maleficarum*, documento escrito pelos representantes da Igreja Católica, datado de 1484, que se destinava a instrumentalizar inquisidores e eclesiásticos em geral com sólida doutrina demonológica, para capacitá-los a identificar casos de possessões diabólicas ou de comércio com o demônio e a lidar eficazmente nesses casos. Cabe acrescentar que essa obra não tinha como finalidade explicar a loucura, as referências aos loucos ou à loucura eram poucas. Buscava-se, na verdade, promover e legitimar a caça às bruxas (Pessotti, 1994).

Durante o Renascimento, a visão demonista da loucura ainda prevaleceu, mas aos poucos deu lugar a um olhar diferenciado sobre o fenômeno; durante esse período, a desrazão esteve associada ao fantasioso, à criatividade, ao prazer, à liberdade, ao cômico e à vida cotidiana (Esquinsani & Dametto, 2012).

Foucault (1972) aponta que no período renascentista, o louco circulava livremente pelas cidades, não havia internamento, sendo mais exaltado do que dominado. A loucura estava associada à presença de transcendência imaginária e embora o louco fosse considerado uma figura diferente, não era desqualificado, pois percebia-se a loucura na sabedoria e a sabedoria na loucura.

Porém, a compreensão da loucura enquanto algo positivo logo teve fim, na medida em que a racionalidade moderna assume a razão como única forma válida de obtenção de conhecimento. Assim, não haveria na loucura forma alguma de saber a ser revelado, pois o saber tem sua fonte no bom uso da faculdade da razão. Descartes irá emparelhar a loucura a todas as formas de erro, e oporá o louco ao ser pensante (Foucault, 1972).

Um dos elementos que marcaram a exclusão dos loucos no período da Renascença foi a Nau dos Loucos, estranho barco que deslizava ao longo dos calmos rios da Rênia e dos canais flamengos, no século XV (Foucault, 1972).

Confiar o louco aos marinheiros é, com certeza, evitar que ele fique vagando indefinidamente entre os muros das cidades, é ter a certeza de que ele irá para longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida [...] A água e a navegação têm realmente esse papel. Fechado no navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos... sua única verdade e sua única pátria são essa extensão estéril entre duas terras que não lhe podem pertencer (Foucault, 1972, p.12).

Millani e Valente (2008) acrescentam que essas embarcações dispunham de um valor simbólico, como um ritual que libertava a sociedade do louco, e confiar esse sujeito aos marinheiros era a certeza de evitar que ficasse vagando pelas cidades.

Por volta do século XVII, com a ascensão do comércio e da ideologia burguesa, a sociedade passou por transformações e instaurou-se uma nova ordem, na qual houve a

valorização da ocupação e da razão. Nesse contexto, buscava-se um novo tipo de homem, que atendesse a essas demandas. Foram as necessidades econômicas que passaram a diferenciar e ditar o normal e o patológico, e a aptidão e inaptidão para o trabalho tornaram-se um importante critério nessa determinação. Nesse cenário, foi a lógica de mercado que passou a imperar e todos aqueles que não contribuíam para o comércio e para o consumo foram excluídos e encarcerados. Faziam parte destes os miseráveis, vagabundos, venéreos, aleijados, criminosos, loucos, entre outros (Resende, 1994).

As medidas de exclusão dos a-sociais se intensificaram com a criação, na Europa, das casas de internamento, estabelecimentos destinados a abrigar os sujeitos que perturbavam a ordem social (Ribeiro & Pinto, 2011).

Em 1656, foi fundado em Paris, por meio de um decreto, o Hospital Geral. Essa instituição reunia sob uma única administração vários estabelecimentos, os quais não tinham como objetivo o tratamento do louco, mas sim o recolhimento dos pobres da cidade, pois estes representavam um grande incômodo para o planejamento urbano. Nesse contexto, o hospital não possuía um caráter médico e sim de albergamento. Dessa forma, o Hospital Geral surgiu como uma forma de o Estado exercer controle sobre a população. Como uma medida assistencial, cuidava daqueles que a sociedade não queria. Como instância jurídica decidia, julgava e executava. A administração dessas instituições ficava a cargo do rei, em conjunto com a polícia e a justiça (Foucault, 1972).

É no século XVII que a loucura passa a ser designada como um problema social. Esse momento marca a inserção da loucura no universo da desrazão e da marginalidade social. A imagem do louco passa a estar associada à pobreza, à impossibilidade para o trabalho e à incapacidade de interação social (Foucault, 1972).

Oliveira e Fortunado (2003) acrescentam que o louco, na idade Clássica, por ter sido agrupado juntamente com vagabundos, libertinos e criminosos estabeleceu com estes

um parentesco que parece longe de ser rompido, contribuindo para o seu processo de estigmatização e de exclusão.

Para Foucault (1972), o período que compreendeu o século XVII até o final do século XVIII foi o momento em que aconteceu A Grande Internação, período em que houve a expansão vertiginosa das casas de internação.

No final do século XVIII, várias denúncias foram feitas questionando o mecanismo de funcionamento dos hospitais gerais. Apoiado nas ideias do Iluminismo Francês e na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão nos Estados Unidos, mudanças no cenário da doença mental começaram a acontecer (Resende, 1994).

Em 30 de junho de 1838, ocorreu a primeira grande medida legislativa de reconhecimento do direito à assistência e à atenção para os doentes mentais, nessa data, foi promulgada a Lei nº 1.838; a qual estabeleceu as diferenças entre o louco, o cidadão e o criminoso. O cidadão foi considerado um indivíduo responsável e obediente às leis, digno de liberdade. O criminoso foi considerado racional, responsável, mas transgressor das leis, portanto, merecedor de prisão/ punição. O louco foi considerado desprovido de razão, incapaz na relação de trocas sociais e isento de responsabilidades, portanto, digno de assistência e de ser tutelado. Nessa ocasião, surgiram o primeiro corpo de médicos funcionários e um saber especial (Castel, 1978). Segundo Amarante (1995a) foram lançadas as bases da prática médica psiquiátrica.

Pinel foi o precursor na compreensão da loucura enquanto doença, na admissão da necessidade de tratamento dessa enfermidade e inaugurou a Psiquiatria como especialidade médica (Pessotti, 1996). Ele desenvolveu um método clínico sistemático para o estudo da alienação mental, que se fundamentava na observação demorada dos pacientes e classificação dos sintomas (Pereira, 2004).

Para Pinel a causa da loucura era a imoralidade, entendida como excesso ou exagero. Admitindo uma etiologia afetiva passional, causadora de maus hábitos. Com essa compreensão acerca da loucura, Pinel defendia que os loucos precisavam ser corrigidos pela mudança de costumes e de hábitos. Assim, ele instituiu o Tratamento Moral, o qual tinha como objetivo a reeducação do comportamento desviante de acordo com os padrões éticos e morais da sociedade (Pessotti, 1996).

O isolamento do louco era necessário para o tratamento moral, era preciso afastá-lo da sociedade, pois esta era vista como responsável pela loucura. A hospitalização era necessária também para a observação e classificação dos sintomas. Organizou-se assim, o espaço asilar, onde a loucura era tratada (Amarante, 1995a).

Amarante (1995a) comenta que a terapêutica de Pinel foi alvo de críticas por alguns, devido à severidade com que os internos eram tratados para manter a disciplina e adequá-los socialmente.

Pinel foi considerado o libertador dos loucos, por ter retirado das correntes os loucos que viviam trancados nas selas dos asilos e tê-los deixados “livres” para caminhar nessas instituições. Ao chegar à Bicêtre, o primeiro hospital no qual trabalhara em Paris, Pinel ficou perplexo com o estado no qual encontrou os doentes, todos trancados em celas fortes e acorrentados; então, os libertou (Castro, 2009).

Resende (1994) ressalta que embora o gesto de Pinel tivesse caráter humanista, ele acabou por estreitar ainda mais o controle social e moral em torno do louco, o qual deveria ser submetido a um tratamento asilar. Esse autor aponta que no lugar das amarras físicas surgiram outras mais perigosas, por serem sutis, consentidas e sofisticadas.

A partir da segunda metade do século XIX, a psiquiatria elaborou uma nova explicação para a loucura ancorada no modelo biológico de matriz positivista. De acordo com esse modelo a loucura era compreendida como um efeito de perturbações no

psiquismo produzidas no registro do organismo. Baseando-se em tal perspectiva, a psiquiatria buscou constituir-se enquanto saber científico, com a pretensão de neutralidade, objetividade e descoberta dos distúrbios mentais. Respalhada no conhecimento científico, a psiquiatria instituiu o internamento como a única e necessária resposta ao questionamento da loucura. Assim, o asilo constitui-se como o lugar para o tratamento da loucura e os psiquiatras como os tutores dos doentes mentais (Oliveira & Fortunato, 2003).

Oliveira (2002) acrescenta que no final do século XIX Freud propôs uma nova concepção acerca da loucura, ele rompeu com a abordagem organicista e determinou outros termos para a problemática da loucura, fundados na história e na subjetividade do sujeito. Contudo, esse autor ressalta que o paradigma da internação ainda foi mantido como tratamento fundamental.

Desviat (1999) comenta que a psiquiatria e o manicômio surgiram em uma época constitutiva da ordem democrática contemporânea, resgatando o tratamento dos alienados do atendimento dos hospitais ou albergues para pobres, originários da grande crise econômica dos primórdios do capitalismo, e acabaram por exercer outras funções, que não só a médica.

Nesse sentido, pode-se delimitar três funções cumpridas pelos manicômios ao longo da história: a médica-terapêutica, cuja eficácia foi questionada desde muito cedo; a função social, pois desde suas origens converteu-se em um refúgio para loucos e pobres, necessitados de um ambiente protegido de vida ou tutela; e a de proteção da sociedade, perante um grupo social que geralmente era impossível de classificar por meio da psicopatologia ou da psiquiatria e cuja forma de vida não costumava ser aceita pela maioria (Desviat, 1999).

Cabe ressaltar que o modelo manicomial, ao longo dos tempos, mostrou-se impotente e incapaz de tratar a loucura; diante disso, mudanças aconteceram no âmbito da assistência em saúde mental, surgindo a reforma psiquiátrica e transformações nos cuidados em saúde mental.

1.2 A reforma psiquiátrica e a mudança de paradigma na assistência em saúde mental

No século XX, após a Segunda Guerra Mundial, intensificaram-se as críticas ao modelo asilar. O período pós-guerra caracterizou-se por profundas mudanças sócio-político-culturais, privilegiando a tolerância à diferença e às minorias; nesse contexto, a comunidade profissional e cultural, por vias diferentes, chegou à conclusão de que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado ou abolido (Desviat, 1999).

Além dos aspectos supracitados, a introdução de medicamentos psicotrópicos e a entrada da psicanálise e da saúde pública nas instituições de saúde mental, foram elementos que contribuíram para desencadear os diferentes movimentos de reforma psiquiátrica no mundo, na medida em que aqueles representavam novas possibilidades terapêuticas (Desviat, 1999).

Assim, a reforma psiquiátrica surgiu no sentido de modificar o sistema de tratamento clínico da doença mental, buscando alternativas substitutivas ao modelo hospitalocêntrico, através da eliminação gradual da internação, entendida como mecanismo de exclusão social, e substituindo-a por uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, com o objetivo de integrar o doente mental ao convívio social, como sublinham Calgaro e Souza (2009).

Maciel (2007) reitera que a reforma buscou questionar a instituição asilar e a prática médica e humanizar a assistência ao doente mental, fazendo com que houvesse ênfase na reabilitação ativa em detrimento da custódia e da segregação.

Nesse contexto, surgiram, em diferentes países, movimentos de reforma psiquiátrica, que buscavam mudanças na assistência em saúde mental.

1.2.1 A reforma psiquiátrica no âmbito internacional

O processo de reforma psiquiátrica não seguiu um padrão homogêneo. As múltiplas experiências que atravessaram a reforma foram marcadas por idiossincrasias que refletiam as condições sócio-políticas e sanitárias de cada país. Porém, todos os movimentos de reforma psiquiátrica tinham em comum o objetivo de promover uma reorganização da assistência em saúde mental (Vidal, Bandeira, & Gontijo, 2008).

No âmbito internacional, surgiram movimentos de reforma psiquiátrica em diferentes países, tais movimentos foram: Comunidades Terapêuticas (Inglaterra) e a Psicoterapia Institucional (França), estes buscavam a reformulação do sistema asilar e não sua extinção; a Psiquiatria de Setor (França) e a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva (EUA), que enfatizavam a comunidade como central no tratamento; e a Antipsiquiatria (Inglaterra) e a Psiquiatria Democrática (Itália), estas propunham o fechamento do manicômio como pré-condição para a reforma (Desviat, 1999).

As Comunidades Terapêuticas apareceram na Inglaterra, após a Segunda Guerra Mundial, como uma tentativa de humanizar os manicômios. Essa iniciativa foi influenciada pela conjuntura da época, que exigia a recuperação rápida do enorme contingente de ex-combatentes de guerra. Essa proposta tinha como objetivo aumentar a comunicação entre a equipe de profissionais, permitindo o aumento das informações sobre as interações entre os pacientes e a identificação dos conflitos sociais presentes no

ambiente. Os princípios gerais de funcionamento da Comunidade Terapêutica incluíam vivências e práticas grupais, ressocialização, criação de uma atmosfera terapêutica e um trabalho ativo sobre as relações entre os pacientes e dos pacientes com a equipe terapêutica. Para que tais objetivos fossem alcançados, usavam-se técnicas de terapia grupal e individual (Teixeira, 2012).

A Psicoterapia Institucional francesa, assim como as Comunidades Terapêuticas, propunha a reestruturação do espaço asilar. Esse modelo tinha como base do tratamento o acolhimento oferecido aos pacientes, de forma que a equipe possuía grande importância, bem como toda a instituição, ambas funcionavam como suporte e referência para os internos (Feitosa et al., 2010). Esse modelo tinha como base teórica a psicanálise, a partir desta o hospital psiquiátrico era representado como uma rede de significantes e um campo eminentemente transferencial e contratransferencial (Desviat, 1999).

Amarante (1995a) assinala que apesar das preocupações humanizadoras, tanto as Comunidades Terapêuticas como a Psicoterapia Institucional se restringiram ao hospital, não apresentando discussões acerca da problemática da exclusão social do doente mental.

Na França, após a proposta da Psicoterapia Institucional, organizou-se a Psiquiatria de Setor, que representou um avanço em termos de formulação de políticas públicas. Esta contou com a contribuição de vários psiquiatras progressistas, entre eles Lucien Bonnafé. Essa nova proposta objetivava estruturar o serviço público e desenvolver o tratamento por meio da criação de equipes médicas sociais (psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais) responsáveis por uma área geográfica. Essas equipes trabalhavam na realização de ações de prevenção e tratamento das doenças mentais e na continuidade terapêutica após a alta hospitalar (Feitosa et al., 2010). Nesse modelo, a importância do meio social no tratamento das enfermidades mentais foi contemplada pela

primeira vez; porém, não houve ainda o fim do manicômio, este permaneceu como centro da rede assistencial (Vasconcellos, 2008).

Nos Estados Unidos, surgiu a proposta da Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, esse modelo adotava a promoção de saúde mental como medida preventiva da enfermidade mental. Admitia-se que prevenir era promover a saúde, sendo “saúde” compreendida de modo amplo como bem-estar biopsicossocial. De acordo com esse modelo, as instituições e a comunidade podiam somar-se ao esforço da psiquiatria em prevenir, curar e reabilitar os pacientes psiquiátricos (Birman & Costa, 1994). Vasconcellos (2008) comenta que a prevenção exacerbada, presente nessa perspectiva, desencadeou a busca na sociedade por doentes mentais em potencial, o que deu margem a psiquiatrização do social.

Aragão (2008) ressalta que as propostas da Psiquiatria de Setor e da Psiquiatria Preventiva representaram uma ampliação das noções das reformas anteriores, porém ainda não promoveram a superação do espaço asilar.

Na Inglaterra, no início dos anos 1960, surgiu a Antipsiquiatria, esse modelo foi responsável pelo amplo questionamento ao modelo psiquiátrico de compreensão e atenção à loucura. Essa proposta tinha como característica principal a contestação da validade da ciência médica para resolver os transtornos psiquiátricos. Tal movimento negava a noção de doença mental (considerava a loucura um fato social e político) e recusava a psiquiatria. A Antipsiquiatria defendia que o louco deveria ficar em contato com a sociedade, de modo que o processo terapêutico permitisse que o sujeito vivenciasse sua experiência, reorganizando seu interior e o papel do terapeuta seria o de auxiliar a pessoa a vivenciar e superar seu processo, protegendo-a e acompanhando-a (Feitosa et al., 2010; Pereira & Rosa, 2012). Cabe mencionar que um dos principais problemas dessa perspectiva foi a desassistência, pois ao negar a psiquiatria, o manicômio e a doença

mental esse modelo não criou novos espaços e outras modalidades para o acolhimento e assistência das pessoas com enfermidades mentais (Amarante, 1995a).

Na Itália, Franco Basaglia partindo das experiências das reformas anteriores propôs a Psiquiatria Democrática. Rotelli (1994) comenta que a reforma psiquiátrica italiana começou tardiamente e isso representou um ponto positivo na medida em que permitiu a seus autores refletir acerca dos modelos anteriores e não repetir os erros cometidos. Basaglia foi o grande expoente desse modelo e promoveu críticas radicais ao modelo psiquiátrico e asilar de tratamento da loucura.

O movimento da Psiquiatria Democrática teve início na década de 1960, quando Basaglia implementou uma série de transformações no hospital psiquiátrico da cidade de Gorizia, do qual era diretor. Baseado no modelo das Comunidades Terapêuticas, ele buscou a humanização e a modificação das relações institucionais. Porém, ao propor a administração local o fechamento do hospital e a abertura de centros extras, a administração posicionou-se de maneira contrária; então, Basaglia pediu demissão (Desviat, 1999).

Após a tentativa interrompida de desmontar o manicômio de Gorizia, Basaglia, alguns anos depois, em Trieste, concretizou sua proposta. Em cinco anos o manicômio da cidade de Trieste foi desativado e ao longo desse período, foram construídos sete centros de saúde mental, um para cada área da cidade. Todas as funções básicas assistenciais foram cumpridas por esses centros, incluindo visitas domiciliares e internação em períodos de crise; foram abertos também grupos-apartamento (residências onde moravam usuários) e cooperativas de trabalho (Rotelli, 1994).

O êxito da proposta basagliana propiciou a promulgação pelo parlamento italiano, em 1978, da Lei nº 180 (Lei Basagliana). Essa lei preconizava a proibição da construção de novos manicômios, esvaziamento gradual dos já existentes, a construção de serviços

territoriais extra-hospitais, a extinção do estatuto de periculosidade do doente mental, a restituição da cidadania e dos direitos sociais das pessoas com transtornos mentais (Desviat,1999).

Cabe assinalar que Basaglia foi o primeiro a colocar em prática a extinção dos manicômios propondo uma nova rede de serviços e estratégias de cuidado para lidar com o doente mental. O diferencial da proposta basagliana expressava-se não apenas nos serviços que substituíram os manicômios, mas também nos variados dispositivos de caráter social e cultural (cooperativas de trabalho, ateliês de arte, etc.). Sendo assim, a Psiquiatria Democrática propôs uma nova forma de lidar com a doença mental (Vale, 2011).

Feitosa et al. (2010) complementa que o processo de transformação institucional italiano buscava uma nova prática terapêutica cuja intenção era deslocar o trabalho para o contexto social do doente, com ações de prevenção e reabilitação. O objetivo era atingir a superação das internações nos manicômios de forma gradual, por meio da criação de serviços na comunidade.

Diferente do proposto pela Antipsiquiatria, a Psiquiatria Democrática não negava a doença mental, mas sim a explicação e compreensão do saber psiquiátrico acerca dessa problemática. Basaglia recusava toda a proposta terapêutica da psiquiatria que excluía, tutelava e estigmatizava o doente mental (Amarante, 2009).

Na reforma psiquiátrica italiana houve uma preocupação com a desinstitucionalização da loucura, o que permitiu a circulação dos doentes mentais pelos espaços públicos. Dessa forma, a comunidade passou a ter um papel fundamental, pois foi mediante essa medida que começou a acontecer a criação de vínculos. Assim, a convivência com a comunidade passou a ser vista como uma forma de o paciente se aproximar dos outros e de si mesmo (Feitosa et al., 2010).

A Psiquiatria Democrática italiana promoveu importantes reflexões em vários países sobre o modelo manicomial, a doença mental e o saber psiquiátrico. Nesse sentido, os pressupostos teóricos desse movimento constituíram importantes referenciais para o processo da reforma psiquiátrica no Brasil.

1.2.2 A reforma psiquiátrica no Brasil

Os movimentos de reforma psiquiátrica que aconteceram na Europa e nos Estados Unidos repercutiram e estimularam movimentos semelhantes na América Latina, inclusive no Brasil. A reforma psiquiátrica brasileira pode ser entendida como um movimento histórico de caráter social, político e econômico, que teve suas raízes na desinstitucionalização proposta pela Psiquiatria Democrática italiana (Guimarães et al., 2010).

Castro (2009) reitera que o movimento de reforma na assistência em saúde mental no Brasil pode ser compreendido como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores sociais e culturas; tais transformações acontecem no cotidiano das instituições, dos serviços e das relações interpessoais, sendo marcadas por impasses, conflitos e desafios.

Foi no contexto da chegada da família real portuguesa que surgiram os primeiros asilos no Brasil, estes foram fundados com o objetivo de limpar as cidades, abrigando loucos e andarilhos que perambulavam pelas ruas. Dessa forma, esses espaços tinham como função o isolamento do doente mental e não o seu tratamento. Foi o Hospício D. Pedro II que, em 1852, passou a internar os doentes mentais e retirá-los do convívio em sociedade (Mesquita, Novellino, & Cavalcante, 2010). Guimarães et al. (2010) apontam que a inauguração desse manicômio foi considerada o “ponta pé inicial” para a institucionalização de doentes mentais em espaços exclusivos no país.

O modelo asilar de tratamento da loucura predominou no Brasil até o final da primeira metade do século XX. Até que sob a influência das ideias de Franco Basaglia, expoente da reforma psiquiátrica italiana, surgiram diversas discussões no país acerca da desinstitucionalização dos doentes mentais e da humanização do tratamento destinado a essas pessoas, com o objetivo de promover a reinserção social (Mesquita et al., 2010).

Os primeiros delineamentos da reforma psiquiátrica brasileira iniciaram-se na segunda metade da década de 1970, com o surgimento de uma série de críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e a seu caráter privatista. No âmbito da saúde mental, foram feitas denúncias de maus tratos, falta de higiene, superlotação, péssima qualidade dos serviços oferecidos e falta de assistência médica adequada nos hospitais psiquiátricos (Tenório, 2002).

Cabe acrescentar que as péssimas condições da assistência em saúde no Brasil, em meados da década de 1970, desencadearam dois movimentos articulados entre si: a reforma sanitária, esta buscava melhoria da saúde em geral e a reforma psiquiátrica, que buscava melhoria no âmbito da saúde mental. Nesse sentido, vale comentar que o movimento da reforma psiquiátrica brasileira foi diretamente influenciado pelas ideias, propostas e princípios do movimento da reforma sanitária (Melo, 2012).

O marco da reforma psiquiátrica brasileira, segundo Guimarães et al. (2010), foi a crise do Dinsam (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor de saúde mental. Essa crise desencadeou o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), o qual denunciava a falta de recursos nas unidades de saúde e a consequente precariedade das condições de trabalho, refletindo na atenção dispensada à população; além de reivindicações trabalhistas, esse movimento também tinha um discurso político, crítico e humanitário, o que o fez alcançar grandes repercussões.

Barroso e Silva (2011) afirmam que dois eventos no ano de 1987 marcaram a trajetória da reforma psiquiátrica brasileira a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental. Nesses eventos discutiram-se sobre a ineficiência do modelo hospitalocêntrico, a adoção de serviços substitutivos e a diminuição da hospitalização. Nessa ocasião, o movimento da reforma ganhou maior amplitude e a participação de familiares e de pessoas com transtornos mentais; criou-se o lema “Por uma sociedade sem manicômios” e estabeleceu-se o dia 18 de maio como Dia Nacional de Luta Antimanicomial.

Guimarães et al. (2010) comentam que o impacto das propostas desses eventos contribuiu para a implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, denominado Professor Luiz da Rocha Cerqueira e localizado na cidade de São Paulo.

Hirdes (2009) assinala que a primeira experiência de desconstrução do modelo manicomial no Brasil e de construção de estruturas substitutivas aconteceu em 1989, com o fechamento da Casa de Saúde Anchieta, em Santos, devido a denúncias de morte, superlotação, abandono e maus-tratos a pacientes. Houve, então, a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), forma de tratamento extra-hospitalar, com atendimento 24 horas por dia.

Ainda no ano de 1989, tiveram início as primeiras transformações no campo legislativo com a apresentação do Projeto de Lei nº 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, propondo a extinção dos manicômios e a oficialização da assistência psiquiátrica comunitária no Brasil (Guimarães et al., 2010).

Outro fator que fortaleceu as propostas da reforma psiquiátrica foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com Barros (2012), a efetivação do SUS e de seus princípios: universalização, integralidade, descentralização e participação popular,

fortaleceram as propostas de liberdade e por conseguinte as ideias da reforma psiquiátrica (Borges & Baptista, 2008).

A partir da década de 1990, a criação de serviços substitutivos intensificou-se. Entre os anos de 1991 e 1992, foram aprovadas as portarias 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde, estas abriram uma possibilidade, até então inexistente, de o Sistema Único de Saúde (SUS) financiar outros procedimentos assistenciais que não o simples leito/dia ou consulta ambulatorial. A portaria 224/92 oficializou ainda as normas de funcionamento dos CAPS, especificando suas atribuições e diferenciando os tipos de CAPS por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional. Cabe acrescentar que em 1992 foi implantado o Programa Apoio à Desospitalização (PAD) e que no ano 2000 foram criadas as Residências Terapêuticas para abrigar pacientes desospitalizados que não pudessem voltar para casa (Amarante, 1995a; Barroso & Silva, 2011).

Porém, ao longo do processo da reforma, surgiram setores da sociedade contrários a esse movimento, como, por exemplo, os gestores da psiquiatria privada, que lucravam com a “indústria da loucura”, estes aterrorizavam familiares deturpando os princípios da reforma; houve até a criação de uma entidade de familiares, financiada por estes mesmos empresários, para oporem-se à reforma (Amarante, 1995b).

Tais movimentos contrários à reforma contribuíram para a demora da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica e geraram alterações em seu texto. Na versão aprovada foi suprimida a ideia central de extinção dos hospitais psiquiátricos proposta por Paulo Delgado (Guimarães et al., 2010; Pinto & Ferreira, 2010).

Apenas no ano de 2001, após doze anos de tramitação no Congresso Nacional, foi sancionada a Lei nº 10.216, ou “Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira”, como é conhecida. Essa Lei oficializou o atendimento psiquiátrico comunitário no Brasil, dispôs sobre o tratamento mais humanizado, a proteção às pessoas com transtornos psiquiátricos,

a preferência pelos serviços comunitários sobre a internação, a implantação em todo o território nacional de serviços substitutivos, as bases de funcionamento desses serviços e a regulamentação das internações compulsórias (Guimarães et al., 2010).

Conforme Hirdes (2009), a partir de então, passou-se a privilegiar a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico no Brasil, tais como, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, Residências Terapêuticas, entre outros, respeitando as necessidades e particularidades de cada município.

Após a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, outras oito leis estaduais e diversas portarias e programas foram criados para regulamentação do atendimento psiquiátrico comunitário, cabe mencionar O Programa de Volta para Casa e a portaria 336/GM, que atribuiu aos CAPS o papel central na psiquiatria comunitária brasileira (Berlinck, Magtaz, & Teixeira, 2008; Pinto & Ferreira, 2010).

Dados do Ministério da Saúde mostram que em 2002 o número de CAPS no território nacional era de 424 e que em 2011 esse valor chegou a 1.742; ainda em 2011, a rede de atenção psicossocial contava com 625 Residências Terapêuticas e observou-se 3.961 beneficiários do Programa de Volta Para Casa. Essa expansão dos serviços substitutivos foi acompanhada de um decréscimo dos leitos em hospitais psiquiátricos, em 2002 o país contava com 51.393 leitos e em 2011 esse número caiu para 32.284 (Brasil, 2012).

Apesar dos avanços no âmbito da saúde mental, inúmeros desafios ainda se apresentam no cenário da reforma e afetam sua sustentabilidade. O primeiro refere-se à quantidade de leitos psiquiátricos que existem no país; apesar de ter havido uma redução, ainda conta-se com, por volta, de trinta mil e tais serviços permanecem, entre outras coisas, devido à dificuldade de abertura de CAPS tipo III (serviços abertos 24 horas do dia e nos finais de semana, voltados para a atenção à crise e ao acompanhamento diário)

e dos inúmeros obstáculos à implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Assim, os hospitais psiquiátricos permanecem devido à falta de serviços que deem suporte a pessoa em sofrimento psíquico que se encontre em crise (Liberato, 2009).

Outro desafio apresentado é a ausência de uma rede ágil, flexível e resoluta, onde o trânsito dos usuários seja facilitado e que garanta o acolhimento do mesmo em suas diferentes demandas. Para Liberato (2009) o que se identificam, no Brasil, são serviços isolados, que não se comunicam, fechados em sua rotina.

Outra barreira para o avanço da reforma é a dificuldade de reinserção social do portador de transtorno mental. Para que haja a reintegração dessas pessoas é necessário que a comunidade esteja preparada para acolhê-las, desvinculada da concepção preconceituosa de doença mental que perpassa a sociedade ao longo dos tempos. Porém, conforme Vidal et al. (2008), a visão preconceituosa do doente mental ainda se faz muito presente e revela o claro despreparo da população para o convívio com o portador de transtorno mental (Liberato, 2009).

Assim, pode-se considerar que a reforma psiquiátrica ainda não está consolidada no cenário social e que faltam investimentos para o seu fortalecimento, na construção de instituições que substituam o aparato hospitalar e, principalmente, na preparação da sociedade para aceitar e acolher o doente mental.

Quanto a realidade da reforma psiquiátrica nos estados brasileiros, vale pontuar que esta é semelhante ao cenário nacional. Cabe apresentar nessa dissertação como a reforma psiquiátrica vem se desenvolvendo no estado da Paraíba.

1.2.3 A reforma psiquiátrica na Paraíba

Conforme Hirdes (2009) nos diferentes estados do país a reforma psiquiátrica teve desdobramentos compatíveis com as peculiaridades de cada região, nesse contexto, cabe fazer menção sobre a reforma psiquiátrica no estado da Paraíba.

Na Paraíba, o primeiro hospital exclusivo para doentes mentais foi criado em 1889, o Asylo de Sant'anna. Esta instituição, devido ao processo de reordenação urbana, serviu, durante algum tempo, para abrigar os socialmente marginalizados. Assim, pobres, doentes, prostitutas e outros excluídos foram retirados de circulação e postos no asilo, onde estariam distante dos olhos da classe dominante (Silva Filho, 1998).

Silva Filho (1998) afirma que após a histórica seca de 1877-1879, começou a crescer o número de pacientes psiquiátricos na Paraíba, pois muitas pessoas haviam adoecido da mente devido à longa estiagem, época durante a qual ocorreu fome, proliferação de doenças contagiosas e epidêmicas, desemprego e emigração crescente do campo para cidade. O espaço destinado ao tratamento desses doentes era o Asylo de Sant'anna (Também conhecido Hospício da Cruz do Peixe) que, na época, era administrado pela Santa Casa de Misericórdia da Paraíba (atual Hospital Santa Isabel).

Silva Filho (1998) assinala que a construção do Asylo de Sant'anna foi um passo importante para a psiquiatria paraibana; porém, com o passar dos anos, a terapêutica oferecida nessa instituição passou a gerar discussões em toda a sociedade. O tratamento destinado aos doentes mentais era considerado desumano e vergonhoso, os pacientes eram depositados em celas escuras e sem ventilação, com grades de ferro e muros altos. Vale mencionar que de 1890 até 1910 o Asylo de Sant'anna funcionou como um depósito de doentes mentais, não havendo nenhum tratamento médico adequado.

Em 1906, as mesas diretoras da Santa Casa de Misericórdia da Paraíba começaram a protestar contra o tratamento destinado aos doentes mentais no estado e, em 1910, o

psiquiatra Dr. Octávio Ferreira solicitou aos governantes a construção de uma nova instituição para esses pacientes; seu pedido foi atendido em 1928, quando foi inaugurado o Hospital Colônia Juliano Moreira, sendo demolido o Asylo de Sant'anna (Silva Filho, 1998).

A partir da década de 1960 houve a expansão dos serviços psiquiátricos na Paraíba; nessa ocasião, houve a criação de quatro instituições de natureza privada. Tal expansão estava relacionada com a ideologia privatista do movimento militar de 1964, que optou pela contratação de leitos em hospitais privados para atender a demanda por serviços psiquiátricos no estado (Oliveira & Silva, 2005).

Após a II Guerra Mundial, surgiram, no mundo ocidental, críticas ao modelo médico psiquiátrico clássico de assistência ao doente mental, o qual centrava-se no hospital, na custódia e na segregação. No Brasil, bem como na Paraíba, as críticas mais intensas a esse modelo surgiram com o advento das discussões acerca da reforma psiquiátrica, no final da década de 1970, e emergiram associadas à insatisfação da população com a organização do sistema de saúde (Oliveira & Silva, 2005).

Apenas por volta de 1995, a reforma psiquiátrica na Paraíba começou a ganhar fôlego com as sessões especiais ocorridas na Assembleia Legislativa e tendo a frente o Deputado Estadual Francisco Lopes da Silva (PT/PB), este apresentou um Anteprojeto de Lei (Reforma Psiquiátrica Paraibana) que ficou conhecido como Lei Chico Lopes. Tal Anteprojeto correspondia a uma repetição das intenções previstas no Projeto de Lei nº 3.657/89 do Deputado Paulo Delgado (PT/MG) (Silva Filho, 1998).

A década de 1990 foi marcada pela intensificação da luta pela reforma psiquiátrica; nesse período, os trabalhadores da saúde mental, usuários e familiares começaram a se envolver em movimentos políticos e sociais buscando conquistar novos espaços de tratamento para as pessoas com transtornos mentais. A partir de então,

começaram a acontecer mudanças na assistência em saúde mental; passou-se a questionar a instituição asilar e a prática médica, e humanizar a assistência, fazendo com que houvesse ênfase na reabilitação ativa em detrimento da custódia e da segregação. Nesse contexto, o hospital psiquiátrico foi perdendo espaço e foram surgindo os serviços substitutivos (Maciel, 2012).

No contexto paraibano, observa-se a crescente expansão dos serviços substitutivos; atualmente, o estado conta com 66 (sessenta e seis) CAPS, 17 (dezessete) Residências Terapêuticas e 52 (cinquenta e dois) leitos em hospitais gerais (Brasil, 2012).

Apesar dos avanços, o estado apresenta dificuldades em descentralizar a assistência em saúde mental do hospital psiquiátrico, possuindo 5 (cinco) hospitais psiquiátricos com um total de 706 (setecentos e seis) leitos (Brasil, 2012).

Galiza (2010) aponta que a Paraíba apresenta dificuldades nessa descentralização devido à falta de uma rede assistencial consolidada e efetiva. Sendo necessário para tal a expansão da rede substitutiva, com ênfase em mais serviços CAPS III (funcionamento 24 horas), afirma a autora.

O processo da reforma psiquiátrica na Paraíba ainda encontra-se em fase embrionária, havendo vários pontos a serem aperfeiçoados, os quais vão desde as questões estruturais, sendo necessária a expansão dos serviços substitutivos, até as questões sociais, as quais envolvem a inserção social do doente mental, bem como a preparação da sociedade para conviver com essas pessoas. Sobre esta última questão, estudo realizado por Maciel (2007) com universitários paraibanos demonstrou, entre estes, uma representação que remete a uma avaliação negativa do doente mental, observando-se a presença de termos como incapaz e dependente. Nesse sentido, percebe-se a marcante associação, em nossa sociedade, da doença mental a algo ruim, fato que dificulta a reinserção social das pessoas acometidas por transtornos mentais.

Ademais, cabe mencionar também outro fator que prejudica a efetivação da reforma psiquiátrica que é a dificuldade de superação do paradigma biomédico e a implantação do paradigma psicossocial de assistência em saúde mental.

1.3 Paradigmas que norteiam as práticas em saúde mental na era da reforma psiquiátrica

Costa-Rosa (2012) propõe dois paradigmas que norteiam as práticas na assistência ao sofrimento psíquico: o paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador (o qual será denominado nesse estudo paradigma biomédico) e o paradigma psicossocial.

Acerca do conceito de paradigmas no campo da saúde mental, estes podem ser definidos, conforme Costa-Rosa (2006), como conjuntos articulados de valores e interesses que se estratificam, criam dispositivos e podem chegar à polarização; situação na qual fica indisfarçável sua função de peças na estratégia de hegemonia de subconjuntos de interesses e valores sociais específicos. Mondoni e Costa-Rosa (2010) acrescentam ainda que tais paradigmas podem ser compreendidos à partir de quatro dimensões, estas são: a concepção do processo saúde doença e dos meios teóricos sustentados para lidar com esse processo; modos de organização das relações intra-institucionais; modo das relações da instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral e modos dos efeitos típicos da instituição em termos de performance terapêutica e ética, ou seja, como são produzidas em retorno das ações da atenção em saúde, as formas de relacionamento dos sujeitos com os fatores socioeconômicos-culturais do adoecimento (Bertolino Neto, 2011).

A partir de tais dimensões, o paradigma biomédico pode ser entendido como a forma clássica de tratamento dos indivíduos com transtornos psíquicos; caracteriza-se pelo trabalho centrado na figura do médico sendo os demais profissionais considerados

secundários/auxiliares; ênfase nas determinações orgânicas dos problemas (doenças) e na terapêutica medicamentosa; exclusão de familiares e usuários de qualquer participação no processo de tratamento. Conforme esse paradigma, o hospital psiquiátrico é o local para o tratamento, funcionando como lugar de depósito e tutoria (Borges & Luzio, 2010; Maciel, 2007; Rabelo & Torres, 2005).

Portanto, o paradigma biomédico, ainda hegemônico no campo da saúde mental, caracteriza-se por práticas enclausurantes, medicalizadoras, e por uma ação centrada na doença mental, a qual é entendida como algo de fundamento orgânico (Mondoni & Costa-Rosa, 2010).

Assim, cabe ressaltar que tal paradigma determinou como tratamento à doença mental a institucionalização, legitimando o caráter de periculosidade e consequente necessidade de afastamento social da pessoa com transtorno mental.

Já o paradigma psicossocial corresponde ao conjunto de práticas que buscam superar o paradigma biomédico contrapondo-se ideologicamente a este na teoria, na técnica e na ética. Tal paradigma norteia as práticas da reforma psiquiátrica e conforme Costa-Rosa (2006), caracteriza-se pelo trabalho com equipe interdisciplinar, com intercâmbio entre os profissionais, superando o saber/poder médico; utiliza diferentes recursos terapêuticos, como psicoterapias, laborterapias, socioterapias, cooperativas de trabalho, mas também faz uso da medicação, embora não como aspecto central do tratamento; enfatiza a reinserção social do indivíduo investindo no trabalho com a família e com a comunidade; considera fatores políticos e biopsicossocioculturais como determinantes da loucura e propõe a participação do sujeito em seu tratamento (Mondoni & Costa-Rosa, 2010).

O paradigma psicossocial propõe como o local de tratamento os seguintes dispositivos extra-hospitalares: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de

Atenção Psicossocial (NAPs), Hospitais-dia (HDs), Ambulatórios de Saúde Mental, equipes multiprofissionais de saúde mental inseridas em centros de saúde e Hospitais Gerais (Maciel, 2007).

Nesse contexto, cabe pontuar, que o paradigma psicossocial procura compreender o sofrimento psíquico em sua complexidade, em suas relações com o meio social, com a sua produção material e subjetiva, buscando implementar uma prática interdisciplinar, não priorizando um saber específico e focalizando no sujeito em sofrimento (Mondoni & Costa-Rosa, 2010).

Assim, conforme esse paradigma as perspectivas de atenção estão voltadas para um investimento na maior autonomia e independência da pessoa com transtorno mental, buscando-se uma ressocialização e reabilitação psicossocial desses indivíduos para que aconteça uma efetiva inclusão social.

Cumprе lembrar que no atual contexto da saúde mental o paradigma biomédico é ainda hegemônico e mesmo nos serviços substitutivos esta forma de assistência em saúde mental ainda se faz presente. Pesquisa desenvolvida em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Quixadá-CE, revelou que os profissionais que atuavam nessa instituição tinham uma prática fortemente permeada pelo paradigma biomédico, centrada em procedimentos voltados para a prescrição medicamentosa (Jorge, Sales, Pinto, & Sampaio, 2010).

Tal atuação profissional marca da pelo paradigma biomédico parece ser um reflexo da formação acadêmica desses profissionais, uma vez que, conforme Oliveira, Carvalho, Carvalho e Silva Junior (2013), os cursos de graduação ainda oferecem uma educação em saúde mental centrada no paradigma biomédico, com um enfoque distante do atual campo da saúde mental; assim, são formados profissionais no contexto dos novos serviços, porém, ainda se mantém referenciais teóricos ultrapassados.

No dizer de Borges e Luzio (2010), a reforma psiquiátrica ainda é um processo em construção e devido a isso a atenção psiquiátrica pautada nos serviços extra-hospitalares convive, lado a lado, com a permanência do paradigma biomédico, centrado na internação em instituições psiquiátricas.

Essa dificuldade de passagem do paradigma biomédico para o psicossocial, para a efetivação da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização, se deve a vários fatores, dentre os quais cabe ressaltar o despreparo da sociedade para o convívio com a loucura, evidenciado pelo preconceito que os indivíduos mantêm acerca da doença mental (Andrade, Medeiros, & Patriota, 2010).

A partir disso, ressalta-se a importância de compreender o preconceito frente ao doente mental, uma vez que o preconceito contra esses indivíduos permanece um problema grave e presente na sociedade e que a atual configuração da atenção em saúde mental no Brasil preconiza a inclusão desses indivíduos no contexto familiar e social.

1.4 O preconceito frente ao doente mental no contexto da reforma psiquiátrica

O preconceito emergiu como objeto de estudo da ciência por volta dos anos 20, embora a história revele que a percepção, por parte de um grupo, acerca da superioridade de sua raça, etnia, cultura ou gênero sempre esteve presente na sociedade. Conforme Rodrigues, Assmar e Jablonsk (2009) o que contribuiu para despertar o interesse da comunidade científica por esse construto foi a ideia de que a discriminação contra os grupos minoritários poderia não estar fundamentada em justificativas racionais e factuais; demonstrado uma nova forma de abordar esse assunto, uma vez que, até então, partia-se do pressuposto de que realmente havia diferença entre os grupos sociais (Fernandes, Costa, Camino, & Mendoza, 2007; Rodrigues et al., 2009).

Uma das principais obras sobre a teorização do preconceito intitula-se *A Natureza do Preconceito* e foi publicada por Allport (1954). Conforme esse autor o preconceito pode ser compreendido como uma atitude de hostilidade dirigida a uma pessoa que pertence a um grupo simplesmente porque ela pertence àquele grupo, e se presume que possua as qualidades desagradáveis desse grupo (Lima, 2011).

Dessa forma, o preconceito pode ser compreendido como um julgamento prévio negativo dos membros de uma raça, religião, ou qualquer outro grupo social, e tal julgamento tem como base as crenças sobre a natureza e características desse grupo. Além das crenças, o preconceito está diretamente ligado a sentimentos de antipatia e comportamentos depreciativos, promovendo a discriminação de membros de um grupo simplesmente por pertencerem a tal grupo (Brown, 1995; Jones, 1973).

Ishiy, Silva e Bastos Filho (2008) pontuam que o preconceito vale-se dos estereótipos para rotular as pessoas discriminadas, e tais estereótipos podem ser compreendidos como crenças compartilhadas sobre um grupo, ou seja, generalizações que se fazem sobre os indivíduos (Pérez-Nebra & Jesus, 2011).

Diante de tais aspectos, cabe ressaltar que, ao longo da história, observa-se a prevalência do preconceito na sociedade em relação às pessoas acometidas por transtornos mentais, levando a exclusão social desses indivíduos e fazendo-os viver à margem da sociedade dita "normal". A sociedade enxerga o portador de sofrimento psíquico de forma negativa, considera-o como sem razão/sem juízo, agressivo e, portanto, perigoso e incapaz de viver em sociedade, sendo excluído da família e do meio social e mantido em instituições psiquiátricas (Maciel, Maciel, Barros, Sá, & Camino, 2008).

Gil (2010) menciona que são quatro os principais estereótipos que a sociedade mantém acerca dos doentes mentais: que são perigosos, devendo ser evitados; que são os responsáveis por suas perturbações, apresentando, portanto, uma personalidade fraca; que

são incompetentes, precisando de figuras de autoridade para tomar decisões por eles e que são infantis, necessitando ser mantidos sob cuidados de figuras paternas. Sadow e Ryder (2008) acrescentam que o estereótipo de periculosidade é o mais comum, contribuindo para o comportamento discriminatório da população.

Estudo conduzido por Peres, Moser, Oltramari e Rodriguez (2012) sobre a representação social do louco, com alunos da quinta série do ensino fundamental de uma escola pública de Florianópolis corrobora tal afirmação. Foram apresentados aos alunos filme e imagens sobre a loucura e em seguida, eles foram questionados sobre tal tema. As falas dos estudantes foram analisadas por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin e revelaram uma representação do doente mental como alguém perigoso, que representa uma ameaça, devendo, portanto, ser mantido distante.

Cabe acrescentar, que em nossa sociedade, a história da doença mental é marcada por uma concepção preconceituosa, bem como, por práticas excludentes e discriminatórias; baseada em uma assistência caracterizada, ao longo do tempo, pela rotulação, supressão dos sintomas através da medicalização e no confinamento em instituições especializadas (Barros & Claro, 2011; Maciel, Barros, Silva, & Camino 2009).

Porém, o novo modelo de assistência em saúde mental no Brasil, advindo com a reforma psiquiátrica, propõe a inclusão do sujeito em sofrimento psíquico na sociedade, buscando superar o modelo hospitalocêntrico de tratamento, inserindo-o no contexto sócio familiar. Para a efetivação desse novo modelo, estão sendo implantados serviços substitutivos, que determinam a não internação do doente mental e o desenvolvimento de uma rede de assistência comunitária, o que necessariamente faz com que a sociedade tenha que acolher no seu cotidiano esses indivíduos (Maciel, Barros, Camino, & Melo, 2011).

Mas, apesar de tais mudanças, observa-se ainda uma visão negativa da sociedade em relação ao fenômeno da doença mental.

Delevati e Palazzo (2008) realizaram um estudo sobre atitudes frente ao doente mental, com 536 empresários de uma cidade do Rio Grande do Sul, os dados foram coletados por meio da escala de atitudes e opiniões sobre a doença mental e revelaram que esses profissionais percebem o doente mental como irrecuperável, perigoso e diferente das demais pessoas da sociedade, tal fato, provavelmente, contribui para a dificuldade de inclusão do doente mental no mercado de trabalho, uma vez que, as pessoas que servem como “porta de entrada” (empresários) para esse mercado tem uma visão preconceituosa em relação a esses indivíduos.

Nessa direção, Vasconcelos, Jorge, Guimarães e Pinto (2008) ressaltam que para a sociedade atual, o padrão de homem é aquele que produz. Dessa forma, o indivíduo que não corresponde a essa realidade está incapacitado de conviver socialmente e, torna-se, então, um problema social; é considerado alienado, fora de si, fora da realidade, e por isso perigoso para o convívio social. Diante dessa realidade, fica reservado aos doentes mentais a necessidade de cuidados com o objetivo de adequá-los às normas sociais.

Estudos revelam ainda atitudes preconceituosas frente às pessoas acometidas por transtornos psiquiátricos por parte dos próprios profissionais da saúde mental. Pesquisa realizada com 1.414 psiquiatras brasileiros sobre atitude em relação a indivíduos com esquizofrenia, revelou que esses profissionais atribuíram estereótipos negativos em relação a esses sujeitos (Loch et al., 2011). Outro estudo desenvolvido por Paes, Maftum e Mantovani (2010), com 64 profissionais de enfermagem, sobre o atendimento ao paciente com comorbidade psiquiátrica em um hospital geral da cidade de Curitiba, demonstrou que esses profissionais tendem a apresentar sentimentos como medo de agressão e insegurança ao atenderem tais pacientes e disseram fazer o uso da contenção

física como uma medida de segurança para a equipe. Dessa forma, as pessoas que tem uma atuação fundamental na integração social do doente mental o percebem de forma preconceituosa, o que, certamente, resultará em uma prática por parte desses profissionais pouco reabilitatória.

Vale mencionar também que a família, por estar inserida na sociedade, acaba pactuando com os seus valores, crenças e estereótipos reproduzindo o discurso da sociedade, acrescido de suas vivências. Acerca desse aspecto, pesquisa realizada por Maciel (2007) revelou que os familiares de doentes mentais representam de forma negativa a doença mental e revelam um relacionamento familiar prejudicado devido ao medo e a falta de confiança, apresentando uma percepção acerca da doença mental/loucura como um fator de sobrecarga, tristeza e sofrimento.

Assim, pode-se afirmar que há uma atmosfera notadamente insatisfatória em relação ao doente mental, sentimentos desfavoráveis, assim como o preconceito frente a este, encontram-se presentes, ainda hoje, em nossa sociedade. Sobre isso, Barbosa (2010) assinala que em tempos de reforma psiquiátrica, em que se busca a inserção do portador de sofrimento psíquico na comunidade, a opinião negativa da sociedade apresenta um impacto para a efetivação dessa reintegração social.

Andrade et al. (2010) destacam que na medida em que a reforma psiquiátrica busca produzir um novo espaço social para os indivíduos portadores de transtorno mental, objetiva também transformar o lugar assumido pela loucura ao longo dos tempos no imaginário social e esse tem sido um dos principais desafios, pois busca alterar significados arraigados na sociedade ao longo de anos.

Diante de tais aspectos, vale destacar que apesar dos avanços no campo da saúde mental, o portador de sofrimento psíquico ainda é percebido como um indivíduo diferente, que não vive dentro das regras que a sociedade impõe, é visto como um ser

incapaz de realizar certas funções e ainda representa perigo para a sociedade (Oliveira et al., 2011).

Portanto, percebe-se que a sociedade não está preparada para o desafio de acolher e cuidar de pessoas com transtornos mentais. Ainda predomina a visão preconceituosa em relação ao adoecimento psíquico o que continua propiciando o processo de exclusão e de marginalização social e afetiva das pessoas que necessitam de atenção psiquiátrica (Melman, 2001).

Essa visão preconceituosa que a sociedade ainda mantém em relação à loucura dificulta a real inserção social do portador de sofrimento psíquico e também a efetivação da reforma psiquiátrica, uma vez que esta preconiza o deslocamento da atenção prestada em instituições fechadas para espaços extra-hospitalares, que atendam às necessidades dos doentes mentais, de modo que esse processo ocorra o mais próximo possível da comunidade valorizando a manutenção dos vínculos sociais e familiares.

Assim, pode-se afirmar que a real inclusão do portador de sofrimento psíquico no meio social é um processo bastante complexo e que apesar de muitas mudanças, ainda há muito o que melhorar, pois não é unicamente a convivência com o doente mental na sociedade o que se busca, mas sim a convivência desprovida de todo o preconceito que existe em torno da loucura. Sabe-se que a conquista desse ideal passa necessariamente por várias instâncias, legislativa, política, de organização de serviços. Entretanto, cabe ressaltar que a desmistificação da loucura precisa ser pensada não somente em termos macroestruturais, mas em ações e mudanças no plano microestrutural.

Tal processo de inclusão e desmistificação perpassa as representações sociais que a sociedade apresenta sobre a doença mental e a reforma psiquiátrica, sendo, portanto, importante o conhecimento e discussão de tais representações.

CAPÍTULO 2

A Teoria das Representações Sociais

A Teoria das Representações Sociais

A Teoria das Representações Sociais foi proposta por Serge Moscovici em 1961, com a publicação do trabalho intitulado *Psychanalyses: Son image et son public*, sobre a apropriação da teoria psicanalítica por parte dos diferentes grupos sociais. Segundo Oliveira e Werba (2010), o que motivou esse teórico a desenvolver o estudo das representações sociais foi sua crítica aos pressupostos positivistas e funcionalistas das teorias da época, as quais não davam conta de explicar a realidade em outras dimensões, principalmente na histórico-crítica.

O modelo proposto por Moscovici constitui uma abordagem psicossociológica da psicologia social e se contrapôs a perspectiva psicológica da psicologia social da época, a qual tinha um caráter individualista e reduzia o social a simples presença real ou imaginária de outros indivíduos nos processos psicológicos individuais. A Teoria das Representações Sociais buscou dialetizar a relação entre indivíduo e contexto social, bem como, transformar o social de uma simples variável, que influenciava os fenômenos, em um elemento constitutivo dos fenômenos sociais (Chaves & Silva, 2011; Moscovici, 2003).

Moscovici buscou apoio teórico nos estudos realizados por Durkheim acerca das representações coletivas para desenvolver a sua teoria. As representações coletivas para Durkheim correspondiam a uma espécie de guarda-chuva que reunia uma larga gama de diferentes formas de pensamento e de saberes partilhados coletivamente, tais como, crenças, mitos, ciência, religião, opiniões; tal conceito tinha como característica principal revelar o que havia de irredutível à experiência individual e que se estendia no tempo e no espaço. Para o sociólogo Durkheim as representações eram coletivas à medida que exerciam uma coerção sobre cada indivíduo e conduziam os homens a pensar e agir de

maneira homogênea. Tal saber partilhado e reproduzido coletivamente transcendia o individual, fato que permitia às representações coletivas a atribuição do *status* de objetividade. Elas também eram estáveis na sua transmissão e reprodução (Nóbrega, 2003).

Alexandre (2004) pontua que na concepção de Durkheim as representações coletivas não se reduziam à soma das representações dos indivíduos que formavam a sociedade, mas correspondiam a realidades impostas aos sujeitos, ou seja, eram conhecimentos inerentes à sociedade que se estenderiam no tempo e no espaço, tendo certa estabilidade e cuja função principal era a transmissão de conhecimentos dos antepassados. Tal concepção evidência no conceito de Durkheim a primazia do social sobre o individual; sendo o primeiro caracterizado como estático e impermeável às mudanças individuais.

Conforme Arruda (2002) a noção de representações coletivas de Durkheim mostrou-se muito abrangente e pouco operacional para as sociedades contemporâneas, caracterizadas pela dinamicidade e velocidade de circulação das informações. Moscovici então, propôs o termo representações sociais ao invés de representações coletivas..

Essa mudança terminológica justificou-se pela diversidade da origem das representações sociais, que poderia ser tanto dos indivíduos quanto dos grupos; e pelo reconhecimento da importância da comunicação enquanto fenômeno que possibilitava convergir os indivíduos em uma rede de interações na qual qualquer coisa social podia tornar-se individual e vice-versa (Nóbrega, 2003).

Cabecinhas (2004) ressalta que o termo representações sociais mostra-se adequado para o estudo das sociedades pensantes, nas quais os indivíduos não são meros receptores passivos e sim questionadores, que estão sempre buscando respostas para suas indagações e estão a todo tempo influenciando e sendo influenciados pelo contexto social.

Assim, as representações sociais não correspondem apenas a algo herdado dos antepassados, transmitido de maneira determinista e estática, já preestabelecido sem a intervenção do indivíduo. Para Moscovici (1978) o indivíduo possui um papel ativo no processo de construção da sociedade, sendo criado por esta ao mesmo tempo em que participa de sua construção; enfatizando, portanto, indissociação entre o individual e o social e destacando a necessidade de considerar a participação do indivíduo na construção da sua realidade social.

Portanto, diferentemente das representações coletivas, as representações sociais caracterizam-se por serem dinâmicas e historicamente específicas; estando associadas às práticas culturais, reunindo tanto o peso da história e da tradição, como a flexibilidade da realidade contemporânea, sublinham Oliveira e Werba (2010).

Moscovici (2003) afirma que as Representações Sociais podem ser entendidas como um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana mediante as comunicações interpessoais. Elas equivalem em, nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças, podendo também ser vistas como uma versão contemporânea do senso comum. Jodelet (2001, p.22) esclarece afirmando que:

As Representações Sociais são uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber de senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, esta forma de conhecimento é diferenciada, entre outras, do conhecimento científico.

Conforme Chaves e Silva (2011) as representações sociais permitem conhecer a “visão de mundo” que os indivíduos ou grupos têm e empregam na forma de agir e se posicionar. Nesse sentido, as representações funcionam como um importante instrumento

para o estudo das ideias e comportamentos sociais, na medida em que estas permitem compreender a formação do pensamento social e antecipar as condutas humanas.

Convém salientar que as representações sociais devem ser entendidas como uma construção do indivíduo enquanto sujeito social, no sentido que não são uma simples reprodução do objeto representacional e sim uma interpretação deste permeada por aspectos afetivos, cognitivos e sociais (Spink, 1993).

Portanto, a representação de qualquer objeto social, especificamente, nesse estudo, do doente mental e da reforma psiquiátrica, serão elaboradas levando-se em consideração os afetos, cognições e vivências dos atores sociais; então, as representações sofrerão modificações de acordo com os indivíduos e contextos nos quais estão inseridos.

Por meio da Teoria das Representações Sociais, verificou-se a existência de dois universos na sociedade: o consensual e o reificado. O primeiro pode ser compreendido como o campo do senso comum, elaborado e reelaborado no dia a dia pelas interações estabelecidas entre os sujeitos. Já o segundo pode ser identificado como o universo da ciência envolvendo seus pressupostos teóricos e critérios técnico-metodológicos. Cabe mencionar que é na interface entre esses universos que são formadas as representações sociais (Azevedo & Miranda, 2012).

Azevedo e Miranda (2012) reiteram que tais universos atuam em conjunto sob a realidade psicossocial, de forma interacional e dinâmica, com níveis de informação circulantes variados, capazes de modificar, adaptar ou ajustar a compreensão perante um fenômeno.

As representações sociais, por sua natureza, são uma construção que permite transformar algo desconhecido e não-familiar, em algo conhecido ou familiar; e o não familiar situa-se e é gerado, dentro do universo reificado das ciências, de onde dever ser transferido para o universo consensual do dia a dia. Essa tarefa é geralmente realizada

pelos divulgadores científicos, através dos meios de comunicação de massa (Oliveira & Werba, 2010).

O papel das representações sociais de transformar o não familiar em familiar se dá através de dois processos básicos: Ancoragem e objetivação.

Conforme Moscovici (2003) a ancoragem corresponde ao mecanismo que busca integrar ideias estranhas a categorias e a imagens comuns, colocando-as em um contexto familiar. É um processo que compara algo estranho com um paradigma de uma categoria que o ator social pensa ser apropriado. No momento em que determinado objeto ou ideia é comparada ao paradigma de uma categoria, adquire características dessa categoria e é reajustado para que se enquadre nela. A ancoragem organiza-se em três condições estruturantes, a primeira é a atribuição de sentido, que corresponde a relacionar o objeto novo com algum sentido já estabelecido e portador de significado; a segunda é a instrumentalização do saber, nesta o novo objeto é transformado em saber útil que tem a função de tradução e compreensão do mundo; finalmente, a terceira consiste no enraizamento no sistema do pensamento, é a organização estrutural do objeto novo ao sistema de pensamento do sujeito, ou seja, a representação se inscreve sobre um sistema de ideias pré-existentes (Kus, Guimarães, & Teixeira, 2012; Nóbrega, 2003).

Portanto, a ancoragem explica como o sentido é dado aos objetos não familiares através de sua inserção em um já existente quadro conceptual, juntamente com a sua interpretação em função de um princípio de significação, cujo produto é utilizado no intuito de classificar, interpretar e nomear os objetos sociais. A ancoragem é o enraizamento social da representação e do seu objeto. Trata-se da inserção de um conhecimento num pensamento já constituído, modelando as relações interpessoais, sendo um processo que se dá através da assimilação e acomodação das informações (Jodelet, 2008).

Já a objetivação designa, conforme Moscovici (2003), o processo pelo qual os elementos constituintes da representação se organizam e adquirem materialidade, tornando o abstrato concreto, ou seja, é a reprodução de um conceito em uma imagem.

Jodelet (2008) distingue três fases no processo de objetivação: a seleção da informação, a esquematização e a naturalização. A primeira corresponde ao processo pelo qual o sujeito se apropria das informações e dos saberes sobre um dado objeto; nessa etapa, as informações sobre o objeto vão sobre uma espécie de triagem em função de condicionadores culturais e de critérios normativos. Já na segunda fase, acontece a organização dos elementos selecionados em uma esquematização estruturante. Por fim, na última fase, há uma projeção de construções como entidades de representação concreta no mundo da vida.

Moscovici (2003) ressalta que esses processos formadores das representações sociais são ao mesmo tempo de natureza social e cognitiva e se referem à maneira como o social transforma um conhecimento em representação e a maneira como esta representação transforma o social, evidenciando a interdependência entre a atividade psicológica e condições sociais.

Ainda acerca dos processos formadores das representações sociais, Vala (2000) sublinha que estes estão intrinsecamente ligados, de forma que não se pode dizer qual a sequência ou hierarquização destes nem considerá-los de forma autônoma, faz-se isso apenas para fins didáticos.

Atualmente, considera-se que a Teoria das Representações Sociais desdobra-se em três correntes teóricas, a dimensional, representada por Jodelet e caracteriza-se pelo estudo dos conteúdos representacionais; a societal, que é encabeçada por Willen Doise e propõe uma articulação da teoria de Moscovici com uma perspectiva mais sociológica e a estrutural, também conhecida como Teoria do Núcleo Central, que tem como principal

nome Jean-Claude Abric e enfatiza a dimensão cognitivo-estrutural das representações. Vale salientar que tais correntes são complementares a teoria proposta por Moscovici (Sá, 1998).

O presente estudo utilizará como aporte teórico a Teoria do Núcleo Central, uma vez que pretende identificar e descrever a estrutura da representação social da reforma psiquiátrica e do doente mental elaborada por estudantes universitários.

2.1 A Teoria do Núcleo Central: Uma abordagem da Teoria das Representações Sociais

A Teoria do Núcleo Central foi prosposta em 1976, por Jean-Claude Abric, através de sua tese *Doctorat d'État*, intitulada *Jeux, conflits et représentations sociales*, apresentada na Université de Provence, França. Trata-se de uma abordagem complementar ao estudo de Moscovici, de modo a torná-lo mais heurístico tanto na prática social como para a pesquisa. O modelo proposto por Abric caracteriza-se por considerar que as representações sociais são estruturadas em um núcleo central e em elementos periférico (Sá, 1996a).

Para Abric (2001a) o núcleo central ou núcleo estruturante é o elemento fundamental da representação, pois é ele que determina ao mesmo tempo sua significação e organização, e para tal cumpre duas funções essenciais, geradora e organizadora. A primeira corresponde ao fato de ele ser o elemento através do qual se cria ou se transforma os significados dos outros elementos constitutivos da representação. Já a segunda refere-se ao fato de o núcleo central ser o elemento unificador e estabilizador da representação.

Cabe mencionar também que o núcleo central é constituído por alguns elementos que ocupam uma posição central na estrutura da representação, tal organização é

determinada pela natureza do objeto representado e pela relação que o grupo mantém com esse objeto, nesse sentido, o núcleo central pode assumir duas dimensões: uma dimensão funcional, em situações com finalidade operatória, por exemplo, assumirão posição privilegiada na representação os elementos mais importantes para a realização da tarefa; ou uma dimensão normativa, em situações nas quais intervêm dimensões sócio-afetivas, sociais ou ideológicas, uma norma, estereótipo ou atitude estarão no centro da representação. Portanto, mais precisamente, é a finalidade da situação na qual se produz a representação que vai determinar seus elementos centrais (Abric, 2001a; Sá, 1996a).

Uma das principais características do núcleo central é o fato de ele ser marcado e determinado pelas condições históricas, sociológicas e ideológicas, estando, dessa forma, fortemente enraizado na memória coletiva de um grupo e balizado pelo seu sistema de normas e valores. Portanto, esse núcleo é estável e resistente a mudanças, o que assegura a representação social continuidade em contextos móveis e evolutivos. Assim, uma representação pode se transformar superficialmente mediante uma mudança do sentido ou natureza de seus elementos periféricos, porém ela só muda de significado quando o núcleo central é alterado (Abric, 2001a; Sá, 1996b).

Conforme a Teoria do Núcleo Central, as representações sociais são constituídas também por elementos periféricos, estes organizam-se em torno do núcleo central e promovem a articulação entre a realidade concreta e o núcleo, atualizando e contextualizando constantemente as determinações normativas deste, o que tem como resultado a mobilidade, flexibilidade e expressão individualizada que caracterizam as representações sociais. Para Abrie (2001a), o núcleo central caracteriza-se como normativo e os elementos periféricos como funcionais, no sentido de que estes permitem ancorar a representação na realidade do momento, cabe acrescentar também que tais

elementos permitem a concretização do núcleo central e termos de tomada de posição e condutas (Abric, 2001a, 1993).

Sá (1996a) afirma que são três as funções dos elementos periféricos, concretização, regulação e defesa. A primeira está relacionada ao processo de ancoragem da representação social na realidade, evidenciando a dependência dos elementos periféricos do contexto imediato. A segunda refere-se ao papel de adaptação da representação social às evoluções do contexto; é na periferia que serão absorvidas as novas informações ou eventos susceptíveis de colocar em questão o núcleo central. A terceira refere-se à necessidade de dar conta das contradições que possam aparecer. Sobre a função dos elementos periféricos, Flaument (2001) diz que a periferia de uma representação social funciona como um “para-choque” entre a realidade e núcleo central.

Portanto, para a Teoria do Núcleo Central, a representação social pode ser entendida como um conjunto organizado e estruturado de informações, crenças, opiniões e atitudes, sendo a representação composta por dois subsistemas, o núcleo central e os elementos periféricos, cada um destes tendo um papel específico e complementar (Abric, 1993).

As características das representações sociais propostos pela Teoria do Núcleo Central representam, segundo Sá (1998), uma das principais contribuições dessa perspectiva, na medida em que permitiram solucionar um dos problemas da teoria de Moscovici, o fato de as representações sociais apresentarem características contraditórias (estáveis e mutáveis, rígidas e flexíveis, consensuais e individualizadas). O modelo proposto por Abric atribuiu ao núcleo central estabilidade, rigidez e consensualidade, e aos elementos periféricos um caráter mutável, flexível e individualizado, de forma que cada um destes desempenha uma função específica e complementar a do outro,

permitindo, assim, a conciliação das contradições em um todo estruturado e dinâmico (Chaves & Silva, 2011; Sá, 1996b).

Outro aspecto que merece ser citado refere-se às funções das representações sociais mencionadas por Abric, citado por Sá (1996a), as quais são: *A função de saber*, que permite interpretar a realidade, adquirir conhecimentos e integrá-los a um quadro compreensível, coerente com o funcionamento cognitivo e sistema de valores dos atores sociais. *A função Identitária*, a qual define as especificidades dos grupos, situando o indivíduo dentro de um grupo social; desempenha um papel importante no controle social exercido pela coletividade sobre cada um de seus membros, em particular no processo de socialização. *A função de orientação*, esta guia os comportamentos e as práticas, definindo o que é tolerável ou inaceitável em um dado contexto social. *A função Justificadora*, que permite que os atores sociais possam explicar e justificar suas condutas a posteriori.

Portanto, as representações sociais desempenham um papel fundamental nas relações sociais, na medida em que se configuram como um sistema de interpretação da realidade que intermedeia as relações dos indivíduos com o meio, orientando suas práticas. No dizer de Jodelet (2001), as representações sociais desempenham um papel importante na vida das pessoas na medida em que funcionam como guia no modo de nomear e definir os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e posicionar-se frente a eles.

Nessa perspectiva, Cromack, Bursztyn e Tura (2009) ressaltam que o comportamento dos atores sociais depende menos das características da situação do que das representações sociais que se constituem no seu fator preponderante.

Diante de tais aspectos, cabe mencionar que apreender as representações sociais elaboradas por estudantes universitários acerca do doente mental e da reforma

psiquiátrica constitui-se um valioso instrumento para compreender em que estarão pautadas as práticas desses futuros profissionais que atuarão na área da saúde mental, tendo em vista o novo modelo de assistência, advindo com a reforma psiquiátrica.

A tentativa de compreender as práticas futuras desses estudantes mostra-se importante, na medida em que, conforme Castro (2009), as práticas de assistência em saúde mental apresentam uma repercussão no plano social no sentido de poderem prolongar o preconceito e, por conseguinte, a exclusão social.

CAPÍTULO 3

ESTUDO I: Validação da estrutura fatorial das escalas

Estudo I: Validação da estrutura fatorial das escalas

Esse capítulo apresenta-se dividido em duas seções. Na primeira, será apresentado o método utilizado para realizar a validação da estrutura fatorial da Escala de Atitudes em Saúde Mental e da Escala de Rejeição à Intimidade. Em seguida, serão descritos os resultados dessa validação.

3.1 Objetivo

- Realizar a validação da estrutura fatorial da Escala de Atitudes em Saúde Mental e da Escala de Rejeição à Intimidade

3.2 Método

3.2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo correlacional de cunho quantitativo, com ênfase psicometrista, uma vez que busca realizar a validação da estrutura fatorial de escalas.

3.2.2 Amostra

Participaram dessa pesquisa 404 estudantes universitários distribuídos entre os cursos de psicologia, medicina, enfermagem, fisioterapia e direito de universidades públicas e privadas localizadas na cidade de João Pessoa-PB. Os participantes apresentavam idade média de 24 anos ($DP = 5,67$) e 30,4% pertenciam ao sexo masculino, enquanto que 69,6% pertenciam ao sexo feminino. Quanto a distribuição entre os cursos; 21% cursavam psicologia; 20% medicina; 18,3% enfermagem; 22% fisioterapia e 18,6%

direito. Cabe acrescentar que a amostra foi selecionada por um procedimento não probabilístico, amostragem por conveniência (Cozby, 2009).

3.2.3 Instrumentos

Para a coleta de dados dessa pesquisa, utilizaram-se os seguintes instrumentos: a) Escala de Atitudes em Saúde Mental e b) Escala de Rejeição à Intimidade (Anexo 1 e 2, respectivamente):

a) Escala de Atitudes em Saúde Mental: Essa escala foi construída pelo Grupo de Pesquisa em Processos Grupais da Universidade Católica de Goiás (UCG) (Rabelo, 2003) e avalia a adesão aos paradigmas de atenção em saúde mental. É composta por dois fatores (paradigma biomédico e paradigma psicossocial) e por 18 itens em formato Likert, variando de 1 (discorda plenamente) a 7 (concorda plenamente).

b) Escala de Rejeição à Intimidade: Constitui-se em uma adaptação da escala desenvolvida por Pettigrew e Meertens (1995) para a avaliação do preconceito contra negros, modificando o alvo para o doente mental. É composta por um único fator e por 11 itens que descrevem situações cotidianas relacionadas à rejeição de proximidade com doentes mentais. Os participantes indicam o quanto se sentem constrangidos em cada situação descrita nesses itens numa escala que varia de 1 (nada constrangido) a 6 (muitíssimo constrangido).

3.2.4 Procedimento de coleta de dados e considerações éticas

Esta pesquisa atendeu às determinações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996), que traça as diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Foi devidamente aprovada pelo Comitê de Ética

em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS, sob o Protocolo nº. 0350/12. O certificado encontra-se em anexo (Anexo 3).

Após a obtenção da autorização para a realização da pesquisa pelo Comitê de Ética, a pesquisadora entrou em contato com as instituições onde pretendia realizar o estudo através dos coordenadores de cada curso, os quais indicaram professores e com estes combinou-se dia e horário para a realização da coleta de dados.

Os instrumentos foram administrados coletivamente nas salas de aula. Os aplicadores foram estudantes universitários treinados previamente para tal procedimento. Inicialmente, foram fornecidas informações aos possíveis participantes sobre o objetivo do estudo, a inexistência de respostas certas ou erradas, o direito de optar por participar ou não, e a garantia de anonimato. Após a comunicação de tais aspectos e mediante a aceitação dos estudantes em participar, obtida por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), iniciou-se a coleta de dados. Além da Escala de Atitudes em Saúde Mental e da Escala de Rejeição à Intimidade, os estudantes também responderam um questionário sóciodemográfico (Apêndice 3), para a caracterização da amostra. Os participantes levaram, em média, 15 minutos para concluir a participação na pesquisa.

3.2.5 Análise dos dados

Os dados das escalas e do questionário sociodemográfico foram tabulados e analisados por meio do Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS) para Windows versão 21.0. Na análise das escalas, além de procedimentos estatísticos descritivos (média, desvio padrão, etc.), foram realizadas análises fatoriais exploratórias com intuito de conhecer a estrutura fatorial destas. Verificou-se, também, a consistência interna das

escalas através do Alfa de Cronbach. Na análise do questionário sócio-demográfico, utilizaram-se frequências e porcentagens (estatística descritiva).

3.3 Resultados

A seguir, serão apresentados os resultados referentes a validação da estrutura fatorial da Escala de Atitudes em Saúde Mental e da Escala de Rejeição à Intimidade.

3.3.1 Escala de Atitudes em Saúde Mental

Inicialmente, realizou-se uma Análise de Componentes Principais sem fixar *a priori* o método de rotação e o número de componentes a extrair. Foram verificados os índices *Kayser-Meyer-Olkin (KMO)* e *Teste de Esfericidade de Bartlett*, para comprovar a adequabilidade dos dados à realização da análise fatorial. Os resultados de tais estatísticas foram, $KMO = 0,79$ e o *Teste de Esfericidade de Bartlett*, $\chi^2(153) = 1077,31$, $p < 0,001$, ambas consideradas satisfatórias para a realização da análise fatorial (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 2005).

Com base no critério de *Kaiser*, conforme o qual se extrai aqueles fatores com autovalores maiores que 1 (Pasquali, 2012), puderam ser identificados, inicialmente, seis componentes; explicando 29,7% da variância total. Porém, a análise da representação gráfica dos valores próprios (critério de Cattell), sugeriu a presença de três componentes, como pode-se observar na Figura 1.

Cabe mencionar que as estruturas previamente encontradas de seis ou três componentes carecem de interpretabilidade; e embora se tenha encontrado estes resultados, optou-se por extrair dois fatores conforme propõe a literatura (Rabelo, 2003).

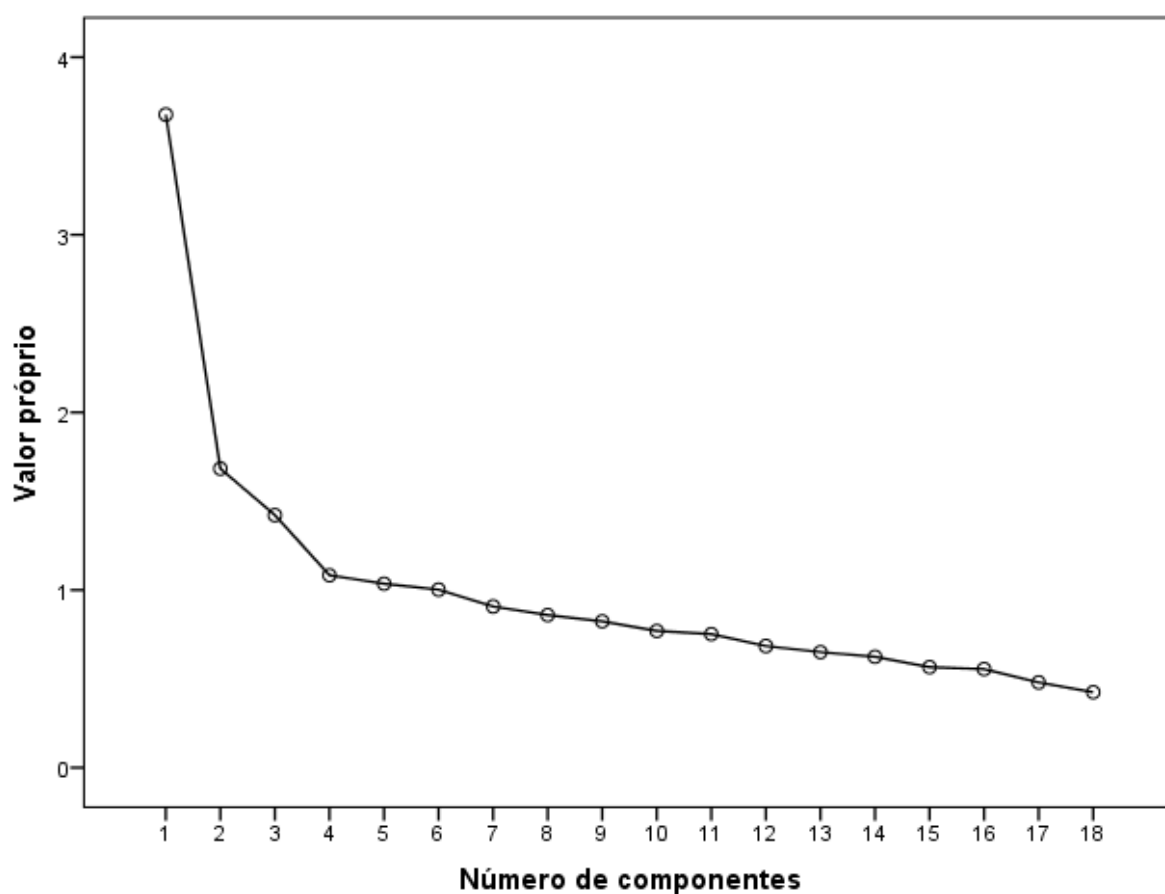


FIGURA 1. Representação gráfica dos valores próprios referente à *Escala de Atitudes em Saúde Mental*.

Posteriormente, foi realizada uma Análise Fatorial dos Eixos Principais, desta vez fixando o número de fatores a extrair em dois, empregando rotação varimax e adotando como critério para retenção do item no fator uma carga fatorial igual ou superior a $|0,30|$. O resultado dessa análise pode ser observado na Tabela 1, a seguir.

TABELA 1.

Análise fatorial dos eixos principais com rotação varimax da *Escala de Atitudes em Saúde Mental*

Itens	Cargas Fatoriais		
	F1	F2	h ²
1. Participar de associações e/ou clubes em prol da cidadania é direito do doente mental.		0,43	0,23
2. Num tratamento de saúde mental cabe apenas ao médico indicar o momento da alta.	0,53		0,31
3. Estudo, trabalho e convívio social são essenciais para tratar a Esquizofrenia.		0,52	0,28
4. O doente mental deve ser isolado quando fica agressivo fisicamente.	0,55		0,32
5. Só com o consentimento do paciente pode-se iniciar um tratamento psiquiátrico.		0,64	0,40
6. Os vínculos sociais podem tratar um paciente psiquiátrico.		0,42	0,30
7. O trabalhador dos serviços de saúde mental não deve se envolver nas lutas por maiores direitos sociais do doente mental.	0,48		0,23
8. O médico precisa trabalhar em equipe para propiciar um tratamento eficaz à doença mental.			0,11
9. É muito perigoso conviver com o doente mental em casa.	0,46		0,35
10. O doente mental deve ser tratado na comunidade.		0,66	0,49
11. Só um médico psiquiatra é plenamente capaz de diagnosticar, tratar e compreender a doença mental.	0,74		0,54
12. O paciente precisa estar em casa para se tratar.		0,59	0,35
13. Apenas a psiquiatria é a ciência responsável por tratar a doença mental.	0,71		0,51
14. A família de um usuário de serviço de saúde mental precisa estar em contato permanente com a equipe que o acompanha.			0,05
15. Só se consegue curar a depressão via tratamento médico.	0,58		0,34
16. O paciente pode decidir o momento da alta hospitalar.		0,50	0,27
17. Uma anamnese detalhada é essencial para se formular uma hipótese diagnóstica.			0,02
18. A doença mental, assim como o seu tratamento, envolve mais problemas sociais que orgânicos.		0,37	0,14
Número de itens	7	8	
<i>Eigenvalue</i>	3,62	1,67	
% de variância explicada	22,6	10,5	
Alfa de Cronbach	0,71	0,66	

Nota: F1= paradigma biomédico e F2 = paradigma psicossocial. h² = comunalidade.

Como pode ser visto na Tabela 1, três itens foram retirados nessa análise, 8 (O médico precisa trabalhar em equipe para propiciar um tratamento eficaz à doença mental), 14 (A família de um usuário de serviço de saúde mental precisa estar em contato permanente com a equipe que o acompanha) e 17 (Uma anamnese detalhada é essencial para se formular uma hipótese diagnóstica), por não terem alcançado as cargas fatoriais pré-estabelecidas como satisfatórias. O fator 1, paradigma biomédico, reuniu itens que legitimam a internação do portador de transtorno mental; já o fator 2, paradigma psicossocial, reuniu os itens que se referem à reinserção do sujeito que apresenta sofrimento psíquico, através de ações de resgate da cidadania e vínculo com a família. Cabe acrescentar que altos escores em um dos fatores serão indicadores de adesão ao paradigma biomédico ou paradigma psicossocial.

Por fim, após as análises, parece coerente assumir que a Escala de Atitudes em Saúde Mental, reunindo um total de 15 itens, pode ser adequadamente empregada para avaliar o posicionamento frente aos paradigmas de atenção em saúde mental.

3.3.2 Escala de Rejeição à Intimidade

Em um primeiro momento, realizou-se uma Análise dos Componentes Principais sem fixar *a priori* o número de componentes a extrair. Foram verificados os índices *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* e *Teste de Esfericidade de Bartlett*, para comprovar a adequabilidade dos dados para a realização da análise fatorial. O *KMO* encontrado foi de 0,84 e o *Teste de Esfericidade de Bartlett*, $\chi^2 (55) = 1908,34$, $p < 0,001$; índices considerados satisfatórios para a realização da análise fatorial (Hair et al., 2005).

Conforme o critério de *Kaiser* (recomenda reter todos os fatores com autovalores maiores do que 1) (Pasquali, 2012), identificaram-se, inicialmente, três componente, explicando uma variância total de 44,2%. Já a análise da representação gráfica dos valores

próprios (Critério de Cattell), indicou a presença de um componente, como pode ser visto na Figura 2.

Cabe pontuar que a estrutura previamente encontrada de três componentes carece de interpretabilidade, e, portanto, optou-se por extrair um fator conforme propõe a análise da representação gráfica dos valores próprios e a literatura (Pereira et al., 2011; Rivera, 2009).

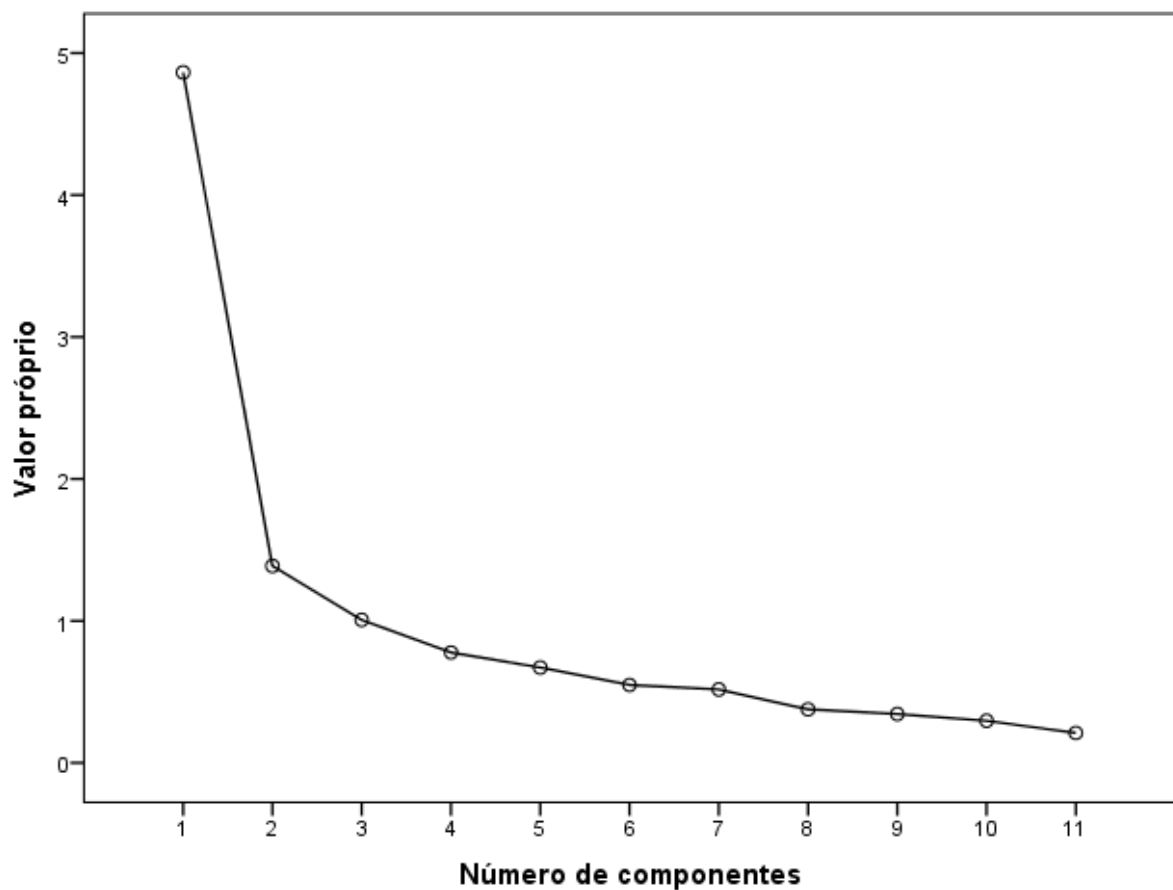


FIGURA 2. Representação gráfica dos valores próprios referente à *Escala de Rejeição à Intimidade*.

Em seguida, realizou-se uma Análise Fatorial dos Eixos Principais, fixando o número de fatores a extrair em 1 e adotou-se o critério de carga fatorial maior ou igual a

|0,30| como satisfatória para que o item fizesse parte do fator. Os resultados desta análise podem ser observados na Tabela 2.

TABELA 2.

Análise fatorial dos eixos principais da *Escala de Rejeição à Intimidade*

Itens	Cargas Fatoriais	h^2
1. Ter parentes por casamento que sejam doentes mentais.	0,58	0,38
2. Ter um amigo próximo que seja doente mental.	0,69	0,63
3. Ter um doente mental competente como seu chefe de trabalho.	0,67	0,46
4. Ter um doente mental como colega de trabalho.	0,72	0,54
5. Ter um (a) namorado (a) doente mental.	0,61	0,41
6. Ver um doente mental namorar uma pessoa.	0,65	0,44
7. Adotar uma criança doente mental.	0,65	0,42
8. Participar de festas com doente mental.	0,70	0,56
9. Ter um (a) vizinho (a) doente mental.	0,71	0,57
10. Ter um (a) médico (a) doente mental.	0,63	0,85
11. Ser revistado por um (a) policial doente mental.	0,61	0,67
Número de itens	11	
<i>Eigenvalue</i>	5,28	
% de variância explicada	48,0	
Alfa de Cronbach	0,88	

Nota: h^2 = comunalidade.

Como pode ser observado na Tabela 2, foi identificado na escala um fator principal, o qual pode ser denominado preconceito frente ao doente mental, com *eigenvalue* de 5,28, explicando 48% da variância. O índice de consistência (Alfa de Cronbach) encontrado foi igual a 0,88, sendo considerado satisfatório. Assim, altas pontuações nesta escala serão o indicativo de preconceito frente ao doente mental.

Por fim, após a análise fatorial exploratória e do cálculo do Alfa de Cronbach, pode-se concluir que a Escala de Rejeição à Intimidade, reunindo um total de 11 itens, apresentou parâmetros psicométricos satisfatórios para uso no contexto escolhido.

CAPÍTULO 4

ESTUDO II: Replicação da estrutura fatorial das escalas

Estudo II: Replicação da estrutura fatorial das escalas

Esse capítulo, organiza-se em duas seções. Inicialmente, será descrito o método utilizado para realizar a replicação da estrutura fatorial da Escala de Atitudes em Saúde Mental e da Escala de Rejeição à Intimidade. Por fim, serão apresentados os resultados da dessa replicação.

4.1 Objetivo

- Realizar a replicação da estrutura fatorial da Escala de Atitudes em Saúde Mental e da Escala de Rejeição à Intimidade.

4.2 Método

4.2.1 Tipo de estudo

Assim como o Estudo I, este trata-se de um estudo quantitativo e correlacional.

4.2.2 Amostra

Participaram desse estudo 396 estudantes universitários distribuídos entre os cursos de psicologia, medicina, enfermagem, fisioterapia e direito de universidades públicas e privadas localizadas na cidade de João Pessoa-PB. Os participantes dessa pesquisa apresentavam idade média de 23 anos ($DP= 5,41$) e 30,1% pertenciam ao sexo masculino, enquanto que 69,9% ao sexo feminino. Quanto a distribuição entre os cursos; 18,9% cursavam psicologia; 19,9% medicina; 21,7% enfermagem; 17,9% fisioterapia e 21,5% direito. A amostra foi selecionada por um procedimento não probabilístico, amostragem por conveniência (Cozby, 2009).

4.2.3 Instrumentos

a) *Escala de Atitudes em Saúde Mental*: Esse instrumento foi validado no Estudo I. É composto por 15 itens, distribuídos em duas sub-escalas (paradigma biomédico e paradigma psicossocial), avalia a adesão aos paradigmas de atenção em saúde mental e seus itens estão organizados em formato Likert, variando de 1 (discorda plenamente) a 7 (concorda plenamente).

b) *Escala de Rejeição à Intimidade*: Esse instrumento foi validado no Estudo I. É composto por 11 itens e por um único fator (preconceito frente ao doente mental). Os itens descrevem situações cotidianas relacionadas à rejeição de proximidade com doentes mentais. Os participantes indicam o quanto se sentem constrangidos em cada situação descrita nesses itens numa escala que varia de 1 (nada constrangido) a 6 (muitíssimo constrangido).

4.2.4 Procedimento de coleta de dados e considerações éticas

Esta pesquisa atendeu às determinações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996), que traça as diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Foi devidamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS, sob o Protocolo nº. 0350/12. O certificado encontra-se em anexo (Anexo 3).

Uma vez obtida autorização do comitê de ética para a realização do estudo, como também a autorização das instituições onde seriam coletados os dados, iniciou-se a aplicação dos questionários. Os instrumentos foram administrados coletivamente nas salas de aula. Os aplicadores foram estudantes universitários treinados previamente para tal procedimento. Inicialmente, foram fornecidas informações aos possíveis participantes sobre o objetivo do estudo, a inexistência de respostas certas ou erradas, o direito de optar

por participar ou não, e a garantia de anonimato. Após a comunicação dessas questões e mediante a aceitação dos estudantes em participar, obtida por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os instrumentos foram aplicados, cabe acrescentar que os estudantes responderam também um questionário sócio-demográfico para a caracterização da amostra. Em média, 15 minutos foram suficientes para concluir a participação no estudo.

4.2.5 Análise dos dados

Foi realizada uma análise fatorial confirmatória objetivando replicar a estrutura fatorial encontrada no Estudo I. O método de estimação utilizado foi o da *máxima verossimilhança*, empregando a matriz de variância-covariância e os casos *missing* foram substituídos pela média. Para testar a adequação do modelo, foram utilizados os índices descritos a seguir. A razão entre o qui-quadrado e os graus de liberdade (χ^2/df), com valores entre 2 e 3 indicando um ajuste aceitável. O *goodness of fit index* (GFI) e o *root mean square error of approximation* (RMSEA) onde valores, respectivamente, próximos de 0,95 e 0,06 indicam bom ajuste (Byrne, 2010). Valores maiores que 0,90 para o GFI e valores menores que 0,08 para o RMSEA são também indicadores de ajuste aceitável. As análises foram realizadas por meio do software AMOS (versão 18). Cabe mencionar que os dados provenientes do questionário sócio-demográfico foram analisados por meio do Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS) para Windows versão 21.0, usando-se estatística descritiva (frequências e porcentagens).

4.3 Resultados

4.3.1 Escala de Atitudes em Saúde Mental

A estrutura bifatorial proposta no Estudo I apresentou índices de ajuste aceitáveis, próximo daqueles recomendados na literatura. Após uma inspeção dos resíduos e dos índices de modificação, foram correlacionados os erros dos itens 5 e 16, pois além de pertencerem ao mesmo fator, tem um conteúdo comum. Os índices de ajuste obtidos indicam um ajuste aceitável da estrutura fatorial proposta: $\chi^2/df = 2,41$, GFI = 0,93 e RMSEA = 0,06 (IC 90% = 0,05 – 0,07). A estrutura fatorial e os pesos de regressão são apresentados na Figura 3. Todos os pesos de regressão foram significativos ($p < 0,05$).

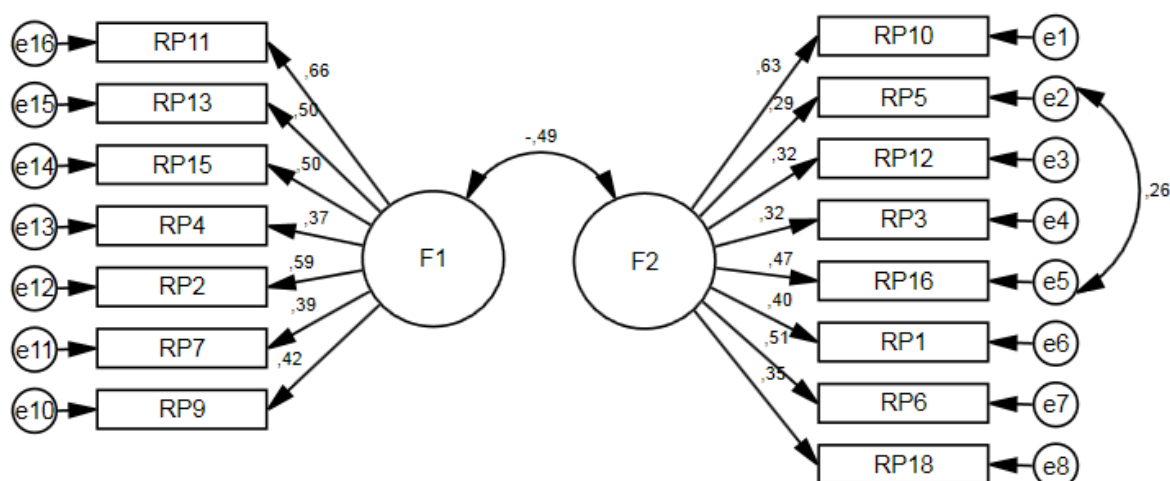


FIGURA 3. Coeficientes de regressão e correlações da estrutura bifatorial da *Escala de Atitudes em Saúde Mental*.

4.3.2 Escala de Rejeição à Intimidade

Para a Escala de Rejeição à Intimidade foi testada inicialmente a adequação da estrutura unifatorial encontrada no Estudo I. Os índices de ajuste observados ficaram abaixo daqueles indicados na literatura. Inspeccionou-se os resíduos e os índices de modificação correlacionando aqueles com valores elevados (acima de 50), tendo sido correlacionados os erros dos itens 2 com 11, 5 com 10 e 10 com 11. Os índices de ajuste

obtidos estão próximos daqueles aceitos como limítrofes na literatura: $\chi^2/df = 7,55$, GFI = 0,87 e RMSEA = 0,129 (IC 90% = 0,116 – 0,142). A estrutura fatorial e os pesos de regressão são apresentados na Figura 4. Todos os pesos de regressão foram significativos ($p < 0,05$). Os índices de ajuste não corroboraram a estrutura unifatorial como a mais adequada, os índices de modificação e resíduos indicam a existência de um outro fator, possivelmente abarcando os itens 2, 5, 10, 11. Entretanto, ao se analisar detalhadamente os conteúdos destes itens, percebe-se que esse possível fator carece de interpretabilidade e acrescenta uma divisão artificial entre os itens da escala, dificultando seu entendimento e aplicação.

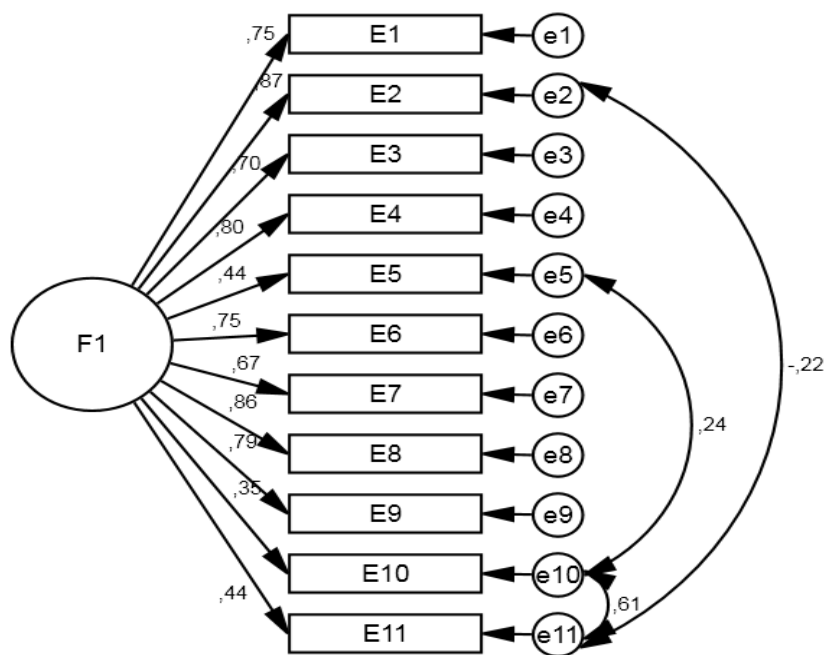


FIGURA 4. Coeficientes de regressão e correlações da estrutura unifatorial da *Escala de Rejeição à Intimidade*.

CAPÍTULO 5

Estudo III: Representação social sobre a reforma psiquiátrica e doente mental: Um estudo correlacional

Estudo III: Representação social sobre a reforma psiquiátrica e doente mental:

Um estudo correlacional

Nesse capítulo, serão apresentados o método e os resultados referentes à pesquisa realizada usando-se as escalas analisadas no Estudo I e II relacionadas com a representação social acerca da reforma psiquiátrica e do doente mental.

5.1 Objetivo geral

- Analisar as representações sociais de estudantes universitários sobre a reforma psiquiátrica e o doente mental relacionando-as com a adesão desses estudantes aos paradigmas de atenção em saúde mental e com o preconceito frente ao doente mental.

5.1.2 Objetivos específicos

- Comparar o posicionamento de estudantes universitários dos cursos de psicologia, medicina e enfermagem quanto aos paradigmas de atenção em saúde mental e quanto ao preconceito frente ao doente mental;
- Verificar a relação entre a adesão aos paradigmas de atenção em saúde mental e o preconceito frente ao doente mental;
- Identificar a estrutura da representação social da *reforma psiquiátrica* e do *doente mental* elaborada pelos estudantes dos cursos de psicologia, medicina e enfermagem a fim de descrever os elementos do núcleo central e periféricos constituintes dessas representações.

5.2 Método

5.2.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo não experimental, de campo e descritivo. Configurando-se como uma pesquisa de levantamento, uma vez que envolveu a interrogação direta de pessoas. E envolve uma abordagem de cunho quantitativo e qualitativo.

A pesquisa qualitativa, segundo Creswell (2010), constitui-se em um meio para explorar o significado que os indivíduos ou grupos atribuem a um problema social, busca um entendimento mais profundo e subjetivo do objeto de estudo. Enquanto que, a pesquisa quantitativa, conforme Landim, Lourinho, Lira e Santos (2006), aborda a dimensão mensurável da realidade e tem aplicação, do ponto de vista social, para alcançar grandes aglomerados de dados, classificando-os e tornando-os inteligíveis através de variáveis. É adequada para gerar medidas precisas e confiáveis, que permitam uma análise estatística apropriada para medir opiniões, atitudes, entre outros.

5.2.2 Amostra

Participaram dessa pesquisa 480 estudantes universitários distribuídos entre os cursos de psicologia, medicina e enfermagem de universidades públicas e privadas localizadas na cidade de João Pessoa-PB, sendo 160 estudantes de cada curso. Destes, 25,6% pertenciam ao sexo masculino e 74,4% pertenciam ao sexo feminino, apresentavam idade média de 24 anos ($DP = 5,98$) e 27,1% estavam cursando o quarto período; 35,8% o quinto; 22,7% o sexto e 14,4% o sétimo. A amostra foi selecionada por um procedimento não probabilístico, amostragem por conveniência (Cozby, 2009).

5.2.3 Instrumentos

Para a coleta de dados dessa pesquisa, utilizaram-se os seguintes instrumentos: a) Escala de Atitudes em Saúde Mental, b) Escala de Rejeição à Intimidade e c) Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP):

a) Escala de Atitudes em Saúde Mental: Esse instrumento foi validado no Estudo I e teve sua estrutura fatorial replicada no Estudo II. É composto por 15 itens, distribuídos em duas sub-escalas (paradigma biomédico e paradigma psicossocial), avalia a adesão aos paradigmas de atenção em saúde mental e seus itens estão organizados em formato Likert, variando de 1 (discorda plenamente) a 7 (concorda plenamente).

b) Escala de Rejeição à Intimidade: Esse instrumento foi validado no Estudo I e teve sua estrutura fatorial replicada no Estudo II. É composto por 11 itens e por um único fator (preconceito frente ao doente mental). Os itens descrevem situações cotidianas relacionadas à rejeição de proximidade com doentes mentais. Os participantes indicam o quanto se sentem constrangidos em cada situação descrita nesses itens numa escala que varia de 1 (nada constrangido) a 6 (muitíssimo constrangido).

c) Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP): Com o objetivo de identificar e descrever a estrutura da representação social da reforma psiquiátrica e do doente mental utilizou-se a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) (Apêndice 2). Trata-se de uma técnica amplamente usada nas pesquisas sobre as representações sociais, que visa identificar as dimensões latentes, através da configuração dos elementos que constituem a trama ou rede associativa dos conteúdos evocados em relação a cada estímulo indutor. Por tratar-se de uma técnica projetiva, os conteúdos latentes e não filtrados pela censura tornam-se salientes. A técnica consiste em solicitar aos participantes que digam as palavras ou expressões que lhes venham imediatamente à lembrança, quando for apresentado um estímulo indutor dado pelo pesquisador, na presente pesquisa os

estímulos indutores serão: *reforma psiquiátrica* e *doente mental*. Cabe acrescentar que as repostas devem ser registradas rapidamente pelos participantes, sem que haja tempo para reflexão e busca de palavras mais adequadas ou sofisticadas (Nóbrega & Coutinho, 2011).

5.2.4 Procedimento de coleta de dados e considerações éticas

Esta pesquisa atendeu às determinações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996), que traça as diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Foi devidamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS, sob o Protocolo nº. 0350/12. O certificado encontra-se em anexo (Anexo 3).

Após a obtenção da autorização para a realização da pesquisa pelo Comitê de Ética, a pesquisadora entrou em contato com as instituições onde pretendia realizar o estudo através dos coordenadores de cada curso, os quais indicaram professores e com estes combinou-se dia e horário para a realização da coleta de dados.

Os instrumentos foram administrados coletivamente nas salas de aula. Os aplicadores foram estudantes universitários treinados previamente para tal procedimento. Inicialmente, foram fornecidas informações aos possíveis participantes sobre o objetivo do estudo, a inexistência de respostas certas ou erradas, o direito de optar por participar ou não, e a garantia de anonimato. Após a comunicação dessas questões e mediante a aceitação dos estudantes em participar, obtida através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, iniciou-se a coleta de dados. O instrumento de coleta de dados estava organizado na seguinte ordem: Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), Escala de Atitudes em Saúde Mental, Escala de Rejeição à Intimidade e, por fim, os estudantes respondem um questionário sociodemográfico (idade, sexo, curso, instituição onde estuda) com o objetivo de caracterizar a amostra.

Antes de começar a TALP, a pesquisadora exemplificava o teste com uma palavra neutra como “futebol” e perguntava “O que lhes vem à mente quando eu digo a palavra futebol?” e citava alguns exemplos como, jogador, times, gol, jogo. Após essa exemplificação, falava-se sobre o tempo máximo para responder cada estímulo, o qual era de um minuto, e só então as palavras eram lidas, uma a uma, pelo aplicador. A TALP foi aplicado com os seguintes estímulos: reforma psiquiátrica e doente mental.

Cabe acrescentar que alguns pesquisadores pedem aos participantes que escolham, entre as palavras evocadas, a que eles consideram mais importante em relação ao estímulo indutor. Essa palavra, marcada como mais importante, é colocada em primeiro lugar na fila das evocações no banco de dados e as outras palavras são rearranjadas a partir daí. Isto é feito com o objetivo de se interferir no cálculo da ordem média de preferência das palavras, realizado pelo programa.

Para esse estudo, porém, considerou-se como palavra mais importante a que primeiro foi mencionada pelo participante, pelo fato de considera-se que a primeira palavra que vem à mente traduz mais fortemente os elementos latentes ou implícitos acerca do estímulo. Na medida em que o participante não tem tanto tempo para mascarar ou racionalizar, suas respostas aparecem mais salientes e não filtradas pela censura.

Após a aplicação da TALP, os participantes responderam a Escala de Atitudes em Saúde Mental, a Escala de Rejeição à Intimidade e o questionário sociodemográfico. O tempo médio para o preenchimento de todo o instrumento de coleta de dados foi de 20 minutos.

5.2.5 Análise dos dados

Os dados das escalas e do questionário sóciodemográfico foram tabulados e analisados por meio do Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS) para Windows

versão 21.0. Na análise das escalas, além de procedimentos estatísticos descritivos (média, desvio padrão, etc.), também foram realizadas análises de variâncias (ANOVA) e testes t com a finalidade de identificar as diferenças acerca do preconceito e adesão aos paradigmas biomédico e psicossocial entre os estudantes dos diferentes cursos. Foi realizada também uma correlação r de Pearson para verificar a relação entre os paradigmas biomédico e psicossocial e o preconceito. Na análise do questionário sóciodemográfico, utilizou-se frequências e porcentagens (estatística descritiva). Vale ressaltar que as distribuições das pontuações das variáveis utilizadas foram testadas por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov, para verificar se estas eram significativamente diferentes da normalidade; como não foram encontrados desvios significativos da normalidade, adotou-se testes estatísticos paramétricos. Cabe acrescentar ainda que hipótese de homogeneidade de variâncias também foi verificada, por meio do teste de Levene e este indicou que tal hipótese não foi violada (Field, 2009).

E, por fim, na TALP realizou-se a análise lexicográfica, a qual combina a frequência de emissão das palavras e/ou expressões com a ordem em que estas são evocadas. Esta técnica consegue dar conta do processo de delimitação dos elementos do núcleo central e periférico das representações sociais (Sá, 1996a). Essa análise é realizada pelo programa computacional EVOC (*Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations*), um *software* que compreende um conjunto de 16 subprogramas informatizados: Lexique, Trievoc, Nettoie, Rangmot, Listvoc, Aidecat, Catevoc, Redocat, Catini, Tricat, Statcat, Discat, Rangfrq, Complex, Rangmotp e Selevoc. Esse conjunto de subprogramas permite demonstrar graficamente as palavras pertencentes ao núcleo central e ao sistema periférico das representações sociais, identificando a frequência de aparecimento dos termos evocados e a ordem de aparecimento das respostas registradas (Saraiva, Vieira, & Coutinho, 2011).

5.3 Resultados

5.3.1 Adesão de universitários aos paradigmas de atenção em saúde mental

Na tabela abaixo, serão apresentados os dados referentes à pontuação dos estudantes de psicologia, medicina e enfermagem na Escala de Atitudes em Saúde Mental.

TABELA 3.

Média e desvio padrão de universitários na *Escala de Atitudes em Saúde Mental*

Cursos	Paradigma biomédico		Paradigma Psicossocial	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Psicologia	18,41	6,82	33,10	6,84
Medicina	24,32	7,06	31,18	5,15
Enfermagem	21,52	6,84	30,80	5,81

Como pode ser observado na tabela 3, os universitários dos três cursos apresentaram uma maior pontuação no paradigma psicossocial (psicologia: $t(158) = -16,46$, $p < 0,05$; medicina: $t(159) = -8,70$, $p < 0,05$; enfermagem: $t(158) = -11,02$, $p < 0,05$).

Embora todos os estudantes tenham apresentado maior pontuação no paradigma psicossocial, buscou-se verificar qual curso apresentou maior pontuação no paradigma biomédico e qual apresentou maior pontuação no paradigma psicossocial.

Uma ANOVA foi executada e indicou que há diferença entre as médias dos universitários no paradigma biomédico ($F(2,477) = 29,31$, $p < 0,001$), e Teste de Bonferroni esclareceu onde ocorreram as diferenças. Assim, há diferenças entre psicologia e medicina ($p < 0,001$), psicologia e enfermagem ($p < 0,001$), medicina e enfermagem ($p < 0,001$). Portanto, o curso que mais pontuou no paradigma biomédico foi o de medicina.

Quanto ao paradigma psicossocial, a ANOVA executada também indicou que havia diferença entre as médias dos universitários ($F(2, 475) = 6,79, p < 0,001$). O Teste de Bonferroni demonstrou diferença entre psicologia e enfermagem ($p < 0,001$) e entre psicologia e medicina ($p < 0,001$). Assim, os universitários de psicologia diferem significativamente dos de enfermagem e medicina quanto à pontuação no paradigma psicossocial; constituindo-se, portanto, nos estudantes que apresentam maior pontuação no paradigma psicossocial.

5.3.2 Escala de Rejeição à Intimidade e relação entre paradigmas de atenção em saúde mental e preconceito frente ao doente mental

A tabela abaixo, apresenta os dados referentes à pontuação dos universitários de psicologia, medicina e enfermagem na Escala de Rejeição à Intimidade.

TABELA 4.
Média e desvio padrão de universitários na *Escala de Rejeição à Intimidade*

Cursos	<i>M</i>	<i>DP</i>
Psicologia	20,33	9,09
Medicina	23,76	10,86
Enfermagem	22,83	9,45

Uma ANOVA indicou que as médias dos universitários diferem significativamente ($F(2,476) = 5,20, p < 0,001$), e o Teste de Bonferroni indicou que essa diferença ocorre entre psicologia e medicina ($p < 0,001$).

Portanto, a maior pontuação na escala, indicando um maior preconceito frente ao doente mental, foi observada entre os estudantes de medicina e a menor pontuação, indicando menor preconceito, foi observada entre os estudantes de psicologia.

Realizou-se uma correlação de Pearson entre os paradigmas de atenção em saúde mental e o preconceito frente ao doente mental. Os resultados apontaram uma correlação positiva entre o paradigma biomédico e o preconceito ($r = 0,24$, $p < 0,05$) e uma correlação negativa entre o paradigma psicossocial e o preconceito ($r = - 0,25$, $p < 0,05$).

5.3.3 Estrutura da representação social da *reforma psiquiátrica* e do *doente mental*:

Uma análise à luz da Teoria do Núcleo Central

Com a utilização da Técnica de Associação Livre de Palavras foi possível identificar e descrever a estrutura da representação social da reforma psiquiátrica e do doente mental elaborada por universitários dos cursos de psicologia, medicina e enfermagem. A análise de dados realizada pelo EVOC gerou um quadro de quatro casas para cada curso acerca de cada um dos estímulos. A partir de tal análise, foram elaboradas as figuras 5 e 6 contendo as palavras evocadas, frequência e ordem média de evocação. A seguir será apresentada a estrutura da representação social para cada um dos estímulos indutores, na seguinte ordem: reforma psiquiátrica e doente mental.

5.3.3.1 Estrutura da representação social da *reforma psiquiátrica*

A figura 5 contém os quadrantes relativos à estrutura central e periférica das representações sociais elaborada pelos estudantes de psicologia, medicina e enfermagem acerca da *reforma psiquiátrica*.

PSICOLOGIA				MEDICINA				ENFERMAGEM			
Núcleo Central		Sistema Periférico Próximo		Núcleo Central		Sistema Periférico Próximo		Núcleo Central		Sistema Periférico Próximo	
F ≥ 9 OME < 2,5		F ≥ 9 OME ≥ 2,5		F ≥ 9 OME < 2,5		F ≥ 9 OME ≥ 2,5		F ≥ 9 OME < 2,5		F ≥ 9 OME ≥ 2,5	
F OME		F OME		F OME		F OME		F OME		F OME	
Liberdade	18 2,27	Ajuda	16 3,06	Importante	12 2,41	CAPS	17 2,88	Mudança	57 2,19	CAPS	10 3,00
Melhora	24 2,29	CAPS	23 2,56	Mudança	45 2,28	Doido	11 3,36		Desinstitucionalização	11 2,81	
Mudança	34 1,97	Equipe		Necessária	40 2,05	Humanização	15 3,33		Direitos	12 2,83	
Necessária	25 1,96	Multidisciplinar	18 3,66	Novo	14 2,28	Inclusão social	23 3,39		Equipe		
		Inclusão social	25 3,72			Melhora	36 2,77		Multidisciplinar	11 3,36	
		Novo	17 3,29			Médico	32 2,78		Família	10 4,10	
		Humanização	35 3,31						Humanização	33 3,30	
									Inclusão social	41 3,51	
									Melhora	68 2,82	
									Novo	38 2,78	
								Respeito	10 2,90		
Sistema Periférico Próximo		Sistema Periférico Distante		Sistema Periférico Próximo		Sistema Periférico Distante		Sistema Periférico Próximo		Sistema Periférico Distante	
F < 9 OME < 2,5		F < 9 OME ≥ 2,5		F < 9 OME < 2,5		F < 9 OME ≥ 2,5		F < 9 OME < 2,5		F < 9 OME ≥ 2,5	
F OME		F OME		F OME		F OME		F OME		F OME	

FIGURA 5. Quadrantes das evocações acerca do estímulo *reforma psiquiátrica* elaboradas por estudantes de psicologia, medicina e enfermagem. F = frequência e OME = ordem média de evocações.

5.3.3.2 Estrutura da representação social do *doente mental*

A figura 6 apresenta os quadrantes referentes ao sistema central e sistema periférico das representações sociais elaboradas por estudantes de psicologia, medicina e enfermagem acerca do estímulo *doente mental*.

PSICOLOGIA			MEDICINA			ENFERMAGEM		
Núcleo Central		Sistema Periférico Próximo	Núcleo Central		Sistema Periférico Próximo	Núcleo Central		Sistema Periférico Próximo
F ≥ 9 OME < 2,5		F ≥ 9 OME ≥ 2,5	F ≥ 9 OME < 2,5		F ≥ 9 OME ≥ 2,5	F ≥ 9 OME < 2,5		F ≥ 9 OME ≥ 2,5
F OME		F OME	F OME		F OME	F OME		F OME
Doença	27 2,03	Ajuda 44 2,95	Doença	40 2,37	Agressivo 38 3,42	Doença	35 2,34	Agressivo 14 2,92
Doido	52 2,28	Hospital 32 2,59	Doido	65 2,00	CAPS 10 3,20	Doido	60 2,26	Amor 18 3,38
		Psicólogo 16 3,18	Esquizofrenia 18 2,22		Excluído 37 3,35			Excluído 32 2,96
		Psiquiatra 20 3,00	Problema 23 2,39		Família 16 3,62			Família 19 3,36
		Remédio 26 2,84			Hospital 35 2,68			Hospital 28 2,96
		Sufrimento 24 3,12			Perigoso 42 3,21			Inclusão 24 3,08
		Solidão 11 2,90			Preconceito 20 2,80			Internação 27 3,55
		Tratamento 30 2,86			Psiquiatra 47 2,74			Medo 16 3,12
					Remédio 50 3,26			Preconceito 17 3,11
					Sufrimento 20 3,15			Psiquiatra 17 2,88
								Remédio 28 3,39
								Sufrimento 41 3,29
								Tratamento 68 2,72
Sistema Periférico Próximo		Sistema Periférico Distante	Sistema Periférico Próximo		Sistema Periférico Distante	Sistema Periférico Próximo		Sistema Periférico Distante
F < 9 OME < 2,5		F < 9 OME ≥ 2,5	F < 9 OME < 2,5		F < 9 OME ≥ 2,5	F < 9 OME < 2,5		F < 9 OME ≥ 2,5
F OME		F OME	F OME		F OME	F OME		F OME

FIGURA 6. Quadrantes das evocações acerca dos estímulo *doente mental* elaboradas por estudantes de psicologia, medicina e enfermagem. F = frequência e OME = ordem média das evocações.

CAPÍTULO 6

Discussão

Discussão

Nessa seção, serão apresentadas as discussões referentes aos estudos que foram realizados nessa dissertação.

6.1 Validação e replicação da estrutura fatorial da Escala de Atitudes em Saúde Mental e da Escala de Rejeição à Intimidade

Inicialmente, realizou-se a validação da estrutura fatorial da Escala de Atitudes em Saúde mental e da Escala de Rejeição à Intimidade. Quanto à primeira escala, a sua versão inicial possuía 18 itens distribuídos entre dois fatores: paradigma biomédico e paradigma psicossocial. No entanto, as análises estatísticas sugeriram uma redução no número de itens dessa escala. A nova versão foi constituída por 15 itens, preservou a estrutura bifatorial, apresentou 7 itens no fator 1(paradigma biomédico) e 8 itens no fator 2 (paradigma psicossocial), ambos com índices de consistência satisfatórios (paradigma biomédico: $\alpha = 0,71$; paradigma psicossocial: $\alpha = 0,66$) (Pasquali, 2012). Sobre a replicação da estrutura fatorial, a estrutura bifatorial desta escala, proposta no Estudo I, foi confirmada.

Com relação à escala de Rejeição à Intimidade, procurou-se adaptar a versão original, que avalia o preconceito contra negros, para a avaliação do preconceito contra doentes mentais. As análises estatísticas sugeriram uma estrutura unifatorial, composta por 11 itens; o único fator foi denominado preconceito frente ao doente mental e apresentou índice de consistência satisfatório ($\alpha = 0,88$) (Pasquali, 2012). Quanto a replicação a estrutura fatorial, optou-se por adotar a estrutura unifatorial proposta no Estudo I, pelo fato de ser a mais parcimoniosa, tendo em conta que as cargas fatoriais de todos os itens foram elevadas (acima de 0,50) para esse único fator geral, além de tal

estrutura ser comumente adotada nos estudos que fazem uso desta escala (Pereira, Torres, Pereira, & Falcão, 2011; Rivera, 2009).

Dessa forma, considera-se adequada a utilização das medidas anteriormente descritas, podendo estas ser empregadas em pesquisas futuras. Assim, os resultados apresentados na presente dissertação podem ser considerados fidedignos.

6.2 Pontuação de universitários nas escalas e relação entre preconceito frente ao doente mental e os paradigmas de atenção em saúde mental

Os resultados referentes a pontuação dos universitários na Escala de Atitudes em Saúde Mental demonstraram, entre os estudantes dos três cursos, maior pontuação no paradigma psicossocial de atenção em saúde mental. Tal achado revela que esses universitários apresentam conhecimento acerca das novas práticas no campo da saúde mental, pautadas na reforma psiquiátrica, a qual busca a transição do paradigma biomédico, pautado na hospitalização, para o paradigma psicossocial, que propõe o retorno do sujeito em sofrimento psíquico para a família e para a comunidade, buscando oferecer as condições necessárias para que esse indivíduo possa exercer suas potencialidades e capacidades com autonomia (Costa & Trevisan, 2012; Wetzel, Kantorski, Olschowsky, Schneider, & Camatta, 2011).

Esse achado pode ser atribuído ao fato de o movimento da reforma psiquiátrica, desde 1970, buscar redirecionar a assistência em saúde mental preferencialmente para os serviços de base comunitária e, ao longo desses anos, apesar dos inúmeros desafios, mudanças terem sido alcançadas (Brasil, 2012; Guimarães et al., 2010).

Sobre isso, Tenório (2007) aponta que, ao longo dessas décadas, observaram-se a expansão dos CAPS (entre 2002 e 2011 o número de serviços desse tipo no território nacional mais que quadruplicou); a criação de uma rede de atenção diversificada para

atender as necessidades de tratamento e apoio de vida acarretadas pelo adoecimento psíquico; a criação de um arcabouço normativo bastante completo; a contínua diminuição do número de leitos psiquiátricos (entre 2002 e 2011 verificou-se uma redução de 19.109) e a incorporação de dois segmentos específicos da sociedade, antes negligenciados, pela saúde mental pública: as crianças e adolescentes e os dependentes químicos (Brasil, 2012).

Parente, Menezes, Branco, Sales e Parente (2013) acrescentam ainda como avanços o aumento no número de publicações científicas na área, a ampliação da contratação de profissionais para atuarem na área da saúde mental, a expansão da rede de serviços substitutivos e ações voltadas para a formação permanente de profissionais. E a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2010, propôs em seu relatório final ampliar, implantar, consolidar e fortalecer a rede de serviços em saúde mental em todo território nacional (SUS, 2010).

Tais transformações fazem com que a reforma psiquiátrica ganhe visibilidade na sociedade e, cada vez mais, seja conhecida pela população.

Diante dessa realidade, as universidades são requeridas a promover mudanças no processo de formação voltadas para o desenvolvimento de habilidades e práticas em congruência com a reforma psiquiátrica (Fernandes et al., 2009).

Pesquisa conduzida por Soares, Silveira e Reinaldo (2010), em sete universidades federais brasileiras, acerca dos campos de estágio para estudantes de enfermagem, referente à disciplina de saúde mental e enfermagem psiquiátrica, demonstrou que essa atividade prática acontece, preferencialmente, em serviços substitutivos, na busca de uma formação que contemple os princípios da reforma psiquiátrica.

Cabe mencionar, também, as mudanças implementadas pela Universidade São Francisco-SP, na graduação em medicina, no internado em psiquiatria. Tal instituição

adotou novas práticas pedagógicas, baseadas na educação problematizadora, a qual apoia-se nos processos de aprendizagem por descoberta, opondo-se a mera recepção de informação, na busca de desenvolver uma prática médica mais humana e integral, inserida nos preceitos da reforma psiquiátrica (Paulin & Poças, 2009).

Portanto, aos poucos, as universidades estão buscando contemplar em seus currículos temas referentes à atual política de saúde mental.

Dessa forma, ao longo desses trinta anos, apesar das dificuldades para a efetivação da reforma psiquiátrica, transformações vêm acontecendo. Os achados dessa pesquisa são animadores na medida em que corroboram essa tendência, revelando entre os participantes desse estudo conhecimento acerca da atuação em conformidade com a reforma psiquiátrica.

Embora todos os estudantes tenham apresentado maior pontuação no paradigma psicossocial, buscou-se verificar qual curso apresentou maior pontuação no paradigma biomédico e qual apresentou maior pontuação no paradigma psicossocial.

Uma ANOVA foi executada e indicou diferenças entre as médias dos universitários no paradigma biomédico ($F(2,477) = 29,31, p < 0,001$), e Teste de Bonferroni esclareceu onde ocorreram as diferenças. Observaram-se diferenças entre psicologia e medicina ($p < 0,001$), psicologia e enfermagem ($p < 0,001$), medicina e enfermagem ($p < 0,001$). Assim, o curso que mais pontuou no paradigma biomédico foi o de medicina.

Tal achado pode ser atribuído ao fato de tradicionalmente os cursos de medicina concentrarem sua ênfase na doença e não no indivíduo; o ensino ser essencialmente hospitalocêntrico (pouca ênfase em outros cenários de prática, como por exemplo a comunidade); não se ressaltar, durante a formação dos médicos, o papel social destes e haver ainda a redução de profissionais que apresentam uma visão holística do indivíduo,

devido ao predomínio das especializações, afirmam Gonçalves e Benevides-Pereira (2009).

As mudanças no campo da saúde exigiram novas práticas terapêuticas voltadas, por exemplo, para a compreensão biopsicossocial do adoecimento, bem como para o trabalho em equipe multidisciplinar. Diante disso, foram implementadas algumas mudanças na graduação em medicina enfatizando a integração de conteúdos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais do processo saúde-doença, bem como a inserção de estudantes em cenários diversificados de aprendizagem (Gonçalves & Benevides-Pereira, 2009; Nogueira, 2009).

Apesar das propostas de mudança na graduação em medicina, segundo Nogueira (2009), ainda observa-se resistência a essa transformação e em alguns casos a formação médica ainda privilegia aspectos mecanicistas, biologicistas e individualizantes.

Nessa direção, estudo realizado por Pagliosa (2006), com estudantes de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, revelou que esses universitários apresentavam uma forte conotação biológico sobre o entendimento do processo saúde-doença, sendo a compreensão do funcionamento do corpo uma das principais preocupações, com destaque para o estudo da Anatomia. Cabe ressaltar ainda que disciplinas como Antropologia/Sociologia foram consideradas de pouca importância por esses estudantes.

Assim, percebe-se que aspectos do paradigma biomédico ainda perpassam a formação médica, fato que, provavelmente, contribui para esses estudantes, quando comparados aos de psicologia e enfermagem, apresentarem uma maior adesão ao paradigma biomédico.

Quanto ao paradigma psicossocial, a ANOVA executada também indicou diferenças entre as médias dos universitários ($F(2, 475) = 6,79, p < 0,001$). O Teste de Bonferroni demonstrou diferenças entre psicologia e enfermagem ($p < 0,001$) e entre

psicologia e medicina ($p < 0,001$). Portanto, os universitários de psicologia apresentam uma maior adesão ao paradigma psicossocial.

Esse achado pode ser explicada pelo fato de a psicologia ser uma área de conhecimento que reconhece a importância de aspectos sociais, familiares, entre outros no fenômeno do adoecimento psíquico; ao passo que os cursos de medicina e enfermagem, quando comparados à psicologia, ainda priorizam aspectos biológicos.

Acerca dos cursos de medicina e enfermagem, Moretti-Pires e Bueno (2009) afirmam que a formação em tais áreas de conhecimento mantém-se centrada em uma visão reducionista da saúde e da doença; longe do enfoque totalizador de ser humano e pautando-se, principalmente, no modelo de ensino de técnicas e no desenvolvimento de competências, sem focar, na formação desses futuros profissionais, raciocínio crítico reflexivo para a ação junto ao paciente e no contexto social.

Quanto ao curso de psicologia, pesquisa conduzida por Gil e Tardivo (2007), com graduandos de tal área de conhecimento acerca da concepção de doença mental, revelou que a maioria desses acadêmicos considerava na compreensão do adoecimento psíquico aspectos ligados ao social, demonstrando uma visão mais abrangente acerca da doença mental e não reduzindo-a unicamente a aspectos orgânicos.

Dimenstein e Macedo (2012) acrescentam ainda que os desdobramentos do movimento da reforma psiquiátrica favoreceram a inserção do psicólogo na saúde pública, e foi a saúde mental o setor público onde a entrada desse profissional foi mais intensa. Dessa forma, os psicólogos foram uma das categorias mais beneficiadas com as mudanças na assistência em saúde mental, sendo um dos profissionais mais contratados ao longo das últimas décadas para trabalhar em instituições públicas.

Sobre isso, Dimenstein e Macedo (2011) afirmam que o setor das políticas públicas constitui-se como um importante campo de empregabilidade para a psicologia.

Tal fato se deve a ampla abertura de postos de trabalho para essa categoria nas políticas, programas e projetos sociais ligados à saúde mental; e também ao processo de interiorização da psicologia no Brasil, o que promoveu a ampliação do mercado de trabalho. Quanto ao processo de interiorização, este está relacionado à atual configuração das políticas de saúde mental, pode-se citar como exemplo a crescente abertura de Centros de Atenção psicossocial (CAPS) no interior do país (Brasil, 2012).

Diante desse contexto, houve investimentos por parte dos Conselhos Federais de Psicologia em termos da abertura de cursos de graduação e de sua redefinição político e pedagógica, na busca de atender as demandas da saúde pública, em especial da saúde mental (Dimenstein & Macedo, 2012).

Assim, a psicologia vem buscando uma formação/atuação congruente com a atual configuração do campo de saúde mental do país, pautada na reforma psiquiátrica, visto que tal campo constitui-se um amplo e crescente mercado de atuação (Souza & Delevati, 2013).

Porém, a concepção errônea de psicologia da saúde como ligada unicamente ao modelo clínico de cunho individual e curativista ainda se faz presente durante a formação de muitos psicólogos e conforme Ribeiro e Luzio (2008), muitos cursos de graduação ainda não abarcaram na sua grade curricular temas relacionados ao Sistema Único de Saúde (SUS), reforma psiquiátrica, políticas públicas, entre outros; tal situação tem como consequência a formação de profissionais despreparados e que proporcionam poucos avanços à consolidação da reforma psiquiátrica (Dimenstein & Macedo, 2011).

Mas, algumas experiências tem buscado superar tais problemas e provocar mudanças na formação do psicólogo, pode-se citar como exemplo as residências multiprofissionais, Programas de Educação pelo trabalho para a Saúde ou Saúde Mental (PET), a inserção precoce de estudantes em campos de estágio ligados a saúde mental,

incorporação de debates acerca da atual configuração da saúde mental, entre outros, os quais buscam auxiliar no desenvolvimento de práticas convergentes com a atual política de saúde mental do país (Dimenstein & Macedo, 2012).

Pode-se pontuar, portanto, que a trajetória da psicologia na saúde mental tem um papel relevante na maior adesão dos universitários de tal curso ao paradigma psicossocial.

Sobre o preconceito frente ao doente mental, a pontuação na Escala de Rejeição à Intimidade demonstrou que o curso de psicologia apresenta menor preconceito e o de medicina apresenta maior preconceito.

Tal achado pode ser justificado pelo fato de o curso de psicologia, por ser mais psicossocial, perceber o doente mental enquanto um indivíduo com limitações e potencialidades. Ao passo que o curso de medicina, por ser mais biomédico, apresenta uma concepção do doente mental atrelada ao fenômeno do adoecimento.

Os resultados apontaram ainda uma correlação positiva entre o paradigma biomédico e o preconceito e uma correlação negativa entre o paradigma psicossocial e o preconceito.

Portanto, um maior preconceito frente ao doente mental está associado a uma menor adesão ao paradigma psicossocial, que norteia as práticas da reforma psiquiátrica.

Semelhante à presente pesquisa, estudos apontam (Azevedo & Ferreira-Filha, 2012; Andrade et al., 2010) o preconceito frente ao doente mental como uma das dificuldades para a efetivação da reforma psiquiátrica.

Conforme acentuam Azevedo e Ferreira-Filha (2012), o preconceito frente a pessoa com transtorno mental constitui-se como um dos principais entraves para a efetivação da reforma psiquiátrica, na medida em dificulta o desenvolvimento das práticas de inclusão social.

Sobre isso, podem-se citar as barreiras impostas à implantação dos serviços substitutivos em áreas residenciais. Martins, Peres, Oliveira, Stipp e Almeida-Filho (2013) realizaram um estudo sobre os problemas enfrentados pela prefeitura de Volta Redonda-RJ para a implantação do serviço de residência terapêutica e identificaram dificuldades no aluguel da casa, pois os proprietários não queriam alugar seus imóveis para esse fim e na aceitação da comunidade, que fez um abaixo assinado para não permitir a implantação do serviço.

Cabe mencionar também a dificuldade de inserção do doente mental no mercado de trabalho, que para Delevati e Palazzo (2008) está relacionada a visão preconceituosa dos empregadores acerca da doença mental. Estudo realizado por esses autores demonstrou que empresários da cidade do Rio Grande do Sul enxergam o doente mental como irrecuperável, perigoso e diferente das demais pessoas da sociedade, devendo, portanto, ser mantido afastado.

No dizer de Andrade et al. (2010), na medida em que a reforma psiquiátrica busca produzir um novo espaço social para os indivíduos portadores de transtorno mental, objetiva também transformar o lugar assumido pela loucura ao longo dos tempos no imaginário social e esse tem sido um dos principais desafios, pois busca alterar significados arraigados na sociedade ao longo de anos.

Vale salientar que essa compreensão estigmatizada da loucura, disseminada ao longo dos tempos, está vinculada ao paradigma biomédico, o qual tem como base o tratamento da doença mental através do afastamento do meio social e da institucionalização em hospitais psiquiátricos. Nesse contexto, a compreensão da doença mental está associada a algo negativo, como um incômodo para a sociedade, como algo estranho, diferente, que representa perigo devendo, portanto, ser excluído (Azevedo & Ferreira-Filha, 2012; Costa-Rosa, 2006).

Já o paradigma psicossocial direciona a atual política de saúde mental, pautada na reforma psiquiátrica, e busca a substituição do hospital psiquiátrico por um modelo assistencial comunitário, buscando a reinserção social do doente mental. Nessa perspectiva, concebe-se esse indivíduo como alguém que está inserido em uma família e em uma comunidade, as quais constituem ferramentas terapêuticas. Busca-se, portanto, uma nova abordagem ao fenômeno da doença mental, através da valorização do ser humano e de sua vida cotidiana (Costa-Rosa, 2006; Fiorati & Saeki, 2013).

Diante do exposto, a associação positiva entre o paradigma biomédico e preconceito e a associação negativa entre o paradigma psicossocial e o preconceito podem ser atribuídas às concepções de doença mental e formas de tratamento preconizadas por tais paradigmas.

Vale ressaltar que apesar de, na atualidade, o paradigma psicossocial ser o que norteia as práticas de assistência em saúde mental, ainda observam-se muitas barreiras para a sua real efetivação, sendo ainda bastante presente em nossa sociedade a visão do doente mental como perigoso, ameaçador e que deve ser institucionalizado em hospitais psiquiátricos. Para Martins et al. (2013), essa visão contribui para o preconceito, causando impacto na forma como a sociedade interage com o doente mental (Maciel et al., 2011).

Diante do exposto, cabe assinalar que identificar aspectos associados à dificuldade de efetivação da reforma psiquiátrica, entre estudantes universitários, é relevante por apontar fatores relacionados aos problemas de implantação de tal política, enquanto esses indivíduos estão em processo de formação para o mercado de trabalho, havendo tempo para intervenções.

6.3 Representação social da *reforma psiquiátrica* e do *doente mental*

A seguir, serão apresentadas as discussões referentes a estrutura da representação social da reforma psiquiátrica e do doente mental.

6.3.1 Estrutura da representação social da *reforma psiquiátrica*

Nos quadrantes superiores esquerdos da figura 5, podem-se observar as evocações que correspondem ao núcleo central da representação social da reforma psiquiátrica construída pelos estudantes universitários dos cursos de psicologia, medicina e enfermagem.

Ao analisar tais evocações, percebe-se que o termo *mudança* está presente no núcleo central da representação social dos três cursos. Fato que demonstra, entre esses universitários, a compreensão da reforma psiquiátrica enquanto algo que propõe transformações na assistência em saúde mental.

Ainda quanto à composição ao núcleo central, observa-se, entre os estudantes de psicologia e medicina, a presença de outras palavras, tais como *melhora*, *necessária*, *importante* e *novo*, que exprimem uma compreensão da reforma enquanto algo positivo e que corresponde a atual política de saúde mental. Verifica-se também a evocação *liberdade*, fazendo referência à desospitalização.

Calgaro e Souza (2009) assinalam que a atual política de saúde mental, pautada na reforma psiquiátrica propõe alternativas substitutivas ao modelo hospitalocêntrico, o qual tem como base a custódia e a segregação, mediante a implantação de uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, buscando a integração do indivíduo em sofrimento psíquico ao meio social.

Portanto, a mudança proposta por essa nova política de saúde mental consiste na transição do paradigma biomédico, centrado na internação em instituições psiquiátricas;

para o paradigma psicossocial, baseado nos serviços extra-hospitalares de base comunitária (Costa-Rosa, 2006).

Abric (2001a) afirma que o núcleo central é o elemento unificador e estabilizador da representação social. Nesse sentido, tais expressões que compõem o núcleo central denotam entre esses estudantes um entendimento acerca das propostas gerais da reforma psiquiátrica. O que corrobora com os dados encontrados por meio da Escala de Atitudes em Saúde Mental, estes indicaram maior pontuação no paradigma psicossocial entre os estudantes dos três cursos.

No que se refere ao sistema periférico, nota-se, entre os três cursos, a presença de termos que fazem menção a aspectos que caracterizam assistência em saúde mental pautada na reforma psiquiátrica, estes são *CAPS, inclusão social, humanização, família, direitos, ajuda, respeito, melhora e desinstitucionalização*. Abric (2001b) afirma que os elementos do sistema periférico são responsáveis pela concretização do sistema central, no que se refere às tomadas de posição e de condutas; dessa forma, orientam as práticas dos estudantes do presente estudo em congruência com a reforma psiquiátrica.

Semelhante aos dados dessa pesquisa, estudo conduzido por Barros e Claro (2011) com estudantes de enfermagem, permitiu identificar entre esses universitários, durante as aulas práticas da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, atitudes terapêuticas reabilitatórias para com a população assistida, demonstrando conhecimento acerca de uma atuação conforme preconiza a reforma psiquiátrica.

Cabe ressaltar ainda quanto aos elementos periféricos, que a palavra *equipe multidisciplinar* foi verificada entre os estudantes de psicologia e enfermagem, acentuando a importância do trabalho em equipe; ao passo que entre os estudantes de medicina verificou-se a evocação *médico*, denotando uma compreensão da assistência centralizada na figura do médico característica do paradigma biomédico (Costa-Rosa,

2006). Tal dado corrobora o fato de o curso de medicina ter apresentado maior pontuação no paradigma biomédico, quando comparado aos demais.

Verificou-se ainda o termo *doido*, entre os estudantes de medicina, que remete a uma conotação negativa e demonstra a não percepção do indivíduo em sofrimento psíquico como alguém capaz e que tem potencialidades, estando esse termo também vinculado ao paradigma biomédico (Costa-Rosa, 2006; Maciel, 2007).

Sobre isso, Ciuffo e Ribeiro (2008) ressaltam que a formação médica é tradicionalmente perpassada pelo modelo biomédico, porém, devido às mudanças no campo da saúde, reformulações curriculares nos cursos de medicina estão acontecendo e tais iniciativas apontam um abalo na hegemonia do modelo biomédico; mas, conforme os autores, mudar algo que vem se sustentando ao longo de anos não é uma tarefa fácil.

6.3.2 Estrutura da representação social do *doente mental*

Em cada quadrante superior esquerdo da figura 6, encontram-se as evocações que correspondem ao núcleo central da representação social acerca do doente mental elaborada pelos universitários.

Observa-se que entre os estudantes dos três cursos os termos *doença* e *doido* aparecem como elementos constituintes do núcleo central. Cabe destacar que os estudantes de medicina, além de tais palavras, apresentam ainda as evocações *esquizofrenia* e *problema* no núcleo central. Segundo Abric (1993), os elementos do núcleo central são determinados por aspectos históricos e ideológicos, além de serem responsáveis pela continuidade, consistência e permanência da representação

A evocação *doença* faz referência a alguém que precisa de cuidados, assistência; revelando uma concepção de doença mental como vinculada a apropriação do saber médico, que detém o poder de cura. Já a evocação *doido* é usada em nossa cultura como

sinônimo de louco e apresenta uma conotação negativa, conforme Maciel (2007), denotando o pouco valor que a sociedade atribui ao doente mental (Maciel et al., 2011).

Entre os estudantes de medicina, observou-se também, no núcleo central, a presença das palavras *esquizofrenia* e *problema*. A primeira evocação faz referência à compreensão do indivíduo em sofrimento psíquico enquanto uma doença, não percebendo-o enquanto sujeito; destaca-se aqui a presença do diagnóstico/ rotulação, característico do paradigma biomédico. Já a segunda está ligada a uma concepção negativa do doente mental fortemente arraigada em nossa sociedade.

Sobre tais aspectos, Maciel et al. (2008) pontua que, ainda hoje, o portador de sofrimento psíquico é enxergado de forma negativa na sociedade, sendo este indivíduo considerado como sem razão/sem juízo, agressivo e, portanto, perigoso e incapaz de viver em sociedade, precisando ser excluído da família e do meio social e mantido em instituições psiquiátricas, sob a tutela do saber médico.

Em suma, os elementos constituintes do núcleo central da representação do doente mental elaborada pelos três cursos remetem a uma representação social perpassada pelo paradigma biomédico e marcada pelo preconceito.

Quanto aos elementos do sistema periférico próximo, observam-se, entre os três cursos, palavras que demonstram uma compreensão do doente mental atrelada ao paradigma biomédico, tais como *hospital*, *psiquiatra*, *psicólogo*, *remédio*, *internação* e *tratamento*. O que parece ser um desdobramento dos elementos do núcleo central, reforçando uma compreensão do doente mental atrelada ao modelo ultrapassado de assistência, que tem como base a medicalização, hospitalização e tutela; fato associado à dificuldade de superação do paradigma biomédico, conforme ainda se observa em nossa sociedade.

Estudo realizado por Fiorati e Saeki (2013) sobre a efetivação do paradigma psicossocial nos serviços extra-hospitalares de Ribeirão Preto, SP, revelou que nessas instituições as formas de cuidado ainda refletem a terapêutica médico-clínica e medicamentosa, de caráter estritamente biológico, desvalorizando ações de reabilitação psicossocial.

Observaram-se também, entre os três cursos, evocações como *sofrimento*, *excluído*, *solidão*, que parecem remeter a uma compreensão acerca da dificuldade de inserção social vivenciada pelos doentes mentais.

Pesquisa realizada por Salles e Barros (2009), sobre a vida cotidiana de pessoas acometidos por transtornos mentais, identificou entre os participantes dificuldades de manter a rede social de amigos e o trabalho, bem como o fato de a doença mental estar associada a um vazio para a vida do indivíduo.

Cabe destacar que, entre os estudantes de medicina e enfermagem, observou-se ainda a presença de termos como *preconceito*, *agressivo*, *perigoso* e *medo*, revelando uma concepção do doente mental vinculada ao estereótipo de periculosidade, que, conforme Sadow e Ryder (2008), constitui-se um dos estereótipos mais comumente associados à doença mental.

Sobre isso, pesquisa realizada por Oliveira et al. (2011), com estudantes de enfermagem, revelou que tais acadêmicos percebiam o doente mental como agressivo e perigoso, como também foram verificados relatos de medo e receio por parte dos estudantes durante a realização dos estágios em saúde mental.

Por fim, entre os estudantes dos três cursos, foram identificadas palavras como *família*, *amor*, *ajuda*, *CAPS* e *inclusão*. As palavras *CAPS*, *família* e *inclusão* fazem referência a aspectos que caracterizam atuação em congruência com a reforma

psiquiátrica e as evocações *amor* e *ajuda* realçam sentimentos de acolhimento e humanização, também característicos da atual política de saúde mental.

Conforme Sá (1996a), uma das funções dos elementos periféricos é a regulação, a qual se refere ao papel de adaptação da representação social às evoluções do contexto, sendo na periferia o local onde são absorvidas as novas informações susceptíveis de colocar em questão o núcleo central.

Assim, tais evocações remetem ao fato de essa concepção de sofrimento psíquico conforme o paradigma psicossocial está sendo, aos poucos, assimilada por esses sujeitos.

Diante desses achos, pode-se concluir que esses universitários apresentam uma ambiguidade quanto à compreensão dos preceitos da reforma psiquiátrica; pois demonstram conhecimento acerca das práticas que pautam esse novo modelo de assistência em saúde mental, observado através da maior pontuação no paradigma psicossocial e da representação social elaborada acerca da reforma, a qual contém os elementos que caracterizam essa nova política de saúde; mas apresentam uma representação social do doente mental preconceituosa e vinculada ao paradigma biomédico. Tal dado parece ser um reflexo da atual situação do campo da saúde mental, na qual o paradigma biomédico não foi totalmente superado e nem o paradigma psicossocial totalmente assimilado, resultando em uma conviência lado a lado dos dois paradigmas, conforme afirmam Borges e Luzio (2010).

Cabe mencionar que tal confusão quanto à assimilação dos preceitos da reforma psiquiátrica também foi verificada por Castro (2009) entre profissionais de um CAPS e de um manicômio judiciário, tais profissionais apresentavam discursos marcados pelo paradigma psicossocial e uma prática característica do paradigma biomédico.

Sobre isso, Rabelo e Torres (2005) afirmam que devido a atual situação de transição paradigmática, os trabalhadores da saúde mental apresentam uma compreensão

contraditória acerca da reforma psiquiátrica, observando-se, entre esses profissionais, um divórcio entre o discurso oficial e a prática.

Cabe mencionar ainda que a presente pesquisa demonstrou uma correlação positiva entre preconceito frente ao doente mental e adesão ao paradigma biomédico, sendo tal tendência corroborada na análise das representações sociais; uma vez que os cursos de medicina e enfermagem foram os que apresentaram maior adesão ao paradigma biomédico (quando comparados com psicologia) e verificou-se nas representações sociais elaboradas por esses estudantes evocações que remetem a uma concepção mais preconceituosa do doente mental, quando comparada à psicologia.

Entre os estudantes de medicina e enfermagem foram observadas palavras como *medo*, *agressivo* e *perigoso*, as quais expressam receio em interagir e maior distanciamento, dificultando o processo de inserção social dos indivíduos acometidos por transtornos mentais.

Sobre isso, Azevedo (2010) aponta que os estereótipos que a sociedade mantém acerca da doença mental, tais como o de periculosidade e agressividade, são fatores que tem dificultado o desenvolvimento das práticas de inclusão social, seja por parte da sociedade, dos familiares e até mesmo dos próprios profissionais da rede de assistência; mostrando-se urgente a necessidade de desconstrução da concepção de loucura impregnada ao longo dos anos na sociedade.

Segundo Pacheco (2011), vive-se hoje uma transição de modelos de atenção em saúde mental, considerando que se busca superar o modelo hospitalocêntrico em vista de um modelo de reabilitação social. Entretanto, mesmo com todo trabalho realizado para consolidação de uma política nacional de saúde mental voltada para a desinstitucionalização, o modelo anterior não foi superado. Pode-se dizer que sobrevive ainda o “desejo de manicômio”.

Assim, os universitários de psicologia, medicina e enfermagem demonstraram conhecer as estratégias que norteiam as práticas da reforma psiquiátrica, porém apresentaram concepções impregnadas de preconceito em relação ao doente mental, fator associado a uma dificuldade de efetivação da reforma psiquiátrica. Dessa forma, os participantes desse estudo revelaram uma concepção ambígua da reforma psiquiátrica, a qual parece ser um reflexo a atual configuração do campo da saúde mental, marcada pela convivência do paradigma biomédico e psicossocial.

CAPÍTULO 7

Considerações finais

Considerações finais

Diante da atual configuração da assistência em saúde mental, marcada pela busca de uma nova forma de produzir cuidados, essa dissertação organizou-se ao longo de três estudos para a consecução do objetivo central de: analisar as representações sociais de estudantes universitários sobre a reforma psiquiátrica e o doente mental relacionando-as com a adesão aos paradigmas de atenção em saúde mental e com o preconceito frente ao doente mental.

Sobre a adesão aos paradigmas de atenção em saúde mental, os resultados apontaram, entre os universitários dos três cursos, maior pontuação no paradigma psicossocial, demonstrando que esses estudantes apresentam conhecimento sobre as práticas no campo da saúde mental, pautadas pela reforma psiquiátrica.

Ao analisar-se, entre os cursos, qual mais adere ao paradigma psicossocial e qual mais adere ao paradigma biomédico, identificou-se o curso de psicologia como o mais psicossocial e o de medicina como o mais biomédico. Atribuiu-se tal classificação a aspectos ligados a história de tais cursos. O curso de medicina, ao longo do tempo, esteve perpassado por uma visão biomédica, que embora esteja mudando, ainda se faz muito presente na formação dos futuros médicos. Já o curso de psicologia apresenta uma concepção do adoecimento psíquico ligada a aspectos psicossociais; cabe acrescentar ainda que o fato de a inserção a psicologia na saúde pública estar atrelada à reforma psiquiátrica favoreceu a busca de uma formação/atuação em congruência com esse modelo de assistência.

Os achados desse estudo indicaram ainda que os estudantes de medicina são os que apresentam maior preconceito frente ao doente mental e os estudantes de psicologia são os que apresentam menor preconceito. Os acadêmicos de medicina, os quais

apresentam maior adesão ao paradigma biomédico, veem o doente mental enquanto um enfermo que precisa de assistência; enquanto que os universitários de psicologia, os quais apresentaram maior adesão ao paradigma psicossocial, percebem a pessoa com transtorno mental de forma mais abrangente e não ligada unicamente ao fenômeno do adoecimento.

Corroborando a tendência mencionada acima, os resultados apontaram também uma correlação positiva entre o paradigma biomédico e o preconceito e uma correlação negativa entre o paradigma psicossocial e o preconceito.

Acerca das representações sociais, cabe mencionar que a representação social da reforma psiquiátrica elaborada pelos universitários demonstrou uma compreensão por estes das práticas dessa política de assistência em saúde mental. Dado que foi corroborado pelo fato de os universitários terem apresentado maior pontuação no paradigma psicossocial. Cabe ressaltar, porém, entre os estudantes de medicina a presença de evocações que fazem menção ao paradigma biomédico, confirmando o achado de que, entre os três cursos pesquisados, este é o que mais adere ao paradigma biomédico.

Quanto à representação social do doente mental, observou-se, entre os três cursos, uma visão marcada pelo preconceito e vinculada ao paradigma biomédico. Foi possível identificar entre os estudantes de medicina e enfermagem uma compreensão mais marcada pelo preconceito acerca do doente mental, quando comparados à psicologia. Corroborando o fato de os acadêmicos de psicologia apresentarem menor preconceito frente a doente mental quando comparados aos demais.

Esses resultados apontaram, entre os participantes desse estudo, uma compreensão ambígua acerca dos preceitos da reforma psiquiátrica; uma vez que esses estudantes demonstraram conhecer as práticas que norteiam a atual política de saúde mental, mas revelaram uma concepção de doente mental vinculada ao paradigma biomédico e perpassada pelo preconceito. Esse resultado parece ser um reflexo da atual configuração

do campo da saúde mental no país, conforme a qual o paradigma psicossocial não está totalmente estabelecido e nem o paradigma biomédico de fato superado, resultando em uma convivência simultânea de tais modos de produzir cuidado.

Uma vez que verificou-se, entre os universitários desse estudo, uma concepção de dente mental marcada pelo preconceito, cabe questionar o papel das universidades acerca da formação para atuação na saúde mental, fazendo-se necessárias ações que possibilitem a desconstrução da concepção de loucura arraigada na sociedade ao longo dos tempos, a qual dificulta o processo de reintegração social das pessoas em sofrimento psíquico e, por conseguinte, o estabelecimento da reforma psiquiátrica.

Vale questionar ainda de que forma está se dando a formação médica para a atuação na saúde mental, já que, nesse estudo, tais universitários foram os que apresentaram uma maior adesão ao paradigma biomédico e maior preconceito frente ao doente mental; tal achado parece denotar uma dificuldade de apropriação do paradigma psicossocial, pelo fato de ele abalar diretamente a hegemonia do poder médico.

Cabe acrescentar que tal hegemonia esteve presente ao longo dos anos em nossa sociedade e atualmente, foi reafirmada pela aprovação no Congresso Nacional da Lei do Ato Médico, a qual versa acerca da regulação das práticas profissionais dos médicos e restringe alguns procedimentos da área da saúde como exclusivos a tais profissionais. O que determina uma hierarquia entre a medicina e as demais profissões, fortalecendo uma atuação centrada na figura do médico, tal ideia vai completamente de encontro aos preceitos da reforma psiquiátrica.

Cabe sublinhar que o campo da saúde mental vem passando por importantes transformações e, entre avanços e retrocessos, mudanças importantes foram alcançadas, como por exemplo no âmbito social, legal e da assistência; porém, sabe-se que ainda há muito o que ser realizado para que o doente mental possa ser de fato integrado à

sociedade. Certamente, um dos elementos fundamentais para a concretização de tal processo é a desconstrução da concepção negativa e preconceituosa acerca do fenômeno da doença mental que se mantém na sociedade ao longo dos tempos. Pois parece ser pouco efetivo investir em várias estratégias de cuidar em liberdade, se na mente e nas atitudes a sociedade está impregnada de ideias preconceituosas em relação ao doente mental.

Diante de tais aspectos, é coerente assumir que o preconceito frente a pessoa com transtorno mental representa um dos grandes desafios para o estabelecimento da reforma psiquiátrica, demandando tempo, dedicação e persistência para a sua superação.

Cabe pontuar ainda que a superação por completo do paradigma biomédico e o estabelecimento total do paradigma psicossocial talvez não seja algo viável, tendo em vista que ambos modelos de assistência em saúde mental podem apresentar pontos importantes para uma atuação no âmbito da saúde mental, em algumas situações a precisão e a objetividade, características do paradigma biomédico, por exemplo, podem ser importantes. Cabe apontar como um dos caminhos possíveis, uma formação profissional que envolva os pontos importantes de ambos os paradigmas e, sobretudo, gere profissionais críticos, reflexivos e que busquem, acima de tudo, o melhor para o paciente, o elemento central de todo esse processo.

Há a necessidade de novos estudos acerca dessa temática que envolvam outros setores da sociedade, tais como os profissionais de saúde e a população geral, uma vez que todos estes tem uma papel fundamental no processo de inserção social do doente mental. Ou ainda, algo que envolva os professores universitários, uma vez que estes são essências na formação dos profissionais que atuarão na saúde mental.

Por fim, vale salientar que os achados dessa pesquisa são importantes por permitirem a identificação de como os futuros profissionais, que atuarão na área da saúde mental, em tempos de reforma psiquiátrica, compreendem e encaram as mudanças no

âmbito da saúde mental e em que estarão pautadas suas futuras práticas. Nesse contexto, cabe ressaltar ainda o importante papel das universidades na formação desses futuros profissionais, através da inclusão de temas relacionados às atuais políticas de saúde mental nas em suas grades curriculares.

REFERÊNCIAS

- Abric, J. C. (1993). Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations. *Papers on Social Representations*, 2(2), 75-78. Recuperado de: http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR1993/2_1993Abric.pdf
- Abric, J. C. (2001a). O estudo experimental das representações sociais. In D. Jodelet (Org.), *As Representações Sociais* (pp.155-172). Rio de Janeiro: UERJ.
- Abric, J. C. (2001b). A structural approach to social representations. In K. Deaux & G. Philogène (Eds.), *Representations of the social* (pp. 42-47). Oxford, UK: Blackwell.
- Alexandre, M. (2004). Representação Social: uma genealogia do conceito. *Revista Comum*, 10 (23), 122-138. Recuperado de: <http://www.sinpro-rio.org.br/imagens/espaco-do-professor/sala-de-aula/marcos-alexandre/Artigo7.pdf>
- Allport, G. (1954). *The nature of prejudice*. Cambridge: Addison-Wesley.
- Amarante, P. (1995a). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Amarante, P. (1995b). Novos Sujeitos, Novos Direitos: O debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 11 (3), 491-494. doi: 10.1590/S0102-311X1995000300024
- Amarante, P. (2009). Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1 (1), 1-7. Recuperado de: <http://www.incubadora.ufsc.br/index.php>
- Andrade, M. T. M., Medeiros, E. F., & Patriota, L. M. (2010). A reforma psiquiátrica na prática e a prática da reforma psiquiátrica: Um estudo a partir das percepções dos profissionais do CAPSI (centro campinense de intervenção precoce) de Campina Grande – PB. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 2(4), 47-59. Recuperado de: <http://www.incubadora.ufsc.br>

- Aragão, T. N. (2008). Reforma Psiquiátrica: A construção de um novo paradigma em saúde mental. Monografia. Centro Universitário de Brasília, Brasília.
- Arruda, A. (2002). A teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cadernos de Pesquisa*, 117, 127-147. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/cp/n117/15555.pdf>
- Azevedo, D. M., & Miranda, F. A. N. (2012). Teoria das representações sociais e ALCESTE: contribuições teórico-metodológicas na pesquisa qualitativa. *Saúde & Transformação Social*, 3(4), 4-10. Recuperado de: <http://www.incubadora.ufsc.br>
- Azevedo, E. B. (2010). *Rede de cuidado da saúde mental: Tecendo práticas de inclusão social no município de Campina Grande-PB*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Azevedo, E. B., & Ferreira-Filha, M. O. (2012). Práticas inclusivas na rede de atenção à saúde mental: Entre dificuldades e facilidades. *Revista Ciência e Saúde*, 5(2), 60-70. Recuperado de: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view>
- Barbosa, T. R. S. (2010). *Estigma face à doença mental por parte de futuros Profissionais de saúde mental*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal.
- Barros, R. E. M. (2012). *“Re-internações psiquiátricas-influência de variáveis sócio-demográficas, clínicas e de modalidades de tratamento”*. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP.
- Barros, S., & Claro, H. G. (2011). Processo ensino aprendizagem em saúde mental: o olhar do aluno sobre reabilitação psicossocial e cidadania. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 700-707. doi 10.1590/S0080-62342011000300022
- Barroso, S. M., & Silva, M. A. (2011). Reforma Psiquiátrica Brasileira: O caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. *Revista da SPAGESP*, 12 (1), 66-78. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v12n1/v12n1a08.pdf>

- Berlinck, M. T., Magtaz, A. C., & Teixeira, M. (2008). A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11 (1), 21-27. doi: 10.1590/S1415-47142008000100003
- Bertolino Neto, M. M. (2011). *Atenção em saúde mental: Identificação e acompanhamento de pessoas com problemas de saúde mental por equipes da Estratégia de Saúde da Família*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Birman, J., & Costa, J. (1994). Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In P. Amarante (Ed.), *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (pp.41–72). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Borges, C. F., & Baptista, T. W. F. (2008). O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (2), 456-468. doi:10.1590/S0102-311X2008000200025
- Borges, R. F., & Luzio, C. A. (2010). Pesquisa qualitativa em saúde mental: Alguns apontamentos. *Revista de Psicologia da UNESP* 9(1), 14-23. Recuperado de: <http://www.assis.unesp.br>
- Brasil, Ministério da Saúde. CNS. (1996). *Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos*.
- Brasil. (2012). *Saúde Mental em Dados - 10*. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.
- Brown, R. (1995). *Prejudice: Its social psychology*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modeling with Amos: Basic concepts, applications, and programming*. New York: Routledge.
- Cabecinhas, R. (2004). Representações sociais, relações intergrupais e cognição social. *Paidéia*, 14(28), 125-137. doi: 10.1590/S0103-863X2004000200003

- Calgaro, A., & Souza, E. N. (2009). Percepção do enfermeiro acerca da prática assistencial nos serviços públicos extra-hospitalares de saúde mental. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30 (3), 476-483. Recuperado de <http://seer.ufrgs.br>
- Castel, R. (1978). *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienado*. Rio de Janeiro: Graal.
- Castro, U. R. (2009). *Reforma Psiquiátrica e o louco infrator: novas ideias e velhas práticas*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO.
- Chaves, A. M., & Silva, P. L. (2011). Representações Sociais. In L. Camino, A. R. R. Torres, M. E. O. Lima, & M. E. Pereira (Orgs.), *Psicologia Social: Temas e Teorias* (pp 299-349). Brasília: Technopolitik.
- Ciuffo, R. S., & Ribeiro, V. M. B. (2008). Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: Um diálogo possível? *Interface, Comunicação, Saúde e Educação*, 12(24), 125-140. doi: 10.1590/S1414-32832008000100010
- Costa, A. A., & Trevisan, E. R. (2012). Mudanças psicossociais no contexto familiar após a desospitalização do sujeito com transtornos mentais. *Revista Saúde em Debate*, 36(95), 606-614. doi: 10.1590/S0103-11042012000400012
- Costa-Rosa, A. (2006). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In Amarante, P. (Ed.), *Ensaio, subjetividade, saúde mental e sociedade* (pp.141–168). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Costa-Rosa, A. (2012). A instituição de saúde mental como dispositivo social de produção de subjetividade. *Estudo de Psicologia*, 29 (1), 115-126. doi:10.1590/S0103-166X2012000100013
- Cozby, P. C. (2009). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas.
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: Métodos qualitativos, quantitativos e mistos*. Porto Alegre: Artmed.

- Cromack, L. M. F., Bursztyn, I., & Tura, L. F. R. (2009). O olhar do adolescente sobre saúde: um estudo de representações sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (2), 627-634. doi: 10.1590/S1413-81232009000200031
- Delevati, M. D., & Palazzo, S. L. (2008). Atitudes de empresários do Sul do Brasil em relação aos portadores de doenças mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(4), 240-246. doi: 10.1590/S0047-20852008000400003
- Desviat, M. (1999). *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Dimenstein, M., & Macedo, J. P. (2011). Expansão e interiorização da psicologia: Reorganização dos saberes e poderes na atualidade. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*, 31(2), 296-313. doi: 10.1590/S1414-98932011000200008
- Dimenstein, M., & Macedo, J. P. (2012). Formação em psicologia: Requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*, 32(número especial), 232-245. doi: doi.org/10.1590/S1414-98932012000500017
- Esquinsani, R. S. S., & Dametto, J. (2012). Questões de gênero e a experiência da loucura na Antiguidade e na Idade Média. *Estudos de Sociologia*, 17 (32), 205-222. Recuperado de: <http://seer.fclar.unesp.br/estudos/article/view/4935>
- Feitosa, A., Horvat, C. C., Diegues, D., Manuchakian, F., Ratcov, I., Muniz, J. A., Perez, L. B., Finotti, M., & Domingues, A. R. (2010). Estudo das experiências da reforma psiquiátrica - Concepções de sujeito, comunidade e práticas terapêuticas. *Revista Mnemosine*, 6 (1), 111-133. Recuperado de: <http://www.mnemosine.com.br>
- Fernandes, J. D., Sadigursky, D., Silva, R. M. O., Amorim, A. B., Teixeira, G. A. S., & Araújo, M. C. F. (2009). Ensino da enfermagem psiquiátrica/saúde mental: Sua interface com a reforma psiquiátrica e diretrizes curriculares nacionais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(4), 962-968. doi: 10.1590/S0080-62342009000400031

- Fernandes, S., Costa, J., Camino, L., & Mendoza, R. (2007). Valores psicossociais e orientação à dominância social: Um estudo acerca do preconceito. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 490-498. doi: 10.1590/S0102-79722007000300017
- Field, A. (2009). *Descobrimos a estatística usando o SPSS*. Porto Alegre: Artmed.
- Fiorati, R. C., & Saeki, T. (2013). As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental. *Saúde em Debate*, 37(97), 305-312. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n97/v37n97a12.pdf>
- Flaument, C. (2001). Estrutura e dinâmica das representações sociais. In D. Jodelet (Org.), *As Representações Sociais* (pp.173-184). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Foucault, M. (1972). *A história da loucura*. São Paulo: Perspectiva.
- Galiza, C. J. R. B. (2010). *De onde vem minha força: Um estudo sobre a influência da religiosidade dos/das cuidadores/as de pacientes com transtornos mentais*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Gil, C. A., & Tardivo, L. C. (2007). Concepção de doença mental em estudantes de graduação em psicologia: Um estudo compreensivo por meio de desenhos temáticos. *Mudanças em Psicologia da Saúde*, 15(2), 114-120. Recuperado de: <https://www.metodista.br/>
- Gil, I. M. A. (2010). *Crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem acerca das doenças e doentes mentais: Impacto do ensino clínico de enfermagem de saúde mental e psiquiatria*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Gonçalves, M. B., & Benevides-Pereira, A. M. T. (2009). Considerações sobre o ensino médico no Brasil: Consequências afetivo-emocionais nos estudantes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(3), 493-504. doi: 10.1590/S0100-55022009000300020

- Guimarães, A. N., Fogaça, M. M., Borba, L. O., Paes, M. R., Larocca, L. M., & Maftum, M. A. (2010). O tratamento ao portador de transtorno mental: Um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). *Texto & Contexto-Enfermagem*, 19 (2), 274-282. doi:10.1590/S0104-07072010000200008
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (2005). *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Bookman.
- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 297-305. doi: 10.1590/S1413-81232009000100036
- Ishiy, L., Silva, L. L. S., & Bastos Filho, O. C. B. (2008). Pesquisa de opinião de universitários da universidade de Pernambuco/UFPE sobre doença mental. *Neurobiologia*, 7(1), 21-46. Recuperado de: <http://www.neurobiologia.org/pdf>
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet (Org.), *As representações sociais* (17-41). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Jodelet, D. (2008). Social representations: the beautiful invention. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 38(4), 411-430. doi: 10.1111/j.1468-5914.2008.00383
- Jones, J. M. (1973). *Racismo e preconceito*. São Paulo: Edgar Blücher.
- Jorge, M. S. B., Sales, F. D. A., Pinto, A. G. A., & Sampaio, J. J. C. (2010). Interdisciplinaridade no processo de trabalho em centro de atenção psicossocial. *Revista Brasileira em Promoção de Saúde*, 23 (3), 221-230. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40818208005>
- Kus, H. J., Guimarães, E., & Teixeira, E. S. (2012). Educar para preservar: representações de meio ambiente em docentes de educação básica. *Revista de Ciências Humanas*, 13(20), 91-110. Recuperado de: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadech/article/>
- Landim, F. L. P., Lourinho, L. A., Lira, R. C. M., & Santos, Z. M. S. A. (2006). Uma reflexão sobre as abordagens em pesquisa com ênfase na integração qualitativo-quantitativo.

- Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, 19(1), 53-58. Recuperado de: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/961>
- Liberato, M. D. M. (2009). Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1), 1-10. Recuperado de: <http://stat.ijkem.incubadora.ufsc.br/index.php>
- Lima, M. E. O. (2011). Preconceito. In L. Camino, A. R. R. Torres, M. E. O. Lima, & M. E. P. (Ogs.), *Psicologia social: Teorias e temas* (pp.451-500). Brasília: Technopolitik.
- Loch, A. A., Hengartner, M. P., Guarniero, F. B., Lawson, F. L., Wang, Y., Gattaz, W. F., & Rössler, W. (2011). O estigma atribuído pelos psiquiatras aos indivíduos com esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38 (5), 173-177. doi: 10.1590/S0101-60832011000500001
- Maciel, S. C. (2007). *Exclusão/inclusão social do doente mental/louco: representações e práticas no contexto da reforma psiquiátrica*. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Maciel, S. C. (2012). Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4(8), 73-82. Recuperado de: <http://www.incubadora.ufsc.br>
- Maciel, S. C., Barros, D. R., Camino, L. F., & Melo, J. R. F. (2011). Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico. *Temas em Psicologia*, 19(1), 193-204. Recuperado de <http://www.sbponline.org.br/revista2/>
- Maciel, S. C., Barros, D. R., Silva, A. O., & Camino, L. (2009). Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais. *Psicologia Ciência e Profissão*, 29(3), 436-447. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n3/v2f>
- Maciel, S. C., Maciel, C. M. C., Barros, D. R., Sá, R. C. N., & Camino, L. F. (2008). Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. *Psico-USF*, 13(1), 115-124. Recuperado de <http://www.scielo.br/>

- Martins, G. C. S., Peres, M. A. A., Oliveira, A. M. B., Stipp, M. A. C., & Almeida-Filho, A. J. (2013). O estigma da doença mental e as residências terapêuticas no município de Volta Redonda-RJ. *Revista Texto e Contexto em Enfermagem*, 22(2), 327-334. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a08.pdf>
- Melman, J. (2001). *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras.
- Melo, A. M. C. (2012). Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4(9), 84-95. Recuperado de <http://www.incubadora.ufsc.br/>
- Mesquita, J. F., Novellino, M. S. F., & Cavalcanti, M. T. (2010). A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Caxambu, MG.
- Millani, H. F. B., & Valente, M. L. L. C. (2008). O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 4 (2), 1-19. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>
- Mondoni, D., & Costa-Rosa, A. (2010). Reforma psiquiátrica e transição paradigmática no interior do estado de São Paulo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 26 (1), 39-47. doi:10.1590/S0102-37722010000100006
- Moretti-Pires, R. O. & Bueno, S. M. V. (2009). Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: O enfermeiro, o médico e o odontólogo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22 (4), 439-444. Recuperado de: <http://www.scielo.br>
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar editores.
- Moscovici, S. (2003). *Representações sociais: investigações em Psicologia social*. Petrópolis: Vozes.

- Nóbrega, S. M. (2003). Sobre a Teoria das Representações Sociais. In A. S. P. Moreira, & J. C. Jesuino (Orgs), *Representações Sociais: Teoria e Prática* (pp. 55-85). João Pessoa: Editora Universitária da UFPB.
- Nóbrega, S. M., & Coutinho, M. P. L. (2011). O Teste de Associação Livre de Palavras. In M. P. L. Coutinho, & E. R. A. Saraiva (Orgs.), *Métodos de pesquisa em Psicologia Social, perspectivas qualitativas e quantitativas* (pp. 95-106). João Pessoa, PB: Editora Universitária.
- Nogueira, M. I. (2009). As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: Reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(2), 262-270. doi: 10.1590/S0100-55022009000200014
- Oliveira, F. (2002). *Construindo saberes e práticas em saúde mental*. João Pessoa: Ed. UFPB.
- Oliveira, F. B., & Fortunato, M. L. (2003). Saúde mental: Reconstruindo saberes em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56 (1), 67-70. doi: 10.1590/S0034-71672003000100014
- Oliveira, F. B., & Silva, M. F. P. (2005). Caracterização dos serviços psiquiátricos de modelo tradicional da Paraíba. *Revista Baiana de Enfermagem*, 19/20 (1, 2, 3), 43-51. Recuperado de: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article>
- Oliveira, F. O., & Werba, G. C. (2010). Representações Sociais. In M. N. Strey (Ed.), *Psicologia Social Contemporânea* (pp.104-117). Petrópolis: Vozes.
- Oliveira, L. R. M., Carvalho, C. D., Carvalho, C. M. S., & Silva Junior, F. J. G. (2013). O ensino da saúde mental para enfermagem: Uma revisão da literatura. *Revista Iterdisciplinar*, 6 (2), 152-159. Recuperado de: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br>

- Oliveira, R. M., Lima, A. E. S., Silva, D. G., Oliveira, M. D. F., & Alves, K. S. M. (2011). Visão dos acadêmicos de enfermagem em relação ao cliente portador de transtorno mental. *Revista Cadernos de Ciência e Saúde*, 1(2), 75-85. Recuperado de <http://www.fasa.edu.br/>
- Pacheco, J. G. (2011). *Representações sociais da loucura e práticas sociais: O desafio cotidiano da desinstitucionalização*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Paes, M. R., Maftum, M. A., & Mantovani, M. F. (2010). Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em um pronto atendimento hospitalar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31 (2), 277-284. doi: 10.1590/S1983-14472010000200011
- Pagliosa, F. L. (2006). *Percepções sobre saúde e doença dos estudantes da primeira fase do curso de medicina da UFSC*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- Parente, A. C. M., Menezes, L. C., Branco, F. M. F. C., Sales, J. C. S., & Parente, A. C. B. V. (2013). Reforma da assistência psiquiátrica brasileira: Realidade e perspectiva. *Revista de Enfermagem do UFPI*, 2(2), 66-73. Recuperado de: <http://www.ojs.ufpi.br/>
- Pasquali, L. (2012). *Análise fatorial para pesquisadores*. Brasília: LabPAM.
- Paulin, L. F. R. S., & Poças, R. C. G. (2009). A experiência da Universidade São Francisco com o internato médico de psiquiatria utilizando a metodologia da aprendizagem baseada em problemas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(1), 67-72. doi: 10.1590/S0101-81082009000100012
- Pereira, C. R., Torres, A. R. R., Pereira, A., & Falcão, L. C. (2011). Preconceito contra homossexuais e representações sociais da homossexualidade em seminaristas católicos e

- evangélicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27 (1), 73-82. doi:10.1590/S0102-37722011000100010
- Pereira, E. C., & Rosa, A. C. (2012). Problematicando a Reforma Psiquiátrica na atualidade: a saúde mental como campo da práxis. *Saúde e Sociedade*, 21 (4), 1035-1043. doi:10.1590/S0104-12902012000400020
- Pereira, M. E. C. (2004). Pinel - a mania, o tratamento moral e os inícios da Psiquiatria contemporânea. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(3), 113-116. Recuperado de: <http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas>
- Peres, G. M., Moser, K. L., Oltramari, L. C., & Rodriguez, J. (2012). Representações sociais do louco/loucura para estudantes de nível fundamental. *Saúde e Transformação Social*, 3(2), 96-103. Recuperado de: <http://www.incubadora.ufsc.br/index.php>
- Pérez-Nebra, A. R., & Jesus, J. G. (2011). Preconceito, estereótipo e discriminação. In C. V. Torres & E. R. Neiva (Orgs), *Psicologia social: principais temas e vertentes* (pp. 219-237). Porto Alegre: Artmed.
- Pessotti, I. (1994). *A Loucura e as Épocas*. São Paulo: 34.
- Pessotti, I. (1996). *O século dos manicômios*. São Paulo: 34.
- Pettigrew, T. F., & Meertens, R. W. (1995). Subtle and blatant prejudice in Western Europe. *European Journal of Social Psychology*, 25, 57-75. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com>
- Pinto, A. T. M., & Ferreira, A. R. L. (2010). Problematicando a Reforma Psiquiátrica brasileira: A genealogia da reabilitação psicossocial. *Psicologia em Estudo*, 15 (1), 27-34. doi: 10.1590/S1413-73722010000100004
- Rabelo, I. V. M. (2003). *Reforma Psiquiátrica e bem estar: Perspectivas e contradições entre trabalhadores de saúde mental do município de Goiânia*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO.

- Rabelo, I. V. M., & Torres, A. R. R. (2005). Trabalhadores em saúde mental: Relações entre práticas profissionais e bem-estar físico e psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 25 (4), 614-625. doi: 10.1590/S1414-98932005000400010
- Resende, N. (1994). Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In S. Costa (Ed.), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil* (pp.15–74). Rio de Janeiro: Vozes.
- Ribeiro, B. A., & Pinto, V. A. (2011). Entrando na “nau dos loucos”: breve revisão da história da loucura e seus desdobramentos. *Conexão Ciência* (online), 6 (1), 1-12. Recuperado de: <http://periodicos.uniformg.edu.br:21011/periodicos/index.php/>
- Ribeiro, M. B. S., Martins, S. T. F., & Oliveira, L. R. (2009). Familiares de usuários vivenciando a transformação do modelo assistencial psiquiátrico. *Estudos de Psicologia*, 14(2), 133-140. doi: 10.1590/S1413-294X2009000200006
- Ribeiro, S. L., & Luzio, C. A. (2008). As diretrizes curriculares e a formação do psicólogo para a saúde mental. *Psicologia em Revista*, 14(2), 203-220. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/>
- Rivera, G. A. (2009). *As novas formas de racismo e os valores sociais*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Rodrigues, A., Assmar, E. M. L., & Jablonski, B. (2009). *Psicologia Social*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Rotelli, F. (1994). Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In P. Amarante (Org.), *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica* (pp.149-170). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Sá, C. P. (1996a). *Sobre o núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Sá, C. P. (1996b). Representações sociais: teoria e pesquisa do núcleo central. *Temas em Psicologia*, 3, 19-33. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v4n3/v4n3a02>

- Sá, C. P. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Sadow, D., & Ryder, M. (2008). Reducing stigmatization attitudes held by future health professionals: The person is the message. *Psychological Services*, 5(4), 362–372. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/journals/ser/5/4/362/>
- Salles, M. M., & Barros, S. (2009). Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, 22(1), 11-16. doi: 10.1590/S0103-21002009000100002
- Saraiva, E. R. A., Vieira, K. F. L., & Coutinho, M. P. L. (2011). A utilização do software EVOC nos estudos acerca das representações sociais. In M. P. L. Coutinho, & E. R. A. Saraiva (Orgs.), *Métodos de pesquisa em Psicologia Social, perspectivas qualitativas e quantitativas* (pp. 149-174). João Pessoa, PB: Editora Universitária.
- Silva Filho, E. (1998). *História da psiquiatria na Paraíba*. João Pessoa: Santa Clara.
- Silva, M. S., & Zanello, V. M. (2010). Religiosidade e loucura: A influência da religião na forma como o “doente mental” enfrenta a doença. *Psicologia IESB*, 2 (1), 37-47. Recuperado de: <http://php.iesb.br/ojs/index.php/psicologiaiesb/article/viewArticle/25>
- Sistema Único de Saúde (2010). *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- Soares, A. N., Silveira, B. V., & Reinaldo, A. M. S. (2010). Serviços de saúde mental e sua relação com a formação do enfermeiro. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 11(3), 47-56. Recuperado de: <http://www.revistarene.ufc.br/>
- Souza, A. R. B., & Delevati, D. (2013). O fazer do psicólogo na saúde. *Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Fits*, 1(2), 79-87. Recuperado de: periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/620

- Spink, M. J. (1993). Conceito de representações sociais na abordagem psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*, 3(9), 300–308. doi: 10.1590/S0102-311X1993000300017
- Szasz, T. (1978). *A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento da saúde mental*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Teixeira, M. O. L. (2012). De Belmont Ao Odilon Galotti: As Comunidades Terapêuticas No Brasil E A Resistência À Ditadura Militar. *Revista Culturas Psi*, 0, 63-83. Recuperado de: <http://www.culturapsi.org/resumen-volumen-0-4-po.php>
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, 9 (1), 25-59. doi: 10.1590/S0104-59702002000100003
- Tenório, F. (2007). Questões para uma atualização da agenda da Reforma Psiquiátrica. In M. C. V. Couto & R. G. Martinez (Org.), *Saúde Mental e Saúde Pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica* (pp. 13-27). Rio de Janeiro, RJ: FUJB.
- Vala, J. (2000). Representações sociais para uma psicologia social do pensamento social. In J. Vala, & M. B. Monteiro (Coord.), *Psicologia Social* (pp. 353-384). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vale, G. F. (2011). *A atenção psicossocial no Hospital de Trauma de Campina Grande: Uma reflexão a partir da prática profissional*. Monografia. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB.
- Vasconcellos, V. C. (2008). *A dinâmica do trabalho em saúde mental: limites e possibilidades na contemporaneidade e no contexto da reforma psiquiátrica brasileira*. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Rj.
- Vasconcelos, M. G. F., Jorge, M. S. B., Guimarães, J. M. X., & Pinto, A. G. A. (2008). Saúde mental no contexto do programa saúde da família: Representações sociais de usuários e

familiares. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 9 (3), 9-18. Recuperado de:
<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view>

Vidal, C. E. L., Bandeira, M., & Gontijo, E. D. (2008). Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57 (1), 70-79. doi:10.1590/S0047-20852008000100013

Wetzel, C., Kantorski, L. P., Olschowsky, A., Schneider, J. F., & Camatta, M. W. (2011). Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 16(4), 2133-2143. doi: 10.1590/S1413-81232011000400013

ANEXOS

ANEXO 1

Escala de Atitudes em Saúde Mental

Na tabela abaixo, você encontrará algumas afirmações relacionadas ao tema **Saúde Mental**, marque o item que melhor represente sua opinião pessoal, utilizando o seguinte critério. Marque:

- 1→ se você **discorda plenamente** com relação à afirmação
- 2→ se você **discorda** com relação à afirmação
- 3→ se você **discorda apenas em parte** com relação à afirmação
- 4→ se você está **em dúvida** com relação à afirmação
- 5→ se você **concorda apenas em parte** com relação à afirmação
- 6→ se você **concorda** com relação à afirmação
- 7→ se você **concorda plenamente** com relação à afirmação

	Discorda plenamente	Discorda	Discorda apenas em parte	Em dúvida	Concorda apenas em	Concorda	Concorda plenamente
1- Participar de associações e/ou clubes em prol da cidadania é direito do doente mental.	1	2	3	4	5	6	7
2- Num tratamento de saúde mental cabe apenas ao médico indicar o momento da alta.	1	2	3	4	5	6	7
3- Estudo, trabalho e convívio social são essenciais para tratar a Esquizofrenia.	1	2	3	4	5	6	7

4- O doente mental deve ser isolado quando fica agressivo fisicamente.	1	2	3	4	5	6	7
5- Só com o consentimento do paciente pode-se iniciar um tratamento psiquiátrico.	1	2	3	4	5	6	7
6- Os vínculos sociais podem tratar um paciente psiquiátrico.	1	2	3	4	5	6	7
7- O trabalhador dos serviços de saúde mental não deve se envolver nas lutas por maiores direitos sociais do doente mental.	1	2	3	4	5	6	7
8- O médico precisa trabalhar em equipe para propiciar um tratamento eficaz à doença mental.	1	2	3	4	5	6	7
9- É muito perigoso conviver com um doente mental em casa.	1	2	3	4	5	6	7
10- O doente mental deve ser tratado na comunidade.	1	2	3	4	5	6	7
11- Só um médico psiquiatra é plenamente capaz de diagnosticar, tratar e compreender a doença mental.	1	2	3	4	5	6	7
12- O paciente precisa estar em casa para se tratar.	1	2	3	4	5	6	7
13- Apenas a psiquiatria é a ciência responsável por tratar a doença mental.	1	2	3	4	5	6	7
14- A família de um usuário de serviço de saúde mental precisa estar em contato permanente com a Equipe que o acompanha.	1	2	3	4	5	6	7
15- Só se consegue curar a depressão via tratamento médico.	1	2	3	4	5	6	7
16- O paciente pode decidir o momento da alta hospitalar.	1	2	3	4	5	6	7
17- Uma anamnese detalhada é essencial para se formular uma hipótese diagnóstica.	1	2	3	4	5	6	7
18- A doença mental, assim como o seu tratamento, envolve mais problemas sociais que orgânicos.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 2

Escala de Rejeição à Intimidade

Imagine agora que você conhece um doente mental e para cada uma das situações abaixo, indique marcando o número correspondente à maneira como você se sentiria ao...



Ter parentes por casamento que sejam doentes mentais	1	2	3	4	5	6
Ter um amigo próximo que seja doente mental	1	2	3	4	5	6
Ter um doente mental competente como seu chefe de trabalho	1	2	3	4	5	6
Ter um doente mental como colega de trabalho	1	2	3	4	5	6
Ter um(a) namorado(a) doente mental	1	2	3	4	5	6
Ver um doente mental namorar uma pessoa	1	2	3	4	5	6
Adotar uma criança doente mental	1	2	3	4	5	6
Participar de festas com doente mental	1	2	3	4	5	6
Ter um(a) vizinho(a) doente mental	1	2	3	4	5	6
Ter um(a) médico(a) doente mental	1	2	3	4	5	6
Ser revistado por um(a) policial doente mental	1	2	3	4	5	6

ANEXO 3

Certificado do Comitê de Ética

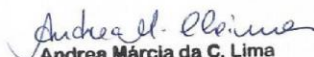


UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 10ª Reunião realizada no dia 30/10/2012, o projeto de pesquisa intitulado: “CONHECIMENTO E ADESÃO AOS PARADIGMAS SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA NA VISÃO DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS”, da Pesquisadora Silvana Carneiro Maciel. Prot. nº 0350/12, CAAE: 03226712.9.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CCHL- DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CEP: 58.051-900 João Pessoa-PB

Prezado (a) colaborador (a), esta pesquisa intitula-se **ADESÃO À REFORMA PSQUIÁTRICA E PRECONCEITO FRENTE AO DOENTE MENTAL: UM ESTUDO COM UNIVERSITÁRIOS À LUZ DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS** e está sendo desenvolvida por Patrícia Fonseca de Sousa (mestranda) sob a orientação da Profa. Dra. Silvana Carneiro Maciel.

O objetivo deste trabalho é analisar as representações sociais de estudantes universitários sobre a Reforma Psiquiátrica e o doente mental relacionando-as com a adesão desses estudantes aos paradigmas de atenção em saúde mental e com o preconceito frente ao doente mental

Solicitamos a sua colaboração para a realização desta pesquisa, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos e publicar em revista/livro científica (o) da área. Por ocasião da publicação dos resultados e em todo o processo restante, seu nome será mantido em sigilo.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados.

Assinatura do participante

.....
Termo de Consentimento- Assinando este termo estou concordando em participar do estudo acima mencionado, sob a coordenação da Profa. Dra. Silvana Carneiro Maciel.



Caso necessite de alguma informação sobre o presente estudo entre em contato com:
Patrícia Fonseca de Sousa. E-mail: patriciasousa20@yahoo.com.br, endereço: Centro de Ciências Humanas e Letras/Coordenação de Pós-graduação em Psicologia social da Universidade Federal da Paraíba, fone: 3216-7337.

Comitê de Ética em Pesquisa/Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal da Paraíba. Endereço: Bloco Arnaldo Tavares, sala 812, CAMPUS I, Cidade Universitária, CEP: 58051-900, João Pessoa-PB. Fone: 3216-7791; e-mail: eticacsufpb@hotmail.com.

Assinatura do participante

APÊNDICE 2

Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP)

Reforma Psiquiátrica

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Doente mental

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

APÊNDICE 3

Questionário sóciodemográfico

Idade:_____

Sexo: Masculino () Feminino ()

Curso:_____

Período:_____