

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

ÁLVARO BOTELHO DE MELO NASCIMENTO

TRANSTORNO MENTAL, CUIDADO E ESTIGMA:
Uma Análise da Assistência à Saúde mental no Cotidiano da Atenção Primária

Recife
2021

ÁLVARO BOTELHO DE MELO NASCIMENTO

**TRANSTORNO MENTAL, CUIDADO E ESTIGMA:
Uma Análise da Assistência à Saúde mental no Cotidiano da Atenção Primária**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para obtenção do título de doutor em Sociologia sob a orientação do Prof. Dr. Breno Augusto Souto Maior Fontes.

Área de Concentração: mudança social

Recife
2021

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

N244t Nascimento, Álvaro Botelho de Melo.
Transtorno mental, cuidado e estigma : uma análise da assistência à saúde mental
no cotidiano da atenção primária / Álvaro Botelho de Melo Nascimento. – 2021.
242 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Breno Augusto Souto Maior Fontes.
Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.
Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Recife, 2021.
Inclui referências e apêndices.

1. Sociologia. 2. Saúde. 3. Saúde mental. 4. Profissionais da área de saúde. 5.
Estigma (Psicologia social). I. Fontes, Breno Augusto Souto Maior (Orientador). II.
Título.

301 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2021-031)

ÁLVARO BOTELHO DE MELO NASCIMENTO

**TRANSTORNO MENTAL, CUIDADO E ESTIGMA:
Uma Análise da Assistência à Saúde mental no Cotidiano da Atenção Primária**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Sociologia.

Aprovada em: 20/01/2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Breno Augusto Souto Maior Fontes (Presidente/Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Eliane Maria Monteiro da Fonte (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Ricardo José de Souza Castro (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Sílvia Portugal (Examinadora Externa)
Universidade de Coimbra

AGRADECIMENTOS

Essa foi uma longa e inimaginável jornada. Os fatos tecidos na trama do destino permitiram-me conhecer lugares, provar sabores e dissabores. Foram quatro anos, mas pareceram quatro vidas. Morri e renasci na escrita e na vida e certamente parte de minha sanidade está aqui. Ao perguntarem-me sobre o doutorado, aliviado, eu direi que sobrevivi. Todavia, não sem ajuda. A vida é um caminho e caminhar sozinho não é uma boa opção.

Assim, primeiramente, agradeço a Deus pela graça, perdão, misericórdia e sabedoria. Quando fraquejei, Ele me pegou no colo e quando minhas mãos tremeram, a mão Dele guiou a minha. Meus sinceros agradecimentos a minha família, especialmente à minha mãe, meu irmão e meu pai. A minha mãe, mulher guerreira, é a coluna que sustenta o intelectual que me tornei. Seu apego aos estudos e sua vontade de ver seus filhos crescerem em inteligência e dignidade se enraízam no fundo da minha alma. Registro aqui um recado para meus familiares: vocês, que aguardaram o final de minha peregrinação para viverem momentos de júbilo e festejo, saibam que estou pronto agora.

Minha eterna gratidão aos meus amigos que também foram pacientes e compassivos. Todas as conversas são pontes sobre abismos e laços que ajuntam almas. Agradeço à Deus pela vida de cada um. Parte do meu amadurecimento intelectual, emocional, humano e espiritual, eu devo a vocês. Agora, honrarei os compromissos atrasados em quatro anos, brindaremos a vida e comungaremos fraternalmente em felicidade.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação de Sociologia da UFPE e a CAPES pelo incentivo financeiro à pesquisa. Aos professores pelo apoio pedagógico e ao pessoal da administração por todo o suporte burocrático. Deixo aqui também meu agradecimento ao meu orientador, o Dr Prof. Breno Fontes, pelo apoio. Preciso agradecer também todos e todas que foram ao campo, discutiram textos e facilitaram a pesquisa que me permitiu a construção da tese. Trabalhar com um grupo de pesquisa comprometido foi fundamental. Registro meu agradecimento também aos trabalhadores que contribuíram com as entrevistas analisadas aqui.

Por fim, agradeço a minha companheira Yvonne pela paciência, carinho, afeto e atenção. Diante da tempestade que caiu sobre minha cabeça, sua presença foi alento. Meus sinceros agradecimentos também a minha sogra Maria Helena e minha cunhada Lena que leram esse trabalho e ajudou-me a lapidá-lo.

Atentai, pois, filho meu, a mais este conselho:
Não há limite para se produzir livros e estudar
demasiado faz o corpo todo ficar exausto.

Eclesiastes 12.12

RESUMO

Este estudo objetivou analisar o exercício dos trabalhadores e profissionais de saúde no cuidado à saúde mental na atenção básica à saúde. Meu objetivo foi compreender como esses trabalhadores e profissionais entendem o fenômeno dos transtornos mentais e como isso se relaciona com o cuidado oferecido às pessoas com transtorno mental, o estigma e a superação do estigma. Meu referencial teórico foi composto principalmente pela fenomenologia social, a teoria das representações sociais, a teoria sociológica das profissões e reflexões humanísticas sobre os transtornos mentais. Desse modo, discuti a construção social da realidade, as dimensões sociais dos transtornos mentais, a visão médica sobre as doenças mentais e a relação entre o fenômeno do estigma e os transtornos mentais. Os dados foram construídos a partir de entrevistas e de pesquisa documental e investigados por meio de técnicas de análise de conteúdo. No meu capítulo de análise, examinei as diretrizes oficiais para a atenção à saúde mental na atenção básica, o contexto estadual da atenção básica e os aspectos gerais dos Municípios de Caruaru e Agrestina. Analisei também as entrevistas de duas equipes de trabalhadores e profissionais dos municípios citados. Por fim, concluo que a rede de atenção psicossocial é precária, a oferta assistencial é formada por uma atenção reducionista e centrada no uso de medicamentos, os trabalhadores não possuem a formação ideal e suas concepções sobre transtornos mentais diferem das encontradas nas diretrizes oficiais. Consequentemente, no cuidado aos transtornos mentais existe a presença do estigma e este é o último instrumento utilizado para a normalização e compreensão nas interações sociais.

Palavras- Chave: Sociologia. Sociologia da saúde. Saúde mental. Estigma. Atenção Básica

ABSTRACT

This study intended to analyze the work exercise of workers and health professionals concerning care the mental health in primary assistance to health. My purpose was to understand how these workers and health professionals understand the mental disorders phenomenon and how it related to the care offered to people with a mental disorder, the stigma, and overcoming stigma. Mainly, my theoretical guide was composed of social phenomenology, the theory of social representations, the sociological theory of professions, and humanistic reflections on mental disorders. In this way, I discussed the social construction of reality, the social dimensions of mental disorders, the medical view about the mental sick, and the relationship between the phenomenon of stigma and mental disorders. The dates collected utilizing interviews and documental research and investigated using content analysis techniques. In my analysis chapter, I examined the official guidelines for mental health care in basic assistance, the state context of basic assistance, and the general aspects of the Municipalities of Caruaru and Agrestina. I also analyzed the interviews of two teams of workers and professionals from the cities mentioned. Finally, I conclude that the psychosocial care network is precarious, the assistance offer consists of reductionist and drug-centered care, workers do not have the ideal training and their conceptions about mental disorders differ from those found in official guidelines. Consequently, in the care of mental disorders there is the presence of stigma and that is the last instrument used to the normalization and comprehension in the social interactions.

Keywords: Sociology. Sociology of health. Mental health. Stigma. Primary Care

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	NOTAS METODOLÓGICAS	17
2.1	Algumas Palavras sobre a Escolha do Contexto Rural	17
2.2	O Papel do Pesquisador e a Produção do Conhecimento	19
2.3	Construção da Abordagem, Qualidade e Preceitos Éticos	21
2.4	Construção dos Dados: Pesquisa Documental e Entrevistas Semiestruturadas	24
2.4.1	<i>Construção da Pesquisa Documental sobre Atenção Básica à Saúde</i>	25
2.4.2	<i>Construindo as Entrevistas Semiestruturadas</i>	26
2.5	Análise dos Dados: análise de conteúdo	28
3	O REAL, O NORMAL E A LOUCURA	31
3.1	Notas sobre a realidade enquanto construção social	31
3.1.2	<i>As Representações Sociais e sua Contribuição para Construção da Realidade</i>	36
3.1.3	<i>O Conhecimento e a Ordenação do Mundo Social</i>	40
3.2	Sistemas Médicos, Saúde e suas Dimensões Sociais	43
3.2.1	<i>O Campo Médico e sua Estruturação</i>	48
3.2.2	<i>Atuação e Engajamento Ocupacional no Campo Médico</i>	53
3.3	A Loucura e o Mundo Social	56
3.3.1	<i>A Loucura enquanto Insólito</i>	58
3.3.2	<i>O Alienismo e a Desrazão: o Asilo e a Loucura</i>	60
3.3.3	<i>A Psicanálise e Outras Psicologias: a Palavra e a Loucura</i>	67
3.3.4	<i>Novas Perspectivas sobre a Loucura: Crítica ao Asilo, Medicamentação e Abordagens Antimanicomiais</i>	71
3.4	Estigma e Loucura	83
3.4.1	<i>Desestigmatização dos Transtornos Mentais: limites, possibilidades e as consequências da estigmatização na saúde mental</i>	90
3.5	A Teoria como Caixa de Ferramentas	96
4	ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE MENTAL	99

4.1	A Atenção Básica e suas Características: um breve olhar	100
4.1.2	<i>Atenção Básica e Assistência à Saúde Mental</i>	104
5	ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA À SAÚDE MENTAL NA PRÁTICA	115
5.1	Breve Olhar sobre Assistência à Saúde Mental em Pernambuco	115
5.1.2	<i>Região IV : os Municípios de Caruaru e Agrestina</i>	121
5.2	Analisando as Entrevistas: a atenção básica pela ótica de quem faz	132
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	211
6.1	Considerações sobre meu Campo de Pesquisa	212
6.2	Apontamentos Sociológicos mais Amplos	217
6.3	Proposição de Pesquisas	222
	REFERÊNCIAS	224
	APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista Gestores da Saúde Mental	238
	APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista Profissionais de Saúde	239
	APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista Usuários das Unidades de Saúde da Família	241

1 INTRODUÇÃO

O cenário do cuidado à saúde mental é denso, seu entendimento perpassa a compreensão do “louco” como um sujeito histórico, uma figura formada a partir de movimentos que vão além dos transtornos mentais. Na história, há muitos exemplos das variadas formas pelas quais a loucura foi entendida e objeto de algum tipo de prática. Fato é que um dos aspectos mais desconcertantes dos transtornos mentais é a evasão dos padrões de classificações que normalmente determinam estados e posições (FOUCAULT, 2005).

O louco, como ator social, é sempre fugidio, sempre um arauto da ameaça à segurança ontológica que mantemos por meio dos nossos acordos tácitos (PETERS, 2017). O louco é um desviante exemplar. Como se lida com isso? De modo geral, um ator social considerado desviante é alvo de uma série de coerções as quais têm por objetivo a sua recondução à normalidade. O esforço de normalizá-lo é também a tentativa de reforço do sistema social e das regras que os indivíduos sustentam no emaranhado de suas relações sociais (EATON, 2001).

Sendo um fenômeno polissêmico e desviante, coube e ainda cabe a diversos paradigmas trazer sentido à loucura e assim estabelecer maneiras de se agir sobre ela. Quando se trata da loucura, diversas representações sociais dão o tom de suas cores. Hoje e no passado, essas representações enlaçaram a loucura com o mundo, consigo mesma e com os indivíduos, tornando-a significativamente real à medida que constroem significados às ações a ela relacionadas, criando ao mesmo tempo uma série de interditos e tabus que orientam essas mesmas ações (JODELET, 2015).

A loucura transitou e ainda transita pelas manifestações do divino, das paixões, das concepções alternativas de razão, da magia, do crime, da obra do diabo e das sexualidades alternativas. Modos diversos de entendimento, modos que tentam – cada um ao seu modo – trazer para o real e tornar significável o mesmo fenômeno estranho. Fazer seguro um objeto considerado perigoso. Dentre todas as perspectivas dotadoras de sentido para a loucura, aquela que vigora como preponderante é a médica, mais especificamente aquela conhecida como biomédica.

A medicina, atual técnica da normalização, tomou a loucura como seu objeto com a emergência da modernidade e sua nova sensibilidade social. Nesse processo, a loucura se tornou doença, um mal considerado não só individual, mas também social, perturbador da

nova ordem e uma ameaça à sociedade. Coube à medicina trazer o remédio: a cura ao delirante, a correção necessária àquele que infelizmente se desajustou. Surge a psiquiatria e todo o aparato que a orbita (CASTEL, 1978; FOUCAULT, 2005).

Embora seja possível dizer que o surgimento da psiquiatria tenha como fundo a boa intenção do cuidado, não é possível negar que práticas coercitivas foram tomadas como terapêuticas. Não pouco frequentemente, o cuidado com o louco acabou marcado por experiências violentas que se operaram a partir do entendimento dele como ente imprevisível e perigoso. Na busca pela ação humanizadora, pela correção moral do desatinado, produziu-se, como consequência involuntária, o isolamento, a morte dos laços sociais, a predominância de interações negativas e o estigma, definido como uma desvalorização global baseada em algumas características físicas ou morais (SCHEEF, 1984; HINSHAW, 2010).

Da metade do século XX em diante, a implementação de um novo lugar social para pessoas acometidas de transtorno mental se tornou uma realidade em construção, graças aos ganhos da reforma psiquiátrica. Todavia, existem desafios sensivelmente ligados às percepções sociais, tais como as dificuldades em operacionalizar o cuidado em saúde mental nos novos moldes propostos e o desafio de vencer a lógica do estigma, que não respeita fronteiras ou paradigmas, podendo, inclusive, se manifestar em espaços nos quais não deveria existir, como é o caso da rede de atenção psicossocial (PERRUSI, 2010; MACHADO, 1978; LAVRADOR, 2001 *apud* ALVERGA E DIMENSTEIN, 2006).

Considerando que “as relações entre saber médico e concepções do senso comum podem se estabelecer nos dois sentidos, sem uma dependência em sentido único, mas com vaivéns entre o pensamento erudito e o pensamento de senso comum”, (HERZLICH, 1991 *apud* in SERVALHO, 1993, p. 351) e que a medicina, enquanto universo social, não escapa da influência da ordem cultural, legitima-se os questionamentos: na contemporaneidade, o campo da saúde não seria marcado por uma práxis ambivalente composta por elementos violentos, estigmatizadores, em convivência com uma tentativa de uma agenda humanizadora? Diante desse cenário, qual seria o repertório orientador das ações destinadas ao cuidado das pessoas com transtornos mentais?

Para responder tais perguntas, parto da premissa que o cotidiano é intermediado por maneiras específicas de interpretar e pensar a realidade, as quais se sintetizam numa espécie de conhecimento prático, capaz de dar sentido às situações que os atores sociais vivem. Essas maneiras específicas de interpretação e reflexão da realidade são alimentadas pelo contexto

social desses atores e influenciam esse mesmo contexto através da maneira pela qual os atores agem (SÊGA, 2000). Sabendo disso, posso afirmar que a vida diária dos trabalhadores da atenção à saúde mental não fogem essa regra. Por isso, o objetivo do meu trabalho é a investigação das práticas dos trabalhadores inseridos na Atenção Básica à Saúde. Meu texto focará em como concebem sua práxis, a maneira como compreendem os transtornos mentais, seu esforço para, por meio do cuidado, lidar com esses transtornos e a relação disso com fenômeno da estigmatização e/ou com uma agenda promotora de sua superação.

Minha intenção é contribuir para o entendimento humanístico e sociológico sobre os transtornos mentais, bem como empreender uma análise das experiências e valores dos atores envolvidos no cuidado à saúde mental na medida em que se relacionam com a problemática da estigmatização. Inserindo-se no interstício dos níveis individual e social de análise inserida dentro da sociologia da saúde¹, meu texto é registro da minha preocupação com questões como saúde mental, cuidado, conhecimento formal e leigo, estigma e identidade, comportamentos desviantes, narrativas de formação do *self* e construção da normalidade por meio das ações e das concepções que amparam-nas.

Todas essas se costuram no desenvolvimento de uma temática teórica mais ampla, que é a relação entre ordem e mudança social com os pensamentos e práticas humanas. Sustento que a gestão da saúde é um dos esforços possíveis para controlar fenômenos compreendidos como desviantes, liminares ou problemáticos e que os paradigmas das práticas de cuidado são produtos historicamente construídos. Em suma: considero que o mundo ordinário – inclusive a esfera do cuidado, da saúde e da doença – é socialmente construído pelos seres humanos nos seus engajamentos interacionais e necessita de reforço nas mais variadas áreas para continuar sendo entendido como seguro (NUNES, 2014; BERGER; LUCKMAN, 2009; PETERS, 2017).

Este trabalho, dessa maneira, se insere e relê uma tradição que ressalta a desordem mental não como um problema do indivíduo em sofrimento unicamente, mas também da sociedade, por isso, um problema relacional. Em outras palavras, tento me alocar e contribuir com a longa tradição que considera os caracteres sociais como fundamentais à compreensão

¹ Faz-se referência aqui a uma tabela modificada – originalmente publicada por Gabe em um artigo chamado *The sociology of health in UK* – e apresentada por Nunes (2014) que detalha os níveis comuns de interesse e análise dentro da sociologia da saúde. Embora a chamada dimensão individual possa vir a ser interpretada como uma dimensão empobrecida, ela não é. Na verdade, leva em consideração este indivíduo em interação com outros indivíduos, de forma que, como parte dos aspectos de interesse que orbitam essa dimensão, estão: construção social das categorias de doenças; conhecimento médico; as narrativas do *self* e o interesse pela corporeidade enquanto construção social. Como uma crítica, para maior precisão conceitual, talvez o melhor fosse chamar a dimensão supracitada de dimensão microsocial ou interacional.

das desordens mentais (BASTIDE, 1968; CONRAD, BARKER, 2011). A tese apresenta um reforço do entendimento de que saúde e doença, enquanto conceitos, refletem a conjuntura social, econômica, política, cultural e simbólica na qual se inserem e que há, portanto, uma multiplicidade de maneiras de enfrentamento dos males que afetam a saúde. Conscientizar-se disso é ampliar o entendimento da própria concepção de bem-estar para além do corpo e sua biologia, apreendendo-o como um fenômeno de nuances mentais, sociais e físicas².

A compreensão esboçada no parágrafo anterior aponta para a necessidade de uma perspectiva humanizada e humanizante de cuidado, o que consequentemente legitima a análise das experiências e valores dos atores envolvidos no cuidado à saúde mental. No caso aqui proposto, isso se torna ainda mais destacado, pois a Atenção Básica à Saúde é entendida, conforme a Declaração de Caracas da OMS, como um espaço de destaque “na constituição de redes de apoio social e serviços comunitários que possam dar suporte aos indivíduos em seus contextos de vida” (DIMENSTEIN et al. 2005). Não obstante, a relação entre atenção básica e saúde mental é pouco entendida pelos trabalhadores deste campo.

Como veremos e como também apontam algumas pesquisas, falta planejamento voltado à saúde mental em nível básico, as ações detêm características de improvisação e o uso do medicamento se torna exacerbado. Tais estudos ainda afirmam que emoções como o medo e a insegurança, as práticas segregadoras e o preconceito, a secundarização da saúde mental e a coexistência do modo asilar e psicossocial são parte do cotidiano na atenção básica, o que são indícios de situações estigmatizantes (BUCHELE *et al.* 2006; LUCHESE *et al.* 2009; LIMA JUNIOR *et al.* 2010; MINOZZO E COSTA 2013; WETZEL *et al.* 2014).

Essa situação é ainda mais grave em contexto não metropolitano ou rural. Nesse cenário, a realidade do exercício do cuidado à saúde mental é marcada por trabalhadores que vivenciam seu cotidiano em ambientes precários e apresentam pouco conhecimento das necessidades inerentes ao cuidado à saúde mental. Predomina uma lógica biomédica, simplista que desconsidera práticas e saberes tradicionais como instrumentos importantes de promoção à saúde e bem-estar. Junto a isso, a especificidade do território rural e a transplantação de um modelo de atenção à saúde pensado para o contexto urbano, sem as devidas adaptações, torna a realidade da atenção psicossocial problemática quanto à continuidade dos cuidados (CIRILO NETO; DIMENSTEIN, 2017).

2 Sobre essa questão, estou de acordo com Allan Caillé (2003, p. 16) que diz: “Em graus extremamente diversos, segundo os casos, todas as patologias nos reenviam à articulação íntima do biológico e do social, sempre mediatizada pelo psíquico e pelo simbólico”.

Essa realidade delicada e a possibilidade da atenção básica de fomentação do cuidado coproduzido por trabalhadores e usuários apresentam-se como motivos de importância que justificam a relevância de pesquisas que versem sobre o tema, tais como a minha. Sabendo que a extensão de atitudes estigmatizantes por parte dos cuidados de pessoas acometidas por transtornos mentais é desconhecida e que ao longo do tempo mesmo uma pequena frequência pode traduzir-se em uma quantidade enorme de interações danosas (HINSHAW, 2010), entendo que o presente trabalho contribui para o estabelecimento de um entendimento mais humanizado das pessoas acometidas de transtorno mental, na medida que soma aos outros esforços feitos para desnaturalização dos processos que acompanham o transtorno e sofrimento intrínseco a ele.

Resumidamente, posso dizer que, no decorrer do texto, você encontrará minha análise sobre como os trabalhadores pensam suas ações na rotina de cuidado à saúde mental, se seguem as recomendações que constam nas diretrizes das políticas em saúde, se usam outros repertórios orientadores de sua ação e se apresentam posturas estigmatizantes. Considerando isso, eu foco em como os trabalhadores da atenção básica compreendem o fenômeno da loucura e como isso se relaciona com o cuidado oferecido aos usuários acometidos por transtornos mentais. Para dar conta desse propósito, o trabalho está dividido da seguinte maneira:

No capítulo imediatamente depois desta introdução, eu discuto os meus passos metodológicos. Problematizo meu lugar de pesquisador, as questões éticas mais gerais que envolveram o desenvolvimento da pesquisa e razão das minhas opções teóricas, assim como outras perspectivas possíveis no estudo sociológico da saúde mental. Exponho como os dados foram construídos, os critérios de escolha e seu procedimento de construção. Apresento as perspectivas que nortearam a análise e aquilo que me serviu como caixa de ferramentas. Além disso, construo um pequeno perfil dos coprotagonistas da pesquisa, aqueles que muito gentilmente foram entrevistados. Em suma, nesse capítulo, exponho o meu recorte, meu caminho de pesquisa e de maneira panorâmica os percalços de análise.

No *terceiro capítulo*, abordo de maneira mais profunda preceitos teóricos que me foram úteis. Primeiramente, discuto o real como uma construção social e suas implicações para o entendimento de normalidade. Em seguida, o conceito de sistemas médicos e uma discussão sobre a dicotomia saúde e doença, bem como sua relação com a concepção de ordem social. Depois, volto minha atenção ao conceito de campo médico, suas configurações,

pertencimentos, submundos institucionais³ e esferas de ação, levando em consideração a questão da gerência de cura. Trago ainda uma reflexão sobre papéis sociais e estoques de conhecimento, discutindo o engajamento dos atores nos sistemas e campos médicos através de seus papéis sociais e ações institucionais.

No mesmo capítulo, discuto também a loucura e sua relação com o mundo social. Apresentando brevemente o seu caráter social, especificamente no que toca às diversas maneiras de se entendê-la e se lidar com ela, demonstrando que as práticas se modificaram no decorrer das mudanças de concepção sobre o fenômeno. Abordo o conceito de estigma, suas características, tipificações e lógica, relacionando-o com a loucura. Por fim, encerro a discussão teórica pensando sobre o processo de desestigmatização, as suas dificuldades e os indicadores que apontariam para sua implementação em espaços de cuidado.

No *quarto capítulo*, começo a análise propriamente dita. Primeiramente, apresento características gerais do programa de atenção básica, incluindo seus objetivos e pressupostos, especialmente aqueles que lidam com a saúde mental. Meu intuito aqui é apresentar para você, leitor, algumas das diretrizes gerais sobre cuidado à saúde mental em nível primário, esclarecendo se aquilo que se apresenta como paradigma aproxima-se de um esforço humanizado de cuidado e ferramenta útil ao combate do estigma e evitamento da situações de estigmatização.

Em seguida, no *quinto capítulo*, discuto de forma panorâmica os documentos relacionados à saúde mental em Pernambuco, afunilando a discussão até apresentar como a assistência à saúde mental é pensada nos municípios de Caruaru e Agrestina. O meu intuito com essa análise é apresentar como a saúde mental é tratada no Estado e de que forma a rede psicossocial se apresenta. Posteriormente, atento para o cotidiano do trabalho dos coprotagonistas da pesquisa e analiso as entrevistas de duas equipes da atenção básica – uma de cada município – e de alguns usuários do serviço.

No *capítulo final*, discuto o que apresento na análise em duas partes. Primeiramente, verso sobre o que foi possível perceber do cotidiano dos trabalhadores entrevistados e discuto as implicações do que encontrei no campo, apresentando uma interpretação sociológica para a maneira que o programa de Atenção Básica no cuidado para saúde mental funciona, expondo

3 Os submundos institucionais relaciona-se com o fenômeno da socialização secundária, pois são os mundos internalizados por esse tipo de socialização. Conforme dizem Berger e Luckmann (2009, p. 185), “[...] são geralmente realidades parciais, em contraste com o “mundo básico” adquirido na socialização primária. Contudo, eles também são realidades mais ou menos coerentes, caracterizadas por componentes normativos e afetivos assim como cognoscitivos.”

especialmente o impacto disso no que toca a estigmatização. Logo em seguida, apresento considerações mais amplas sobre conhecimento, interação social, estigma, segurança ontológica e ordenamento social. Finalmente, teremos terminado nossa viagem pelo texto. Espero ele seja mais agradável para você que o lê do que foi para mim escrevê-lo.

2. NOTAS METODOLÓGICAS

Analisar as atividades dos trabalhadores responsáveis da atenção básica e sua relação com o cuidado às pessoas com transtornos mentais não foi um processo simples ou fácil. Pensar percepções e práticas dos trabalhadores, funcionamento da atenção básica e possibilidade de estigma e/ou sua superação requereu uma reflexão metodológica que não se encerra neste tese ou mesmo na pesquisa que permitiu sua existência. Neste sentido, esse capítulo é mais do que a apresentação dos passos para uma pesquisa, trata-se de uma exposição de uma postura que sintetiza todos os percalços que considero importantes e que foram fundamentais para minha reflexão.

A partir das/ próximas linhas, você lerá minhas considerações sobre a produção do conhecimento e sua relação com a ética, os recursos hermenêuticos que utilizei para minha análise e sua construção, bem como uma reflexão panorâmica que tenta justificar porque uma pesquisa sobre saúde mental, estigma e atenção primária feita em contexto não metropolitano é não somente importante, mas também um passo importante à reflexão sociológica dos transtornos mentais.

2.1 Algumas Palavras sobre a Escolha do Contexto Rural

Minha tese integra um projeto bem maior coordenado pelo Prof. Dr. Breno Fontes, intitulado “Entre o Ator e o Sistema: práticas de cuidado com a saúde mental na atenção básica e a relação médico/paciente”, contribuindo para a investigação da influência de referenciais sociais e culturais, bem como os diferentes sistemas de saúde na capacidade de resolver os desafios dos transtornos mentais. Por estar inserido em um horizonte de pesquisa mais amplo, algumas decisões metodológicas seguiram aquelas discutidas por toda a equipe do projeto mais amplo. A principal delas foi a opção por um campo de pesquisa não metropolitano, mais especificamente os programas de Atenção Básica de três municípios, dos quais Agrestina e Caruaru⁴ tornaram-se alvo de minha análise.

Para mim, a escolha foi um passo natural, devido a temática da minha pesquisa e minha trajetória acadêmica. Desde minha monografia até minha dissertação, minha reflexão esteve voltada às problemáticas ligadas a saúde mental, as redes de sociabilidade, ao estigma e a sua superação, todavia, em contextos metropolitanos, a tese me propiciou pensar tais

⁴ É preciso ressaltar também que contribuição e a articulação com a médica e professora do curso de medicina da UFPE em Caruaru, Vitória Xavier, também foi um elemento facilitador para a escolha do campo

questões em um ambiente não metropolitano. Para além do desenvolvimento intelectual pessoal, vale ressaltar que território rural que é cheio de especificidades e apresenta poucas pesquisas oficiais sobre saúde mental, o que também justifica a legitimidade e importância de pesquisas como a minha (NETO; DIMENSTEIN, 2017).

O cenário rural é um ambiente complexo e apresenta uma grande diversidade cultural, embora ainda sofra com uma representação no imaginário social empobrecida, marcada apenas por imagens de miséria e atraso. O território rural é um cenário que se constitui por particularidades, mas também semelhanças e aproximações com os contextos urbanos e metropolitanos. Neste sentido, há uma complexividade que abrange o território rural, bem como o urbano na medida que ambos se tocam, se influenciam, mas preservam particularidades em variados âmbitos da vida, inclusive na saúde (SILVA; DIMENSTEIN; LEITE, 2012; DANTAS et al. 2020).

O rural é um espaço plural, não constituído por uma única ruralidade, mas por uma diversidade de ruralidades. Apesar disso, há um conjunto de indicadores que definem um território rural. São eles: (1) os padrões associativos e de sociabilidades diferentes daqueles formados em contexto urbano, isto é, menor presença de sociabilidades secundárias e maior presença de sociabilidades primárias; (2) várias formas de ocupação e uso da terra, seja no âmbito do lazer ou do trabalho ligado às atividades da agropecuária; (3) um modo de vida distinto, marcado tanto por uma relação de dependência dos centros urbanos próximos no que toca aos serviços, quando em relação à maneira de significar o tempo e a organização cotidiana. (MARMENTINI, 2017; SILVA; DIMENSTEIN; LEITE, 2012; DANTAS et al. 2020).

O território rural é um cenário contrastante, rico e pobre ao mesmo tempo. Ele se destaca pela produção agropecuária e pelos bens culturais e sociais, manifestados em brincadeiras, cantigas, festas tradicionais, entre outras coisas. Apesar disso, apresenta altas taxas de desigualdade, fruto de um modelo não democrático de ocupação da terra, promotor de desigualdades sociais e territoriais. Consequentemente, a zona rural ainda apresenta alta taxa de pobreza extrema, baixo nível de escolaridade, dificuldade de sobrevivência pelas atividades campesina e baixo desenvolvimento social, inclusive na atenção à saúde. Embora uma série de programas e políticas voltadas à população do campo tenham sido pensadas nos últimos quinze anos, elas não foram suficientes para mudar a realidade da população e a zona

rural (GONÇALVES; THOMAZ, 2018; DANTAS et al. 2020; SILVA; DIMENSTEIN; LEITE, 2012; MARMENTINI, 2017).

A realidade difícil implica uma influência negativa nos determinantes sociais da saúde e por isso uma realidade precária na questão do cuidado. A desigualdade que no cenário rural é de causalidade complexa, pois articula variadas dimensões sociais que são impossíveis de serem dissociadas, as quais vão desde condições socioeconômicas até dimensões simbólicas e culturais. “Há, portanto, a tessitura de uma trama que torna as populações rurais vulneráveis, seja do ponto de vista individual, coletivo, psicossocial, seja programático ou operacional (conjunto de políticas, serviços e ações)” (DANTAS et al. 2020, p. 6). Com isso, torna-se frequente a prevalência dos chamados Transtornos Mentais Comuns, uso abusivo de álcool e psicotrópicos, bem como outras enfermidades não ligadas ao sofrimento psíquico (KASSOUF, 2005; DANTAS et al. 2020; SILVA; DIMENSTEIN; LEITE, 2012; BURILLE; GERHARDT, 2014 MARMENTINI, 2017).

Considerando esse panorama e também o número relativamente pequeno de pesquisas sobre saúde mental em contexto rural, o estudo que fiz pareceu-me legítimo e permitiu-me contribuir para a construção de um quadro mais robusto de entendimento sobre o funcionamento da assistência à saúde, especialmente à saúde mental em contexto rural. Todavia, tudo que está escrito aqui nesta tese não seria possível sem uma discussão sobre meu lugar enquanto pesquisador e produtor de conhecimento, a qual apresento brevemente na próxima sessão.

2.2 O Papel do Pesquisador e a Produção do Conhecimento

Acredito que não há conhecimento que não seja intermediado por uma relação direta ou indireta com outro ator social, especialmente nas ciências humanas (RANCI, 2005). Entendo a pesquisa social como marcada pela existência de aspectos intercambiáveis, influenciada e influenciadora do campo, quer o pesquisador queira ou não. Em minha perspectiva, na pesquisa e na comunicação dela, por meio da linguagem acadêmica, o que se propõe é uma tradução. Assim, tendo a concordar que o pesquisador “[...] produz interpretações que buscam dar sentido aos modos nos quais os atores buscam, por sua vez, dar sentido às suas ações. Trata-se de relatos de sentido, [...] narrações de narrações (MELUCCI, 2005, p. 33).

Esse entendimento entrega uma forma de conceber a pesquisa e a produção advinda dela como um texto construído como uma interpretação da realidade social imensurável e que

por isso é sujeito aos condicionamentos e limites que nos escapam. O meu ato de pesquisar e de interpretar os dados foram sempre acompanhados pela consciência do casamento indissociável entre compromisso ético para com a produção/interpretação do conhecimento e a consideração pela dupla dimensão do fazer pesquisa, isto é, a condição de protagonistas e objetos que “eu” enquanto pesquisador e “eles” enquanto pesquisados possuímos (RANCI, 2005; MELUCCI, 2005). No fim das contas, ao refletir sobre a escrita, me pego percebendo que, em a minha narração de narrações, enxerguei apenas uma pequena parte do que se abriu para mim como horizonte de pesquisa.

Considerar a produção do conhecimento por essa perspectiva é admitir que todo espaço de construção de conhecimento, inclusive o solitário escritório de um doutorando, é um contínuo de aprendizado mútuo, marcado pela condição existencial do inacabamento. Pensar a interpretação dos dados a partir daí, foi tomar para mim um imperativo fundamental em minha vida, especialmente na condição de professor: a necessidade de admitirmos nossa condição de humildade epistemológica, o que proíbe a neutralidade no fazer ciência, além de requerer uma circunscrição de uma fronteira intelectual possibilitadora do pesquisador ser inquirido, criticado e responsabilizado. Ter isso em mente, permitiu-me ver o presente trabalho como um conhecimento crítico e criticável (FREIRE, 2002; HARAWAY, 1995; MELUCCI, 2005).

A objetividade que busquei passa por um envolvimento com os atores e com o campo, bem como uma exposição que explicita o dito e o escrito como um texto autoral. Minha pesquisa é uma intervenção ativa de interpretação e de seleção da realidade e de mim mesmo, na medida que o meu interesse em saúde mental relaciona-se com a minha condição de filho de alguém bipolar. Em minha perspectiva, aquele que pesquisa não é somente um analista da realidade social, mas se faz também escritor e narrador (COLOMBO, 2005). Com isso, todo meu texto é parcial, submetido a um olhar específico que direcionou o recorte e a lente por meio de limites e possibilidades. Conscientizar-se disso é também pensar os limites éticos da construção da pesquisa e do texto, de modo a torna-se mais e mais responsável pelo que se diz, escreve e faz (HARAWAY, 1995; COLOMBO, 2005).

2.3 Construção da Abordagem, Qualidade e Preceitos Éticos

Responsabilidade pela construção do conhecimento como um dos pilares da qualidade da pesquisa requer compromisso com preceitos éticos, especialmente em pesquisas como a minha que lidam com questões de saúde. Na construção dos passos da pesquisa foi necessário pensar nos limites e impactos do trabalho no campo, da escrita e da publicidade dos resultados e considerações. Conforme Flick (2009), toda pesquisa intervém no contexto no qual é feita, portanto, para que uma pesquisa ocorra é preciso que esteja eticamente justificada a partir de três critérios: (1) confiabilidade e veracidade; (2) contribuição para resolução de problemas e produção ou avanço de conhecimento e (3) contribuição para melhorar a situação das pessoas.

Meu trabalho cumpre os três critérios estabelecidos na medida que está institucionalmente localizado e atendeu a prerrogativas discutidas em um grupo de pesquisa; avança na discussão sobre estigma e saúde mental no contexto brasileiro e por fim, contribui para a reflexão sobre mundo do trabalho, cuidado e assistência em saúde, portanto, para futuras iniciativas ligadas ao desenvolvimento destas áreas. Além disso, também que foram respeitados os quatro princípios de ética de pesquisa expostos por Flick (2009), que são: (1) respeito à autonomia; (2) beneficência; (3) não maleficência e (4) justiça. Esses quatro princípios, inclusive, me levaram a modificar a maneira como pensei abordar o campo e forma de construir minha interpretação sobre as práticas e concepções dos trabalhadores da atenção básica em seu cuidado com a saúde mental.

Em um primeiro momento, minha intenção era entender como na relação médico-paciente se davam os sinais que apontariam para uma possível estigmatização da pessoa em sofrimento psíquico por parte daquele que deveria tratá-la e cuidá-la. Portanto, minha questão seria a busca dos sinais interacionais do estigma. Esse modo de abordar o problema me levaria a caminhar pelo viés teórico do interacionismo simbólico, o qual não abandonei por completo, mas fui forçado a deixar de lado como principal recurso teórico. Vejamos então o porquê.

O interacionismo implicaria ter que levar em conta o “instante” como *locus* do processo que forma o comportamento e o movimento de “manobra de significados” a ele inerente. Seria necessário atentar para uma característica fundamental das interações, isto é, seu dinamismo intrínseco, o qual coordena as condutas dos atores em interação (BLUMMER, 1980). Neste caso, minha construção de dados, deveria se forçar na copresença e a análise

recairia sobre a ordem interativa, os aspectos da interação face a face e a regulamentação normativa da acessibilidade ao outro, relacionada com ela (GOFFMAN, 2010).

Em outras palavras, minha pesquisa focaria em saber se o indivíduo em sofrimento psíquico, em uma situação na qual se apresentaria como desacreditado - no sentido goffmaniano - seria, nas interações mistas que protagoniza com os trabalhadores da atenção básica, tratado como uma “não-pessoa”, um indivíduo indigno de atenção com a identidade social estragada. Para isso, seria necessário estar atento ao nível de prontidão desses trabalhadores, isto é, a sua disponibilidade para estímulos interacionais e a sua capacidade de gerir uma conduta apropriada - o que é dado a partir das normativas de cuidado - bem como a disciplina e organização de sua imagem como evidência de seu envolvimento interacional.

Com a orientação desse quadro teórico, não era possível negligenciar a observação como ferramenta para a construção dos dados. Por ela, uma análise das regulações sociais do envolvimento interacional dos atores seria possível, já que a avaliação do envolvimento interacional se baseia em expressões externas, o que direciona o olhar para emissão de sinais corporais, por exemplo (GOFFMAN, 2010; GOFFMAN, 2011). A corporeidade dos atores na situação seria um dos elementos fundamentais para uma análise interacionista substancial, pois, “através do corpo, o homem se apropria da substância de sua vida, traduzindo-a para os outros, servindo-se dos sistemas simbólicos que compartilha com os membros da comunidade”⁵ (BRETON, 2009, p. 07). Nesse sentido, o corpo, como contínuo produtor e receptor de sentidos dentro de uma interação, seria um indicador de sinais ao meu olhar.

Contudo, o foco interacionista e a observação como opção metodológica, com todas as suas particularidades, acabaram por se mostrar um caminho inviável. Estar em um espaço em que se lida com questões de saúde, ainda mais para pesquisar questões ligadas ao sofrimento psíquico e sua relação com práticas profissionais, de modo nenhum possui as mesmas propriedades e dinâmicas que sentar em uma praça para observar o relacionamento das pessoas com o espaço público. As implicações éticas do caminho que estava sendo desenhado pela minha reflexão me pareceram um dilema ético. Portanto, um problema metodológico que eu precisei resolver antes mesmo de começar a pesquisa.

Considerando a necessidade de lidar com a tensão entre as fórmulas gerais da ética e as práticas cotidianas da pesquisa (FLICK, 2009), o campo empírico, marcado por situações

5 Para uma produtiva discussão sobre o corpo, recomendo o clássico “Fenomenologia do Espírito” de Merleau-Ponty; o livro “Tabu do Corpo” do antropólogo José Carlos Rodrigues e, por fim, toda a coleção “História do Corpo” dirigida por Alain Corbin e outros, especialmente o volume III.

delicadas, tensões profissionais, constrangimentos, ocultamento identitário e descrédito, se demonstrou um cenário delicado e me levou questões que não pude ignorar. Perguntei-me se minha presença nos locais de atuação das equipes não acabaria contribuindo para um aumento da sensação de incômodo, vergonha e constrangimento de que pessoas em sofrimento psíquico são acometidas frequentemente; também me questionei se estar presente não levaria os profissionais a tentarem mudar suas condutas em um claro esforço de ocultamento de práticas que eles poderiam considerar que eu interpretaria como algo incorreto. Por fim, me questionei se, de fato, eu teria acesso a ambientes como um consultório⁶ e às reuniões da equipe, já que meu campo de pesquisa se configura como um campo *up*, isto é, um espaço de poder onde eu poderia estar sujeito à censura e ao controle (NASCIMENTO, 2010).

Todas essas questões me deixaram desconfortável de continuar abordando o problema dessa forma. Refletindo sobre o que de fato movia o meu trabalho, percebi que a questão da ordem e da normalização eram o cerne de minha problemática e que seria possível refletir sobre isso por outras vias que não uma abordagem interacionista. Escolhi fazê-lo por meio de uma sociologia compreensiva embebida na fenomenologia social, a qual me permitiu continuar abordando o cotidiano e sua construção e as maneiras como agimos para sustentarmos e mudarmos o mundo. A perspectiva escolhida possibilitou-me evitar as angústias e dificuldades que a abordagem da observação me traria e desenvolver minha investigação por meio do uso das entrevistas, me permitindo buscar os contextos de significados próprios da outra pessoa (SCHUTZ, 1979).

Percebi que uma análise enraizada em uma perspectiva interacionista aumentava as chances de quebra dos quatro princípios da ética da pesquisa que citei anteriormente. Além disso, a mudança de perspectiva me permitiu compreender como os conhecimentos que os atores sociais têm à mão, advindos de seus estoques de conhecimento, de acordo com suas representações sociais e *expertise* se relacionam com o fenômeno da estigmatização ou do seu combate no âmbito da atenção básica à saúde mental. Em minha percepção, o referencial já discutido me permitiu, na análise, a construção de uma interpretação que deu conta – mesmo

6 Talvez o consultório seja o lugar onde o impasse de uma pesquisa qualitativa em saúde que tenha a observação como metodologia se demonstre mais expressivo. Lá dentro, o usuário em atendimento pode vivenciar um momento de profundo constrangimento e vergonha diante de um estranho que nada pode fazer por ele e o profissional pode se sentir intimidado com a presença de um pesquisador que, de uma certa maneira, coloca a prova seu trabalho. Pensando nisso, conclui que seria muito provável que o acompanhamento das atividades nos consultórios seria praticamente impossível.

que parcialmente – da ligação entre necessidade de ordenamento/organização da vida social, conhecimento e papel social e fenômeno da estigmatização.

Por fim, preciso registrar que não fui o único a realizar entrevistas, nem participei de todas as etapas da pesquisa que proporcionaram os dados analisados por mim. Apesar disso, todos os integrantes o grupo de pesquisa firmaram o compromisso de tomarem os cuidados necessários para que os entrevistados se sentissem confortáveis e as informações se restringissem aquilo de interesse da pesquisa. Vale ressaltar que todos os entrevistados consentiram as entrevistas e o uso das informações, bem como estavam cientes do caráter da pesquisa. Por fim, minha pesquisa também passou pela análise do comitê de ética em pesquisa da UFPE e o uso dos dados conseguiu aprovação. A pesquisa está registrada com o protocolo 85509517.0.0000.5208.

2.4 Construção dos Dados: Pesquisa Documental e Entrevistas Semiestruturadas

Entendo minha pesquisa como uma espécie de sociologia compreensiva de esforço fenomenológico. Neste sentido, meu intuito foi, partindo do entendimento que a ação humana é interacionalmente e intersubjetivamente significativa, compreender como os atores que trabalham na atenção básica dão sentido a suas condutas e a partir disso pensam e constroem o cenário de cuidado à saúde mental e se há nesse processo estigmatização ou esforço para desestigmatização. Levando em consideração essa ambição, optei logo por fazer uso das entrevistas semiestruturadas, entendendo que seria o recurso mais adequado.

Todavia, utilizar somente as entrevistas me pareceu restringir a análise e eu gostaria de tentar compreender a questão da atenção básica à saúde mental mais amplamente. Assim, resolvi dar atenção também para alguns documentos que versam sobre a atenção básica e sua relação com a saúde mental em contexto nacional e também estadual, de modo que eu pudesse ter noção – mesmo que parcial e pequena – da ligação entre a conduta dos profissionais e a maneira como os paradigmas atuais sobre a saúde enxergam o cuidado para com a saúde mental. Portanto, além dos relatos dos trabalhadores da atenção básica, foi alvo de minha atenção documentos sobre ela.

2.4.1 Construção da Pesquisa Documental sobre Atenção Básica à Saúde

Optar pela pesquisa documental como parte desse trabalho é fruto de um entendimento que percebe nisso a possibilidade de resgate de informações importantes e de contextualização em nível social e político mais amplo, as quais, para análise dos relatos que as entrevistas trouxeram, se mostraram fundamentais (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009). Conforme o meu objetivo, a análise dos documentos teve por finalidade acessar informações relacionadas as questões basilares do meu trabalho. Para lê-los de maneira mais acurada, esbocei algumas questões orientadoras, tais como: de que maneira a saúde é concebida nos documentos? Como o conceito de cuidado é entendido? Quais são as diretrizes sobre o funcionamento da rede e dos seus trabalhadores? Há alguma preocupação com o estigma?

Considerando a complexidade das perguntas, meu intuito foi utilizá-las como guias e não como principais objetivos para a construção dos meus dados. Meu foco principal, portanto, ainda são as respostas daqueles profissionais e trabalhadores específicos em um contexto particular, mesmo que tais respostas possam apontar para uma realidade mais ampla que aquela do contexto particular. Sendo assim, a pesquisa documental não teve por intento uma análise aprofundada dos documentos, mas a constituição de uma espécie de panorama da tessitura institucional que os entrevistados integram e performatizam em seus papéis sociais. Em outras palavras, os documentos me permitiram construir superficialmente as características da ambientação onde tais atores sociais conduzem o cuidado à saúde mental.

Como não poderia ler de forma indiscriminada os documentos, elenquei as seguintes condições como critérios de escolha: (1) informações gerais sobre o trato das pessoas com transtorno mental nacionalmente, em especial no nível básico de assistência; (2) informações e diretrizes sobre o exercício profissional dos trabalhadores ligados a atenção básica em relação à saúde mental; (3) informações ligadas a rede de atenção à saúde mental em nível estadual. As três condições tiveram como pano de fundo o desejo de compreender as concepções de saúde mental e cuidado sustentados em tais documentos e a estrutura a nível estadual disponível para a implementação do que está escrito.

A partir disso, foram alvos de leitura e análise os seguintes documentos: Plano Estadual de Saúde 2020-2023; Plano Estadual de Saúde 2016-2019; Caderno de Atenção Básica de 2013; Política Nacional de Atenção Básica de 2012; Caderno de Atenção Básica: diretrizes NASF de 2009; Relatório Ministério da Saúde: reforma psiquiátrica e política de

saúde mental no Brasil de 2005 e, por fim, também foram lidas a lei federal nº 10.216/2001 e a lei estadual nº 11.064/1994.

2.4.2 Construindo as Entrevistas Semiestruturadas

Uma entrevista é uma interação social, uma espécie de produção conjunta de conhecimento que tem por objetivo principal a compreensão do mundo da vida daquele que é entrevistado. Para a facilitação do processo de construção desse conhecimento, optei por entrevistas semiestruturadas, as quais seriam guiadas por um roteiro, isto é, um conjunto de tópicos guias que orientam os pontos da conversa, dando conta dos fins e dos objetivos da pesquisa e também dos horizontes teóricos (GASKELL, 2008). O roteiro utilizado na minha pesquisa foi construído coletivamente e serviu não somente para o meu recorte como também para os demais objetivos ligados a pesquisa mais ampla já citada.

A construção do roteiro da entrevista e especialmente as perguntas por mim sugeridas seguiram a diretriz proposta por Becker (2007). Em conforme com o sociólogo americano, minhas perguntas foram pensadas tendo o “como” no lugar do “por que”, pois perguntas assim “eram menos restritivas, convidavam-nas [as pessoas] a responder de qualquer maneira que lhes conviesse, a contar uma história que incluísse qualquer coisa que pensassem que deveriam incluir para fazer sentido. Essas perguntas não pediam uma resposta certa [...]” (BECKER, 2007, p. 53). Tal diretriz foi fundamental para mim, pois me permitiu conseguir um conjunto de informações mais substanciais, já que os entrevistados se sentiram mais impelidos a descrever suas condutas e impressões do que justificá-las.

Além disso, tentei ter consciência da complexidade da feitura de um roteiro e também da dinâmica da entrevista, percebendo que conforme a dinâmica desenvolvida durante a entrevista suas argumentações poderiam sofrer mudanças, afetando o que é dito e ocultado, conforme suas impressões sobre o enfoque da pesquisa ou por influência de atores sociais (POUPART, 2008). Embora o esforço que eu e toda a equipe tenhamos feito para que a entrevista saísse da melhor maneira possível, respostas reticentes, perguntas não compreendidas na primeira indagação ocorreram e isto eu percebi na análise preliminar das entrevistas.

Falando especificamente do processo de construção das questões, posso dizer que as perguntas partiram do geral ao específico, mantendo um tom amigável, enquanto carregavam estratégias para inquirição da veracidade das respostas, mais especificamente, algumas delas

eram repetidas ou enfatizadas em diferentes momentos da entrevista de modo a tentar extrair um aprofundamento das informações ou algum tipo de contradição (FONTANA; FREY 2012). De maneira sucinta, é possível resumir as orientações tópicas para minha entrevista estarão estruturadas nos seguintes aspectos guias: 1) concepções e práticas sobre e para a saúde mental/sofrimento mental no exercício profissional e fora dele; 2) diretrizes de promoção à saúde mental na atenção básica, 3) concepções sobre estigma e consequentemente situações dentro desse universo que caracterizem o estigma ou um esforço de desestigmatização.

Além da definição do roteiro, era necessário também construir os critérios para aqueles que seriam entrevistados. Os critérios constituem parte importante da transparência dos procedimentos metodológicos e permite também um afinamento de dados. Na seleção das entrevistas, se levou em consideração o seguinte: (1) os entrevistados deveriam ser de Agrestina e de Caruaru, mais especificamente de Barra de Jardim e de Serra Velha, pois eram comunidades rurais escolhidas dos municípios; (2) deveriam também trabalhar direta ou indiretamente na assistência ou fazer uso do serviço de cuidado à saúde mental na atenção básica, por fim, (3) no caso dos trabalhadores, o exercício do trabalho deveria apresentar alguma experiência ligada a assistência à saúde mental.

Levando em conta os critérios acima, foi possível analisar duas entrevistas com enfermeiras, duas com médicos e dez com agentes de saúde, compondo assim duas equipes de saúde da família, lotadas cada uma em uma unidade básica de saúde de um Caruaru e Agrestina respectivamente. Além dessas entrevistas, analisei também entrevistas de cinco usuários residente nas comunidades, que me permitiram acessar de forma mais direta – embora não fosse de fato o meu alvo de análise – a percepção desses usuários da rede no tocante a sua eficiência e também em questões ligadas ao estigma. Por fim, também foram alvos de minha análise as falas de três coordenadores vinculados ao cuidado à saúde mental e a atenção básica na cidade de Caruaru. Infelizmente, não foi possível recuperar os dados das entrevistas com os coordenadores de Agrestina.

Ainda sobre os dados, preciso reconhecer que tive sérias dificuldades em construir um perfil geral dos meus entrevistados. Embora tais informações tenham sido coletadas por meio de questionários, a digitalização dos dados não foi feita pela equipe do grupo de pesquisa e o banco de dados remoto não possuía – até o momento da escrita e revisão desta tese – os arquivos que dariam acesso a informações como tempo de vínculo empregatício, época de

formação, tempo de atuação profissional, entre outras informações. Algumas razões podem ser descritas como justificativa para essa falta. A primeira delas, liga-se a minha própria saúde mental e vida profissional que me levou ao afastamento de algumas etapas da catalogação dos dados, incluindo essa dos questionários. A segunda e mais importante é a pandemia do COVID-19 em 2020, responsável pela obrigatoriedade de atividades remotas na pandemia e impossibilidade de recuperação dos questionários guardados na sala do grupo de pesquisa.

De toda forma e da melhor maneira que encontrei, tento apresentar, logo abaixo, um quadro sumarizado dos entrevistados de forma a garantir um melhor esclarecimento sobre quem protagonizou junto comigo essa pesquisa.

Quadro 1 – Perfil dos Entrevistados Sumarizado

Relação com a Atenção Básica	Quantitativo de Entrevistados	Cidade		Gênero	
		<i>Caruaru</i>	<i>Agrestina</i>	<i>Masculino</i>	<i>Feminino</i>
Agente de Saúde	10	5	5	3	7
Coordenadores/ Gestores	3	3	-	1	2
Enfermeira	2	1	1	-	2
Médico	2	1	1	1	1
Usuários	5	3	2	1	4

Fonte: NASCIMENTO, 2020

No mais, sabendo que a finalidade da pesquisa qualitativa é explorar pontos de vista e perspectivas sobre um assunto, não me senti constrangido em pensar muito sobre a quantidade de entrevistas, mas na qualidade delas, o que significou conversar com atores sociais considerados por mim como fundamentais para minha análise. Dentro desse aspecto, minha preocupação foi “se os entrevistados foram capazes de trazer conteúdos significativos para a compreensão do tema em questão” (FRASER; GONDIM, 2004, p. 147), algo que acredito que ocorreu.

2.5 Análise dos Dados: análise de conteúdo

Seja para as entrevistas ou para os documentos, o método de análise que escolhi foi a análise de conteúdo. Para ambos os casos, a escolha se deu porque minha atenção estava direcionada para o caráter semântico dos dados, naquilo que é dito em um texto (BAUER,

2008). Todavia, o foco das análises difere de acordo com a fonte sutilmente. No caso das entrevistas, a intenção foi pensar as concepções e as práticas no cotidiano do exercício profissional, em relação aos documentos minha intenção foi construir um panorama sobre as diretrizes e a estrutura que ampara as práticas do cotidiano dos trabalhadores da atenção básica.

Na análise dos documentos eu construí uma síntese das informações contidas, de modo a identificar os aspectos mais relevantes para meu objetivo tendo em vista o que foi discutido teoricamente. Foram fundamentais os elementos teóricos ligados a discussão sobre estigma e desestigmatização, bem como as características mais amplas inauguradas pela reforma psiquiátrica no que toca ao cuidado. Tomando tais preceitos como ponto de partida, o texto foi construído de forma a enfatizar como os documentos apresentam ferramentas para pensar o cuidado a saúde mental como algo integral, atentando para como auxiliariam na identificação e combate do fenômeno da estigmatização.

Dessa maneira, embora não tão sistematizada quando a análise das entrevistas, a síntese construída apresenta uma ordem que orbita dois eixos mais gerais: (1) as características ideais do cuidado à saúde mental no âmbito da atenção básica, portanto, as diretrizes que deveriam servir de base para o conhecimento do exercício profissional dos trabalhadores na atenção básica e (2) as características concretas da rede de assistência, portanto, a estrutura capaz de garantir a base ideal para a ação dos trabalhadores. Esses dois eixos mais gerais foram divididos em quatro sessões que guiaram a leitura dos documentos, o primeiro eixo é abordado de maneira mais substancial nas duas primeiras sessões, enquanto o segundo nas duas últimas sessões.

Em relação as entrevistas, o uso da análise de conteúdo objetivou produzir inferências do conteúdo passíveis de trazer o sentido do contexto (CAREGNATO; MUTTI, 2006). Sabendo que “A análise de conteúdo nos permite reconstruir indicadores e cosmovisões, valores, atitudes, opiniões, preconceitos e estereótipos” (BAUER, 2008, p. 192), tentei compreender como os trabalhadores da atenção básica veem o papel da atenção básica, como veem sua relação com a promoção à saúde mental e como isso se relaciona com o estigma. Em busca da semântica das informações, busquei sistematizar os aspectos da mensagem e o seu valor informacional, especificamente argumentos e ideias expressas.

Considerando isso, minha análise se constituiu de uma análise temática (MORAES, 1999). Meu desejo foi utilizá-la para a reconstrução, em forma de tradução para linguagem

sociológica, daquilo que dá sentido ao mundo e as práticas dos trabalhadores da atenção básica. Fazendo isso, me propus refletir sobre como em seu cotidiano questões ligadas ao cuidado, a estigmatização e a uma agenda de superação do estigma se apresentavam ou não. Deste modo, trabalhei em uma categorização temática, a partir do meu horizonte teórico, esforçando-me para torná-las válidas, mutuamente exclusivas, consistentes, exaustivas e homogêneas (MORAES, 1999).

Tal categorização me permitiu construir um eixo de análise composto por: (1) Formação Profissional, eixo que sintetiza o estoque de conhecimento ligado ao sistema médico ocidental e aos preceitos deste para com a saúde mental; (2) Concepção sobre Transtorno Mental, eixo tratante da percepção dos entrevistados sobre o que é o transtorno mental; (3) Prática Profissional, Cuidado, Estigmatização e Agenda de Superação ao Estigma eixo que resume a maneira como os entrevistados veem o cuidado à saúde mental em sua prática, bem como indícios sobre os processos ligados ao estigma.

Depois, fiz a identificação das amostras de informação a partir de uma leitura atenta das entrevistas tendo por aporte dessa leitura meu horizonte teórico; posteriormente, o estabelecimento dos fragmentos textuais, os elementos a serem classificados, a partir de seu sentido contextual e das categorias; em seguida, trabalhei na formação de um quadro analítico de duas colunas, onde eu apresento as categorias que permitiram a criação do eixo analítico e os indicadores sintetizadores das informações dos fragmentos textuais já tratados, bem como sua explicação. Com estes passos, sintetizei as informações contidas nas entrevistas, destacando seus aspectos mais importantes à pesquisa. (MORAES, 1999).

3 O REAL, O NORMAL E A LOUCURA

Nas próximas linhas, discutirei alguns dos meus pressupostos teóricos, de modo a ambientar você as bases que me permitiram construir a discussão apresentada logo mais. Meu intuito foi apresentar uma reflexão teórica que expusesse de maneira sólida a relação entre conhecimento, sustentação da normalidade e ações sociais difusas de atores engajados em redes de sociabilidade. Para isso, apresento o entendimento da realidade como socialmente construída, discuto o fenômeno do estigma, os entendimentos sobre a dicotomia saúde e doença, bem como a polissemia conceitual que orbita a saúde mental, no esforço de normalização das desordens mentais. Neste mesmo capítulo, também apresento uma breve explanação sobre o conceito de sistemas médicos, sua relação com o conhecimento e com a *expertise* profissional enquanto caminhos de interpretação de fenômenos complexos de cunho biológicos e sociais.

3.1 Notas sobre a realidade enquanto construção social

O mundo social é o pressuposto da existência enquanto fenômeno humano, social e simbólico. Ele é o mundo da vida e é impossível pensá-lo como significativo sem entendê-lo como produzido interacionalmente, pois ontologicamente somos relacionais (SCHUTZ, 1979; FONTES, 2014). Neste sentido, a “dimensão existencial do nós” não é somente pressuposto, mas também condição *sine qua non* da realidade que construímos. O mundo social não é uma mera agregação de pessoas, mas uma rede de relacionamentos, um conjunto de indivíduos agindo com outros, contra outros e em referência aos outros, a partir de impulsos, interesses e buscas plurais. Em suma, é uma realidade marcada por sociação, na qual os indivíduos se desenvolvem em conjunto, direcionando-se a uma unidade onde seus interesses se realizam (SIMMEL, 2006).

Portanto, o mundo da vida não é somente um lugar ou o meu lugar, mas é o lugar. Ele é marcado por uma atitude específica da minha consciência, um estado de atenção máxima não só ligado à possibilidade de percepção e ação ou mesmo à possibilidade de interação social. Mas, a imposição dessa realidade, que leva a minha consciência ao exercício maciço dela mesma, na medida que esta realidade se impõe como a realidade de vigília. Apenas nesta realidade percebo que não posso entrar na mente de quem interage comigo e também é apenas nela que tenho a capacidade de me colocar entre parênteses, recortar-me do meu fluxo

existencial e fazer-me objeto de mim mesmo em um processo de reflexividade (SCHUTZ, 1979; BERGER; LUCKMANN, 2009).

Esse mundo é construído a partir da agregação dos que já estiveram nele, daqueles que estão e dos que ainda chegarão. A realidade em vigília, portanto, possui um tempo que é a síntese do meu tempo, do tempo dos meus contemporâneos, dos que já se foram e dos que só existem como possibilidade no meu tempo e no tempo dos meus contemporâneos. Criada por mim e por outros, essa realidade se objetiva, se apresenta como coisa *sui generis*. Dotada de fatos sociais, é também constituída de uma dialética fundamental: ela é produzida pela relação entre o ser humano e este mesmo mundo, na medida que ambas as partes atuam reciprocamente uma sobre a outra (DURKHEIM, 2014; BERGER; LUCKMANN, 2009).

A possibilidade de intercomunicação, a organização social e a cultura nos permeia, enlaçando-nos em teias invisíveis. Há estrutura não porque há indivíduos ou porque existe algo além desses indivíduos somente, mas através da conjugação dessas partes que formam um todo diferente delas. Exatamente por causa disso, o mundo da vida é um mundo que se origina no pensamento e na ação, um mundo do qual só posso participar, na medida que o faço juntamente aos meus semelhantes, sendo, dessa forma, um mundo intersubjetivo, que é meu e alheio a mim ao mesmo tempo (BERGER; LUCKMANN, 2009).

O mundo da vida, interior e exterior ao meu eu, é narrado, pensado e vivido preponderantemente pela linguagem. A linguagem é a chave que permite trazer à consciência algo que é comunicado e faz o que já existe existir significativamente para nós. Ela revela o “ser” na medida que intenciona a consciência – isto é, permite que voltemos a nossa atenção – para o ser de modo que se apresente como ente, uma vez que o experienciamos. A linguagem, como instituição social ordenadora do mundo, é “a argamassa do real”. Ela encerra o modo de dizer as coisas, o modo de nomear os eventos e objetos. Considerando isso, a existência significativa só é possível na medida que nomeamos, mas nomear já inclui uma generalização, uma tipificação (SCHUTZ, 1979; BERGER; LUCKMANN, 2009).

Neste sentido, a linguagem fornece a possibilidade de objetivação das experiências, agrupando-as em amplas categorias que possuem um sentido intersubjetivamente dado. Em uma dimensão geral, a linguagem atualiza o mundo e é a ponte que permite a realidade vivida se impor como a realidade verdadeira⁷. Assim, se pode dizer, nomear é um ato de normalizar, haja vista a nomeação ser um procedimento que permite a compreensibilidade de experiências

⁷ Isso ocorre porque a linguagem, conforme Berger e Luckmann, se apresenta como o recurso pelo qual traduzimos as demais realidades experienciadas - tal como os sonhos - de modo a torná-las inteligíveis

semelhantes. Dito de outra forma, nomear permite que o vivenciado na percepção do real de uma coisa seja transferido para outra e que ambas possam ser entendidas como representantes de um tipo dessa mesma coisa, sendo, inclusive, geral o bastante para abraçar possíveis particularidades (SCHUTZ, 1979; BERGER; LUCKMANN, 2009).

A experiência coerente do mundo só é possível porque os atores sociais se engajam em um procedimento que envolve a relação entre a linguagem e a experiência (BERGER; LUCKMANN, 2009), o qual tem, no exercício da nomeação, seu passo primeiro, desenvolvendo-se posteriormente em formas de reconhecimento e identificação. Nomear, reconhecer e identificar são operações baseadas, como aponta Schutz em seu estudo sobre a obra de Husserl, em um conhecimento de generalização, isto é, na construção de tipos ou de manifestações típicas daquilo que é nomeado (SCHUTZ, 1979; BERGER; LUCKMANN, 2009).

Essas tipificações não são produtos individuais, mas estão localizadas na história e são entregues via processo de socialização. Embora um exercício cognitivo nosso, o ato de tipificar submete-se à intersubjetividade e se relaciona com nossas redes sociais, carreira e biografia (HUGHES, 2005). Essas mesmas tipificações nos formatam de modo que nossa identidade, cosmovisão e relacionamentos com o outro e conosco mesmos são intermediados por elas. Portanto, no entendimento da realidade como uma construção social, a consciência da seguinte dialética é fundamental: a existência do ser humano e o mundo são realidades que se retroalimentam. Em outras palavras, ser humano e mundo social atuam reciprocamente um sobre o outro (SCHUTZ, 1979; BERGER; LUCKMANN, 2009).

Essa dialética tem seu fundamento na condição dos seres humanos como seres simbólicos, na extrema dependência do aprendizado de sistemas específicos de significado; recursos que permitem a auto-orientação no decorrer do fluxo das experiências do mundo. Essa auto-orientação, em uma perspectiva fenomenológica, possui dois sentidos: um expressivo e um interpretativo, que atuam diretamente em favor da comunicação e construção da existência social, correspondendo aquilo que Schutz (1979) chama de estoques de conhecimento e apresentando-se como parte de um mecanismo de controle – a cultura – o

qual responde a necessidade humana intrínseca de ordenação comportamental⁸ (GEERTZ, 1989).

Esse mecanismo de controle que delimita a plasticidade natural, ao nos entregar uma maneira específica de viver, inaugura uma concepção relativamente natural do mundo, partilhada por todos integrantes de uma sociedade ou grupo. O pensar como sempre responde ao anseio básico que todos temos por previsibilidade e segurança. Apreender a maneira usual que se pensa o mundo é o primeiro passo para reforçar sua normalidade, pois significa utilizar o padrão cultural para eliminação de situações problemáticas através de entendimentos pragmáticos e tidos como autoexplicativos e confiáveis. De certa maneira, o pensar como sempre está implicado ao sistema comum de tipificação (SCHUTZ, 1979).

Portanto, se pode afirmar que a realidade construída socialmente possui esquemas - roteiros flexíveis – que estabelecem modos para se lidar com pessoas e eventos. Um contínuo de tipificações é o recurso pelo qual se apreende no viver da vida a realidade social que estamos inseridos. Este recurso é passagem e estrada para transitarmos no mundo, realizando compreensões intersubjetivas e ações ordenadas. Neste processo de ações difusas e aparentemente não conectadas, empreendemos a construção de um elemento fundamental para a realidade: a estrutura social⁹ (BERGER; LUCKMANN, 2009; HERITAGE, 1999).

A estrutura social é possível porque a atividade humana é potencialmente habitual, o que promove padronização. Há no processo de habitualização, o alívio de tensões resultantes da nossa falta de dispositivos instintivos; o fundamento da possibilidade da deliberação e da inovação, pois a atenção pode ser redirecionada para fatores problemáticos; há também a possibilidade de reunião de situações sobre a mesma predefinição, de modo que se lide com elas através de soluções padronizadas, surgindo disso o fenômeno da institucionalização. Levando isso em consideração, a estrutura social é dependente das instituições sociais, na medida que estas são padrões originados na sociedade que se colocam sobre os indivíduos de

8 A questão fundamental aqui é essa: nossos padrões de comportamento não são dados por fonte genética de informação, nosso pensamento é dependente dos outros significativos e é basicamente social e público. O desenvolvimento de um ser humano ocorre através da influência e sustentação de um código expressivo comum. Em suma: “o homem precisa tanto de tais fontes simbólicas de iluminação para encontrar seus apoios no mundo porque a qualidade não simbólica constitucionalmente gravada em seu corpo lança uma luz muito difusa.” (GEERTZ, 1989, p. 57)

9 Aqui estou tomando como definição de estrutura social a concepção de Berger e Luckmann (2009, p. 51) Nas palavras dos autores: “a estrutura social é a soma dessas tipificações e dos padrões recorrentes de interação estabelecidos por meio delas”

modo a orientar – enformar – suas ações (BERGER; LUCKMANN, 2009; BERGER; BERGER, 2008).

A estrutura social sintetiza o processo pelo qual a realidade socialmente construída é possível, isto é, o processo de exteriorização, objetivação e interiorização (BERGER; LUCKMANN, 2009). Esse processo se mantém funcionando constantemente em âmbito interacional, atualizando-se, remodelando-se e permitindo à realidade sua sustentação – *mutatis mutantis* – na interiorização da exterioridade e na exteriorização da interioridade (PERTERS, 2014). Todo esse complexo enredamento que permite a realidade ser concebida, apreendida, alimentada e aprendida responde a uma necessidade humana fundamental: uma necessidade de segurança ontológica, definida como uma espécie de ansiedade existencial de experienciar o mundo societário como seguro, confiável, dotado de inteligibilidade, previsibilidade e ordem (PERTERS, 2017).

Nós convivemos para sermos humanos e aplacarmos a ansiedade existencial. O nosso bem-estar, sentimento de pertencimento, apoio e segurança dependem dos nossos laços sociais, sejam fracos ou fortes (NASCIMENTO, 2018; SIMMEL, 2006; FONTES, 2014). Mas, o convívio só é possível por meio da regulação, assim a ordem social, que precede o nosso desenvolvimento, transforma a abertura para o mundo – que nos é intrínseca – em um fechamento. Portanto, nossa plasticidade possui um objetivo: garantir a direção e a estabilidade que os instintos não garantem. Todo nosso organismo, enquanto se constitui, interage com o mundo natural e social para que sejamos capazes de, ao produzirmos a nós mesmos, também produzirmos a realidade que nos cerca (BERGER; LUCKMANN, 2009).

A produção da realidade se opera na produção da exteriorização, ou seja, tipificações de condutas. Nisto se constrói a normalidade, cristaliza-se o real e se produz um ambiente estável. Na construção da realidade, o ser humano normaliza os eventos que experimenta e orienta seus impulsos por um dos muitos caminhos possíveis, aplacando a incerteza e ocultando a existência do imprevisível. Passo a passo, institucionalizamos nossas práticas, governamo-nos, enredamo-nos e criamos uma integração baseada em uma solidariedade tácita garantidora de que cada um, mesmo no seu confinamento interior, olhe para o mundo e afirme com confiança que ele é real.

Pensamos como sempre, portanto, porque tipificamos e sedimentamos as tipificações, que nos engolfam através da encarnação delas nos papéis que nos são impostos através das instituições. Nós construímos a realidade e isto significa empreender em uma obra de

previsibilidade, segurança e rotinização. A empresa do real no qual todos estamos envolvidos é uma empresa de geração de confiança, do normal e da normalização do estranho e do bizarro. A realidade é instituída e reinstituída por atores motivados e habilidosos nos diversos cenários onde agem e interagem. Em suma, nós construímos conjuntamente o ambiente humano com a totalidade de suas formações culturais e psicológicas, ambiente que se impõe sobre todos (PETERS, 2017; BERGER; LUCKMANN, 2009; SUASSUNA, 2014).

3.1.2 As Representações Sociais e sua Contribuição para Construção da Realidade

Ao afirmarmos que a realidade é construída pelos seres humanos mas também se impõe sobre eles, dizemos que existe uma influência recíproca da agência dos indivíduos e da estrutura social. Neste sentido, a realidade é vivida por meio de categorias subjetivamente e historicamente formadas através da operação cognitiva dos diversos grupos de pertencimento. O entendimento é intermediado, não se inclina de forma “limpa” para os eventos percebidos. Portanto, não se pode estabelecer relações com o mundo e as coisas sem pontes que dirigem nossa atenção e consciência¹⁰ (SÊGA, 2000).

Enquanto indivíduos, empreendemos a construção da realidade e estamos imersos em uma rede interacional, garantidora de uma economia emocional, mental e corporal pelas quais construímos o sentido da vida (NASCIMENTO, 2018). Por causa disso, “todos nós vivemos de óculos” fornecidos pelos grupos que estamos vinculados e que moldam a maneira como vemos o mundo, as pessoas e nós mesmos. Essas lentes são maneiras específicas de dar conta da realidade; são uma espécie de conhecimento prático capaz de dar sentido às situações que os atores sociais vivem.

10 Existe uma relação importante entre teoria das representações sociais e a fenomenologia enquanto corrente filosófica, o que é proveitoso no meu esforço de construção de um olhar sociológico utilizando como alguns dos meus recursos a fenomenologia social e as representações sociais. A teoria das representações sociais é devedora de alguns conceitos fenomenológicos, tais como o conceito de mundo da vida (*Lebenswelt*) de Husserl e a reflexão sobre corporeidade e percepção de Merleau-Ponty. Ambos os conceitos serviram ao Moscovici na sistematização de sua teoria no tocante a experiência da vida enquanto sistema dinâmico e aberto e seu entendimento de percepção.

Para uma reflexão panorâmica sobre a construção da teoria das representações sociais conferir: MARKOVA, Ivana. A fabricação da teoria de representações sociais. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 47, n. 163, p. 358-375, Mar. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742017000100358&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Sept. 2020.

Para uma reflexão introdutória do conceito Husserliano de *Lebenswelt* conferir: MISSAGGIA, Juliana. A noção husserliana de mundo da vida (*Lebenswelt*): em defesa de sua unidade e coerência. **Trans/Form/Ação**, Marília, v. 41, n. 1, p. 191-208, Mar. 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31732018000100191&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Sept. 2020.

Essas maneiras específicas de interpretação e reflexão da realidade são alimentadas pelo contexto social desses atores e influenciam esse mesmo contexto através da maneira pela qual os atores agem. Essas lentes podem ser chamadas de representações sociais e se apresentam como uma espécie de interface entre a coletividade e o indivíduo. As representações, nesse sentido, auxiliam na nossa operação de compreensibilidade do mundo, pois são a síntese de percepções, reações, noções, opiniões e impressões organizadas em uma sequência determinada, mas não bem definidas¹¹ (SÊGA, 2000; MOSCOVICI, 2007).

As representações sociais também são responsáveis pela impercepção que temos de coisas óbvias, ou seja, pela visão parcializada daquilo que está onde estamos. Elas contribuem para a fragmentação da realidade, na medida em que se apresentam como um recurso para a classificação de pessoas e coisas, tornando-as invisíveis ou visíveis e oferecendo as imagens necessárias para o trânsito da aparência à realidade. As representações sociais são guias na maneira que nomeamos e definimos os diversos aspectos do cotidiano, no modo de interpretar esses aspectos, nas nossas decisões e na forma como nos posicionamos frente a esses mesmos aspectos, contribuindo para a existência de uma realidade comum (MOSCOVICI, 2007).

Elas são um elemento organizador da cognição e estão implicadas nas experiências vividas do e no mundo da vida, no fundamento da atitude natural e no pensar como sempre (SCHUTZ, 1979), portanto, no reconhecimento do cenário que nos cerca como real, familiar e normal. As representações, enquanto modalidade de conhecimento prático orientada para a compreensão do contexto material, ideativo e social, são fundamentais para a orientação das ações e da comunicação (SPINK, 1993; JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2007). Nesse processo, servem à normalização do mundo cotidiano no enfrentamento do não familiar. Funcionando como a “argamassa da realidade”, sintetizam definições compartilhadas por um grupo e uma visão consensual do real, manifestando-se como um saber que sempre tem algo a afirmar sobre o estado da realidade, principalmente em momentos problemáticos (JODELET, 2001).

11 Podemos fazer uma aproximação com o conceito de zonas de relevância de Schutz. As zonas de relevância tem a ver com as diversas camadas de construção dos nossos mundos da vida e remetem diretamente ao organização e ordenamento deste mundo, sendo fundamentais para sua significação na medida que distribuem o conhecimento que temos para agir e entender o mundo, conforme a necessidade do seu uso. As zonas de relevância operam no nível dos nossos interesses, do arbítrio, bem como em um nível que nos é imposto, portanto, exterior. Seja no nível extrínseco ou intrínseco, as zonas de relevância são fundamentais para o processo de tipificação e implicam em uma espécie de atenção seletiva, que, em minha visão, pode ou não ser voluntária e intencional. Para esclarecimentos sobre o conceito schutziano de zonas de relevância, conferir o capítulo 5 do livro *Fenomenologia e Relações Sociais*, referenciado na bibliografia.

As representações agem na vida social através de duas operações fundamentais à sustentação do real: a objetivação e a ancoragem. Pela primeira, dá-se concretude imagética ou ideativa àquilo que é abstrato, tornando-o passível de entendimento e conceitualização, neste movimento, se torna possível a compreensibilidade, comunicabilidade e a naturalização, de tal modo que o alvo da objetivação se torna elemento da realidade. Pela segunda, informações sobre algo são classificadas, tendo por base aquilo que já se tem como familiar, neste movimento, o que é intrigante, problemático ou estranho é interpretado. Ambos os processos estão enraizados na memória coletiva e no substrato intersubjetivo da realidade, já que a objetivação é um dos seus elementos germinais e a ancoragem uma das características que a reforça (JODELET, 2001; SPINK, 1993; WACHELKE; CAMARGO, 2007).

Assim, representações sociais constituem a realidade, operando ajustes significativos, ganhos de compreensibilidade e formando a coerência, de modo a criar o que é óbvio. Mas, não só isso, pois quando a obviedade necessita de reforço ou se defronta com algo problemático, as representações inserem a problemática no repertório de categorias já existentes. Resumidamente, por meio da objetivação e da ancoragem as representações sociais são um conhecimento voltado para a normalização (TRINDADE; SANTOS; ALMEIDA, 2014). Nas palavras de Moscovici, (2007, p. 54) “a finalidade de todas as representações é tornar familiar algo não-familiar ou a própria não-familiaridade”, por isso, podem ser pensadas como instrumentos para a interação e integração.

Quando um ator se depara com um evento interacional que rompe com as regras de encaixe da situação¹² (GOFFMAN, 2010) tornando-a problemática, de modo que a atitude natural é quebrada, o ator em questão fará uso de suas representações sociais ao acessar seus estoques de conhecimento para montar um repertório capaz de dar sustentação às suas ações diante da crise que se instalou e promoveu ansiedade no momento. Transfere-se a perturbação para o comum, possibilitando o enquadramento do estranho em uma categoria conhecida. Desse modo, instrumentalizam-se os repertórios culturais e institucionais aprendidos durante toda carreira social em um esforço de produzir uma compreensão para o ocorrido que seja plausível dentro e fora da interação face a face.

Portanto, frente aquilo que perturba o que é encarado como normal, as representações sociais agem como estabilizadores (MOSCOVICI, 2007; TRINDADE; SANTOS;

¹² Me refiro aqui a uma postura que todos os indivíduos, conforme Goffman (2010, p. 21) precisam ter em encontros sociais. Nas palavras do próprio autor: “o indivíduo deve ser “bom” e não causar um escândalo nem uma perturbação; ele não deve atrair atenção indevida [...] deve permanecer no espírito ou no *ethos* da situação [...] não deve parecer deslocado”.

ALMEIDA, 2014). Elas se demonstram um sistema de interpretação do mundo que atribui ao objeto um significado. Todo o processo se integra em quatro dimensões: a individual, ligada ao modo como os indivíduos organizam sua experiência com o meio ambiente; a situacional, onde as dinâmicas interacionais e a necessidade de sustentação têm prevalência; a intergrupar, que remete as posições identitárias e as regulações operacionalizadas por elas nas duas outras dimensões e a dimensão societal a qual enfoca os sistemas de crenças, os repertórios culturais e ideológicos (ALMEIDA, 2009).

Há sempre uma tensão entre a apreensão e uso individual da representação como guia cognitivo e as regulações entregues pela dimensão societal, o que em resumo implica que o processo de normalização é plástico e dialético. Em suma, isto nos permite afirmar que as representações são alimentadas pelo contexto social e influenciam esse mesmo contexto através da maneira pela qual os atores agem (SÊGA, 2000; ALMEIDA 2009). Esse processo é contínuo e dinâmico, apresentando o cruzamento de diversas representações, bem como diálogos e disputas no que toca à prioridade no processo de significar o mundo. Essa imbricada relação se insere nas entranhas das interações, respondendo às situações sociais e, portanto, demonstra-se como dinâmica e contextual, embora submetida ao repertório cultural mais amplo (SÁ, 1996; CASTORINA; BARREIRO, 2007).

Representações sociais se modificam a partir das demandas que a situação social carrega. Essas levam os atores em interação a utilizarem os substratos intersubjetivos disponíveis para lidar com o que está sendo apresentado. Todavia, elementos inesperados podem levar a reconfigurações interacionais e as situações sociais comumente consideradas normais se transformam em eventos problemáticos. Em tais situações, as práticas sociais podem ser levadas ao revisionismo e com elas as regras de significação na medida em que é o processo da coexistência grupal que fomenta e mantém as normas e não o contrário.

De frente a algum evento novo, bizarro ou incompreendido, uma fissura nos significados disponíveis pode se manifestar e os grupos são levados a produzir um novo conteúdo para preencher o vazio de sentido. Com isso, os indivíduos apresentam ações atípicas e as justificam construindo boas razões, que podem se desenvolver para novos esquemas de significação, desse modo permitindo a possibilidade de transformações das representações. Nesse sentido, o revisionismo das práticas, manifesto em ações atípicas, pode levar à modificação dos fatores não essenciais de uma representação ou mesmo seu núcleo central. (BERGER, 2001; BLUMER, 1980; SÁ, 1996).

Essas justificações para as “boas razões” são trazidas de referenciais que não aqueles habitualmente utilizados para responder à situação social agora entendida como problemática. Eles são “pescados” fora das representações sociais que haveriam de ser consideradas. Esse processo aponta para uma realidade ainda mais explícita na contemporaneidade: a disposição de diferentes significações de mundo que se inter cruzam nas biografias individuais, apresentando aos atores um cenário de polifasia cognitiva ou mesmo de conflito representacional, onde o sujeito em relação ao contexto particular recorre a um tipo de explicação em detrimento do outro (SÁ, 1996; JOVCHELOVITCH, 2011).

Discutir brevemente o processo de mudanças das representações sociais é importante porque permite entender que as rupturas, rearranjos, continuidades e descontinuidades dos esquemas de significação que nos orientam no mundo são fruto da diversidade de experiências, esforços adaptativos e uma plasticidade dos saberes e motivações no cumprimento daquilo que nos é imposto como imperativo por nossa condição de finitude, isto é, a necessidade de segurança ontológica, de ordem. (JOVCHELOVITCH, 2011; PETERS, 2017).

Em suma, o esforço de naturalização e de familiarização, que se apresenta sobre as representações sociais, são o exercício de sustentação do mundo da vida, o qual nasce no pensamento e na ação dos seres humanos e que é produto do conhecimento decorrente disso. Esse mesmo conhecimento é tomado como dispositivo individual e psicológico através do processo de socialização e aprendizado, sendo agora recurso da conduta individual que transformará, em associação com outras condutas difusas de outros atores sociais, esse mesmo conhecimento. Assim, a vida social se espiraliza e volta a se espiralizar (JOVCHELOVITCH, 2011; BERGER; LUCKMANN, 2009)

3.1.3 O Conhecimento e a Ordenação do Mundo Social

A argumentação anterior aponta para o papel fundamental do conhecimento na produção da ordem e do real. O empenho dos atores motivados e habilitados em sustentar o mundo através de seus pensamentos e ações permite a compreensão do conhecimento um fenômeno relacional¹³ (MARASCHIN, 1998). Conhecer, neste sentido, é construir sentidos,

¹³ Mead é fundamental para entender que a raiz da produção de qualquer conhecimento é relacional. No seu esforço de construir uma teoria social da mente, argumentou que a consciência e o pensamento humano são desenvolvidos de maneira dialógica e que a comunicação é o mecanismo fundante do raciocínio humano.

espiritualizando a vida e respondendo ao inacabamento do ser¹⁴ que nos é inerente como seres simbólicos de maneira dialógica. Assim, o conhecimento é tanto limitador quanto potencializador da ação no mundo (FREIRE, 2002; GEERTZ, 1989).

O conhecimento, enquanto fenômeno social, é uma intervenção no mundo e uma produção humana condicionada ao contexto sócio-histórico. O conhecimento é instrumento fundamental para a sobrevivência, desenvolvimento e sustentação dos diversos arranjos humanos, estruturando-se e nascendo das relações protagonizadas por atores sociais em interdependência (FREIRE, 2002; ELIAS, 2008). As trajetórias de sociabilidade dos grupos e dos atores sociais se orientam e promovem meios específicos de pensar a vida e formas particulares de produzir conhecimento, ordenando o mundo (SCHUTZ, 1979). Por meio dos processos de socialização vividos, um ator social experiencia a existência de forma única, ao mesmo tempo que é colocado em campos de pertencimento e reconhecimento onde atua agregado com outros atores (SIMMEL, 2006; BERGER; LUCKMAN, 2009). Nesse movimento, as redes sociais fomentam os saberes e estruturam os seus campos e são influenciadas por esses mesmos campos e saberes.

Ressaltar a ligação basilar entre conhecimento e configuração reticular auxilia na compreensão do processo de preservação, transmissão e inovação inerente ao ato de conhecer, pois seja o conhecimento formal ou informal está ligado as esferas institucionais. Neste sentido, geralmente toda ação das e nas instituições ensina formas de normalizarmos nosso comportamento através de condutas consideradas positivas, as quais sintetizam papéis sociais delimitados. Esses papéis que performatizamos nos entregam estoques de conhecimento fundamentais para nossa ação no mundo da vida (SCHUTZ, 1979). Nesse cenário, permeado de relações de poder e interesse, ocorrem dinâmicas de controle, difusão e inovação de formas de conhecimento, inclusive como meios de sustentação de posições de prestígio (RAMOS; NASCIMENTO, 2008; DIAS, 2011).

É o caso das profissões, que, nas suas respectivas áreas, trabalham para a preservação, difusão e também monopólio ou hegemonia de um conhecimento legítimo, supostamente exclusivo, esotérico e crucial para outros atores da sociedade, com o propósito de manter uma reserva de mercado e o máximo de exclusividade na atuação sobre uma esfera social. As

14 Quando me refiro ao inacabamento do ser estou sendo freiriano. Paulo Freire, no livro *Pedagogia da Autonomia*, apresenta o inacabamento do ser como característica humana ontológica, relaciona-se com a nossa condição de dar sentido à vida e a consciência de nossa finitude, bem como da possibilidade de um viver ético. De uma certa maneira, é possível fazer uma aproximação entre Freire e Geertz, por meio do inacabamento do ser como fundamento da possibilidade de dar sentido à vida e cultura enquanto sistema de simbolização.

profissões, grosso modo, podem ser entendidas como ocupações que possuem um lugar superior nas relações de poder com outras ocupações, o que garante ao menos a legítima hegemonia sobre a ordenação de uma dimensão da vida social (FREDSON, 1998; DUBAR, 1997).

As profissões são um exemplo de como grupamentos humanos em contexto de interdependência estabelecem associações em torno da relação entre conhecimento, ordenação, relações de poder e ação sobre o mundo, seguindo a dinâmica de cooperação e competição. Em suma, atores sociais em interação, de forma reflexiva e não reflexiva constroem sistemas de conhecimento e informação que legitimam lugares, permitem práticas e constroem perspectivas que formam e disputam espaços e o status de verdade, de modo que suas considerações sejam pensadas e entendidas como as formas coerentes e corretas de interpretar e agir sobre a realidade social.

As ocupações e profissões contribuem para que o mundo da vida seja compreendido como confortável e seguro, pois o conhecimento que apresentam auxilia à ordenação da realidade social. Em outras palavras, o conhecimento manifesto na ação de atores sociais engajados em atividades nas mais diversas esferas sociais – incluindo aquelas que são cenário das ocupações – é fundamental para que esses apresentem atitudes de confiança rotineiras e habituais. Nesse sentido, não é incorreto afirmar que o conhecimento se mostra efetivo no desenvolvimento das melhorias da sociedade, ao mesmo tempo que cria uma aura de respeito por ele mesmo (GIDDENS, 1991).

Na vida em sociedade, marcada por riscos e ameaças a legitimidade da realidade social, o conhecimento ampara as intervenções efetivas ou paliativas feitas de forma contínua para garantir ao menos a promessa de segurança e uma tentativa de se lidar de forma estrutural com o medo derivado¹⁵ (BAUMAN, 2008; GIDDENS, 1991). O conhecimento, enquanto contribuinte da ordem social, permite entender que há pessoas amparadas institucionalmente e preparadas para lidar com situações problemáticas por meio da perícia necessária para resolver o problema. Se, conforme Eaton (2001), a normalidade carece de manutenção contínua por meio de legitimação, o conhecimento em suas variadas dimensões,

15 Medo derivado é um conceito utilizado por Bauman (2008, p. 09). De acordo com o autor, o medo derivado é “o sentimento de ser suscetível ao perigo; uma sensação de insegurança (o mundo está cheio de perigos que podem se abater sobre nós a qualquer momento com algum ou nenhum aviso) e vulnerabilidade (no caso de o perigo se concretizar, haverá pouca ou nenhuma chance de fugir ou de se defender com sucesso; o pressuposto da vulnerabilidade aos perigos depende mais da falta de confiança nas defesas disponíveis do que do volume ou da natureza das ameaças reais).”

inclusive aquela encerrada nas profissões e ocupações, é um recurso para a estabilização dos valores e da cotidianidade interacional, bem como, em contexto mais amplo, para a integração da realidade socialmente construída¹⁶.

Levando o parágrafo anterior em consideração, eu afirmo que os sistemas peritos são fundamentais, pois são sistemas de excelência técnica ou competência profissional, responsáveis pela organização das variadas áreas da vida. O conhecimento atrelado aos sistemas peritos media nossas relações sociais e também contribui para nossas expectativas sobre a normalidade. Quando se trata de questões ligadas a saúde e a doença, tais como os transtornos mentais, um sistema perito específico nos ampara organizando essa área da vida, tal sistema pode ser chamado de sistema médico.

3.2 Sistemas Médicos, Saúde e suas Dimensões Sociais

Como dito anteriormente, administramos a organização da vida por meio do investimento de habilidades cognitivas, práticas e expressivas que têm por finalidade a ordenação do mundo social (PETERS, 2017). Por meio do conhecimento, nós operamos dentro do mundo e no mundo, superando-o, modificando-o e conformando-se a ele em um processo que abarca rotinização e partilha de sistemas de resolubilidade produzidos nos diferentes espaços institucionais (SCHUTZ, 1979). Todo esse processo cria e dissolve representações sociais, dando luz, no decorrer da história, à polissemia de sentidos e práticas nas mais diversas esferas da vida social, inclusive no tocante as noções de saúde e adoecimento. Tais entendimentos ligam-se a relação plural e secular dos seres humanos com seu corpo, mente, bem como a relação possuída com o ambiente, as quais são ornamentados com elementos de ordem cultural, importantes mesmo em doenças com fortes raízes biológicas (CEBALLOS, 2015, MARTINS, 2003).

Não existe, portanto, a possibilidade de compartimentalizar o entendimento da saúde restringindo-o a uma única dimensão. Há, quando se olha para maneira como lidamos e como sofremos com questões relativas ao nosso bem-estar, uma interação entre todas as esferas de nossa vida, o que permite afirmar a existência de um diálogo constante entre pensamentos eruditos, tais como o paradigma médico hegemônico, e os pensamentos considerados

¹⁶ Conforme a reflexão de Eaton (2001), legitimação é um poderoso elemento integrador nas relações. O processo de legitimação pode envolver um corpo teórico explícito composto por linguagens e conhecimentos especializados acessíveis aos inicializados, bem como também envolve um universo simbólico que descreve, justifica e dota de sentido e espacialidade a atividade humana, definindo o lugar de um povo específico no cosmo.

advindos do senso comum, tais como a sabedoria popular. Mesmo a medicina não escapa da influência cultural, pois, “a medicina não é algo distante, separado da sociedade; em sua linguagem específica, ela integra problemas e contradições que não se restringem à sua lógica biomédica” (ORTIZ, 2003).

Essa dimensão social da saúde e da doença é objeto de reflexão de vários pesquisadores, que apontam, por meio de perspectivas diversas, para o fato de que doença e saúde não são questões unicamente orgânicas ou fisiológicas (TAVARES, 2017; MONTEIRO; ROCHA JUNIOR, 2017; CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017; ALVES, 2018; PETTRES; ROS, 2018). Nessa perspectiva, é ilustrativo a diferença entre enfermidade e doença trazida por Conrad e Barker (2011, p.191). Enfermidade, de acordo com os autores, seria a condição biológica que acomete o corpo, enquanto doença seria o significado social atribuído a tal fenômeno. Tal diferenciação permitiria declarar a experiência da doença não como algo natural, mas como moldada pelos sistemas sociais, logo, de acordo com eles, “doenças possuem tanto dimensões biomédicas quanto experienciais”. Com isso, a multidimensionalidade da doença aponta para a realidade de que o enfrentamento de uma doença não se dá somente por recursos médicos, mas também por outros, tais como a religião e a magia (MARTINS, 2003).

Ao lado dos tratamentos científicos e da compreensão biomédica da vida, da morte e do processo de adoecimento e cura, persistem entendimentos outros que apresentam noções tais como doença-maldição, doença-punição, doença-equilíbrio e também procedimentos e interpretações de cura que se chocam ou se complementam com as narrativas científicas (SERVALHO, 1993). Tais entendimentos se constituem como portas de itinerários terapêuticos complementares e multifacetados que não somente indicam a riqueza cultural que orbita as questões de saúde e doença, mas também apontam para a humanização dos cuidados à saúde e o aumento do arsenal terapêutico da medicina hegemônica. Conforme deixam claro Teixeira e An Lin (2013, p. 225) “a integração entre práticas convencionais e não convencionais evidenciou aumento na qualidade do atendimento e melhora na relação custo/efetividade”.

Portanto, há todo um aglomerado de práticas, noções de saúde e adoecimento formadoras de diferentes sistemas médicos, dentre os quais está a medicina ocidental. O conceito não está relacionado somente ao exercício da medicina enquanto técnica exercida pelo médico, mas inclui todas as formas de prática que lidem com a saúde e a doença a partir

dos mais variados referenciais. Os sistemas médicos reúnem um *corpus* de diversos atores sociais, indo do médico ao agente de saúde se tomarmos como exemplo o sistema médico ocidental. Eles são um conjunto amplo de formas de entender e lidar com as questões de cura e adoecimento, originados de um constante diálogo produzido a partir de atos de consultoria entre leigos e especialistas, entre especialistas e especialistas e também entre leigos e leigos (JANZEN, 1978).

Considerando isso, eles são plurais tanto em relação comparativa uns com os outros quanto em suas próprias dinâmicas internas. Mesmo que o sistema médico ocidental tenha se tornado um sistema de peritos, não escapa da pluralidade interna, embora tenha havido um esforço para estruturalização institucional por meio de regulamentações limitadoras da prática, socialização e treinamento para diferentes papéis ocupacionais e um esforço para sua homogeneização, que, se não foi capaz de ser efetivamente completa, permitiu a profissionalização, hegemonia e legitimação de tal perspectiva (LESLIE, 1978; (GIDDENS, 1991).

Levando em consideração o que foi dito e o entendimento de que a experiência do adoecimento e do se sentir doente possui dimensões culturais, me parece viável seguir o entendimento de Arthur Kleinman, exposto no artigo “*Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems*”, e tomar os sistemas médicos como sistemas culturais. Pois acredito que pensar o conceito a partir dessa perspectiva permite expandir a terminologia para além das fronteiras de uma ótica biomédica, tornando-a parte de um conjunto mais amplo do cuidado à saúde, a qual abarca práticas e saberes populares e tradicionais. Não obstante, isso nos leva a seguinte pergunta: o que significa encarar sistemas médicos como sistemas culturais?

De acordo com Kleinman (1978, p. 85), “a cultura é uma mediadora entre os parâmetros externos e internos dos sistemas médicos, sendo determinante do seu conteúdo, efeitos e alterações sofridas”, estar ciente disso é compreender a maneira como se pensa, se pratica e se performatiza saúde, adoecimento e cuidado como um conjunto orientado por padrões culturais. Portanto, questões de cuidado, promoção à saúde e intervenções terapêuticas ou curativas são uma forma de administrar parte da vida social por meio de recursos dados culturalmente. Por meio do sistema médico, a doença é vista sob a ótica de um idioma cultural, um vínculo entre a enfermidade as crenças que explicariam sua causa, a experiência dos sintomas, os padrões específicos de comportamento da doença, assim como

decisões sobre tratamentos, os procedimentos das práticas terapêuticas e as avaliações dos seus resultados, estabelecendo relações sistemáticas entre todos os aspectos (KLEINMAN, 1978).

Todos os aspectos ligados a compreensão de saúde, doença e o cuidado à saúde, sejam comportamentais ou de valores e crenças, estão submetidos ao mesmo conjunto de noções socialmente dadas (KLEINMAN, 1978). Como não poderia deixar de ser, acessamos tais noções por meio do conhecimento disponível, que está ligado às configurações reticulares, a socialização e a aproximação com a estrutura do sistema médico. Desse modo, em caso mais simples, não seria necessário ir ao encontro de um especialista para tratar “doenças banais”, pois todos os atores leigos estariam familiarizados com recursos capazes de tratá-las, ou seja, reconhecendo-as e manejando os cuidados necessários para saná-las. Todavia, em situações mais complexas, o encontro com um especialista seria fundamental, pois ele seria o ator supostamente munido da *expertise* para resolver o problema.

De acordo com Kleinman (1978, p. 66), “a maioria dos sistemas médicos contém três arenas sociais, dentro das quais as doenças são experienciadas e também tratadas. Elas são a arena popular, profissional e a tradicional”. Cada uma dessas arenas constrói formas distintas de entendimento da realidade sócia, legitimando formas particulares de crenças, expectativas, relacionamentos e transações sociais, abarcando assim as dimensões leigas e profissionais. Cada arena, neste sentido, organizaria espécies de subsistemas que inaugurariam realidades clínicas específicas, as quais se confrontam e dialogam em permanente tensão com possibilidade de alterações e mudanças.

De toda forma, o que os sistemas médicos promovem são respostas adaptativas diante de enfermidades, respostas orientadas culturalmente que são feitas levando em conta seis princípios básicos (KLEINMANN, 1978):

1. A construção da doença enquanto um aprendizado e uma experiência sancionada culturalmente e socialmente.
2. A construção cultural das estratégias e critérios de avaliação que guiam as escolhas entre práticas e praticantes de sistemas médicos alternativos e avaliação do processo e da eficácia do cuidado clínico.

3. Processos cognitivos e comunicativos envolvendo a administração da doença, incluindo o ato de rotular, classificar e providenciar explicações convincentes socialmente e pessoalmente.
4. As atividades ligadas ao tratamento, promoção e restabelecimento da saúde, o que inclui intervenções terapêuticas diversas, dietas, drogas, psicoterapia, redes de cuidado e suporte, bem como rituais com finalidades ligadas à saúde.
5. Comportamentos deliberados e não deliberados ligados à promoção da saúde
6. Construção de um repertório e administração de ampla gama de resultados terapêuticos incluindo cura, falha no tratamento, recorrência, doenças crônicas, piora e morte.

A complexa realidade que abarca a construção social da doença e os critérios para avaliar o resultado terapêutico não estão isentos de conflitos e contradições. Tais conflitos relacionam-se com o crescimento da especialização do conhecimento e dos papéis sociais, a luta por legitimação profissional e também a batalha entre diferentes perspectivas de leitura do mundo, consequentemente dos seus entendimentos sobre cuidado e bem-estar. Na contemporaneidade essa é uma realidade flagrante, especialmente no caso de doenças ou enfermidades que possuem uma polissemia de entendimentos, inclusive compreensões não médicas, ou aquelas que não se restringem apenas a questões anatomoclínicas, tais como os transtornos mentais.

Esse pluralismo pode ser tanto benéfico quanto maléfico, pois os conflitos, incoerências e contradições podem ser custosos, especialmente se encontrados em um mesmo sistema médico. Existe a possibilidade da geração de uma série de obstáculos à assistência eficaz e com isso insuficiências podem ser naturalizadas, sendo incorporadas a operacionalização dos sistemas médicos, tornando-se tipificações e padrões de ação para os atores sociais. Em outras palavras, os modelos explicativos que cada sistema médico contém sustenta um arcabouço de conhecimentos específicos, os quais podem “criar realidades clínicas diferentes para um mesmo episódio de doença, que por sua vez refletem-se em expectativas discrepantes, falta de comunicação e finalmente em maus cuidados clínicos” (KLEINMAN, 1978, p. 88).

Para pensar essas questões de forma mais estruturada, levando em conta o recorte dado pelo meu objetivo, meu olhar recairá sobre a chamada arena profissional, em especial para o

segmento ligado a medicina ocidental. No próximo tópico, começo a explorar o campo médico, sua estruturação enquanto palco de uma série de ocupações e profissões, problematizando também os desenvolvimentos dos repertórios de ação legítimo dentro desse submundo institucional.

3.2.1 O Campo Médico e sua Estruturação

Ao se falar em medicina ocidental fala-se de uma realidade constituída por uma diversidade de atores em várias ocupações, as quais têm por alvo o cuidado. A medicina ocidental é um exemplo de sistema médico, organizado como arena profissional. Embora cenário ocupacional plural, ele é hegemonicamente dominado pela profissão médica, pois há uma centralidade do saber da medicina, da autoridade e da conduta do médico em sua prática nos espaços de cuidado. Essa hegemonia é um fato social construído historicamente por meio de uma complexa rede de relações políticas, culturais e sociais.

Como consequência da história dessa organização, “As demais profissões da área de saúde têm, todas, uma interface com a medicina, gozando de maior ou menor autonomia de ação em sua área de trabalho, na dependência da legislação e regulamentação vigentes em cada nação”(REZENDE, 2009, p. 115). Diante disso, mesmo que a discussão não se centre unicamente na medicina enquanto profissão, levarei em consideração tanto a predominância epistemológica da medicina biomédica, quanto o desenho hierárquico que centraliza a figura da profissão médica no sistema médico chamado medicina ocidental.

A medicina ocidental ou cosmopolita (KLEINMAN, 1978), pode ser pensada como campo médico. Campo médico é um conceito de inspiração bourdiesiana cunhado por Martins (2003) e refere-se ao espaço de conflitos e negociações dos atores sociais ligados à esfera do cuidado. Trata, desse modo, das dinâmicas entre os produtores de bens e serviços médicos entre si e também entre os consumidores desses bens e serviços. Assim, pensar os aspectos da própria medicina enquanto campo de saber e campo ocupacional, me parece basilar no meu intento de compreender a maneira como se lida atualmente com questões de saúde mental.

A medicina, mais especificamente a medicina ocidental, faz parte do seletivo grupo de ocupações consideradas como profissões. Sua ascensão como profissão é fruto de um processo, no qual por meio do rearranjo dos contextos históricos, sociais, científicos e políticos, ela se estabelece como narrativa de saber hegemônico sobre a saúde, a doença e o cuidado. Seus fundamentos basilares foram colocados por Hipócrates que defendeu a

causalidade natural das doenças, sustentando a valorização da observação empírica e a elucubração de uma visão epidemiológica relativa à saúde e à doença (REZENDE, 2009).

Mas é somente na Idade Média que a medicina experimenta um processo de institucionalização. Mesmo sendo uma época marcada por superstições e um pensamento religioso rígido, a Idade Média viu avanços na medicina, especialmente porque entre os leigos encontrava-se uma concepção não religiosa sobre saúde e cura, o que permitiu uma precária manutenção da tradição hipocrática (MAGNER, 2005). No séc. IX, o conflito entre o saber médico e a teologia perde força, dando início ao reconhecimento do estudo da saúde como um esforço intelectual sério, muito embora não superior ao poder da fé. O resultado foi a abertura do processo de institucionalização, protagonizado pelas corporações de ofício e a conquista de espaço nas universidades onde tornou-se possibilidade de estudo junto com a teologia, o direito e a arte (BULLOUGH, 1966).

O passo seguinte não poderia ser outro se não a profissionalização. Construiu-se uma autorregulação que serviu para justificar a exclusividade da prática, a fixação de taxas e honorários, bem como um sistema de regras e procedimentos que deveriam ser seguidos pelo médico em seu exercício. Surge, dessa maneira, a ética da medicina profissional sintetizando os interesses dos médicos, garantindo-lhes vantagens e status, junto a uma resposta eficaz para necessidade de vender uma imagem profissional e confiabilidade ao público. No caminho para a profissionalização, o Estado foi um importante aliado, pois foi o garantidor da circunscrição de uma área de atuação exclusiva para os médicos, delimitando a atuação de outras ocupações da área da saúde, tal como o farmacêutico (BULLOUGH, 1966).

A medicina enquanto saber esotérico, exclusivista e bem delimitado surge quando se proclama moderna no final do séc. XVIII. É nessa época que a medicina se vê mais do que nunca como fundamentada na pedra angular, autoritativa e fomentadora da verdade: a ciência. Ancorada nisso, converte-se em uma forma sistemática e sistematizadora, dada tanto pela reflexão sobre si mesma quanto pela constituição de um mecanismo fundamental, o recurso do olhar. É o olhar da medicina que se impõe como mais um forte motivo para legitimá-la como forma ideal de intervir sobre a parcela da realidade que a medicina mesma entendia como aquela que lhe cabia, isto é, a saúde e tudo relacionado a ela, o que significava mais estritamente o adoecimento (FOUCAULT, 1977).

Dessa maneira, testemunha-se o surgimento do amadurecimento e desenvolvimento de uma racionalidade médica, a qual, tomando para si o ideal iluminista, constrói um olhar

particular que torna possível fazer do corpo objeto de um exercício do espírito, entendido como parte e direito de um segmento ocupacional. O olhar administrado pelo exercício da medicina se faz “revelador” da verdade oculta no corpo. A experiência clínica, inaugurada com o olhar médico, permite à medicina a reclamação e uma apologia dela mesma enquanto um discurso de estrutura científica. Assim, a clínica institui a observação da doença e a busca de seu tratamento de forma objetiva, um esquadrinhamento capaz de compor um quadro completo de informações, constituindo-se como uma verdadeira perícia, incapaz de ser administrada por leigos.

O desenvolvimento do olhar médico inaugura o entendimento da clínica como uma nova linguagem e um novo recorte das coisas, um sistema de reorganizações de interpretações sobre o corpo e o processo de adoecimento. É preciso compreender que a formação de um olhar médico, de um discurso de verdade sobre o patológico, também apresenta novas disposições, lugares e uma espécie nova de gramática interativa para os atores envolvidos nos processos de saúde e adoecimento. Assim, o caminho da *expertise* médica passa a ser pensado como expressão moderna e científica da gerência da vida e da morte, pois “reconhece-se a vida na doença, visto que é a lei da vida que, além disso, funda o conhecimento da doença” (FOUCAULT, 1977, p. 06).

No novo cenário, o médico transforma-se no portador da racionalidade que, servindo de arcabouço para sua intervenção, apresenta-se como a bússola do ato médico, o qual não perpassa pelo conhecimento do doente, mas da doença. O papel do médico é apreender as vicissitudes internas do corpo para localizar o mal que adoece. Na relação que emerge, só há um único sujeito e é o médico, o perito que faz uso do conhecimento de um sistema que permite reordenar o corpo enfermo. Por conseguinte, o doente é um “fato exterior em relação àquilo de que sofre; a leitura médica só deve tomá-lo em consideração para colocá-lo em parênteses” (FOUCAULT, 1977, p. 07). O lugar do enfermo se torna o da passividade, sua fala apenas parte inconveniente da escuta que é o que de fato lhe cabe.

Todo esse desenvolvimento, é preciso ressaltar, não foi unicamente mérito de dinâmicas internas da medicina, mas de condições históricas e políticas capazes de permitirem e dar forma para a gênese da medicina moderna estruturando-a. A modernidade instituiu a saúde como pauta de política pública e elemento fundamental para a organização social. A ação estatal e o debate político tornaram-se arena da medicina, na medida que as epidemias tomaram proporções inaceitáveis para uma sociedade alinhada com um suposto progresso.

Instaurou-se uma dialética entre política e medicina, na qual ambas alteraram-se (FOUCAULT, 1977).

A instituição médica viveu uma reorganização tecnocultural manifesta na normatização e disciplinamento de suas práticas e o Estado começou a entender a saúde como uma questão passível de vigilância, o que gerou uma postura sanitarista, marcada pelo surgimento de regulamentos de saúde legitimadores de uma intervenção constante e coercitiva (FOUCAULT, 1977). Sob a aliança da ação estatal e da ciência, a medicina se constituiu como um modelo complexo de gestão de saúde, baseado em um sistema de cura biomédico cartesiano, ligado às questões fisiológicas e anatômicas¹⁷. Afastando de si o máximo possível do “ruído metafísico” de entendimentos “arcaicos e supersticiosos”, a medicina moderna se desenvolve como “uma instituição laica e difusora de um conhecimento estritamente técnico da doença” (MARTINS, 2003, p. 100).

Portanto, a estruturação do campo médico tal como o conhecemos se deu sob dinâmicas particulares dos tecidos políticos, históricos e sociais favorecedores da medicina enquanto profissão¹⁸. Em sua história, marcada pela relação de seus membros com os membros de outras ocupações, a profissão médica tornou-se preponderante na estruturação do campo médico e portanto de todo o sistema médico ocidental quando conseguiu estabelecer fronteiras dos seguintes elementos determinantes: a *expertise*, o credencialismo e a autonomia da execução do trabalho (FREIDSON, 1998). Por meio disso e da aliança política, a profissão médica ditou e de certo modo ainda dita a maneira como o campo médico em sentido amplo se comporta.

Em resumo, o campo médico, enquanto composto por um segmento profissional amplo, apresenta uma *expertise* complexa e robusta, marcada por um saber esotérico, que se manifesta como um poder gerenciador da vida e da morte; um credencialismo forte que encontra justificção exatamente neste poder de administração da existência, resultando assim em um protecionismo vigoroso e em alto teor motivacional - simbólico e econômico - e, por

17 Essa mudança no entendimento do ato médico opera uma mudança profunda em como se pensa o entendimento da função do tratamento. Assim, ao olhar o corpo como máquina ou como elemento separado do espírito, não importa ao ato médico ortodoxo - vamos chamar assim - o bem viver, mas a intervenção que levará à cura, mesmo que esta nunca venha ou cause sofrimento ao espírito.

18 É preciso uma ressalva aqui. Embora a afirmação não esteja incorreta, pode ser considerada imprecisa ou extremamente centrada na figura da medicina. Assim, o que é preciso que se entenda é que embora o campo médico - enquanto parte de um sistema médico mais amplo - seja formado inicialmente por meio do surgimento da medicina, toma maior amplitude e robustez com o surgimento de outras profissões que orbitam a profissão do médico.

fim, uma autonomia bastante ampla, mesmo em tempos de gerenciamento capitalista da saúde, pautada na complexidade dos seus julgamentos, da prática de consulta e do conhecimento que a sustenta. Completando essa tríade, três pilares sustentam toda a organização do campo médico enquanto espaço de profissões: as universidades, as associações e o Estado¹⁹ (FREIDSON, 1998).

Na emergência como campo, ambiente de relação entre leigos e peritos, a medicina moderna se apresenta como um sistema médico, conforme o conceito de Kleinman (1978). Considerando isso, se pode esclarecer os delineamentos da gestão da saúde e administração do adoecimento e da cura. Primeiramente, em nível mais elementar, a experiência cultural e social, bem como o aprendizado da doença passa a ser entendidos por referenciais fisiológicos, biológicos e químicos, mesmo para casos ligados a saúde mental. O grande impacto disso foi o sistemático esforço para desacreditar medicinas populares e alternativas, deslegitimando outras formas de entendimento de tratamento e sistemas médicos concorrentes (MARTINS, 2003; DIAS; OLIVEIRA, 2013).

As estratégias e critérios de avaliação concentram-se nos sinais, sintomas e lesões a serem buscadas e corrigidas, afastando-se de intervenções que tenham na subjetividade um ingrediente. O corpo humano torna-se o corpo anátomo-fisiológico, isto é, o terreno da ação do médico onde se explica a ocorrência da normalidade e da patologia (DIAS; OLIVEIRA, 2013). Em consequência, a avaliação do processo e da eficácia do cuidado também se dá na observação do corpo. Em uma perspectiva puramente biomédica, a concepção normal e patológico está centrada numa perspectiva do corpo enquanto artefato. Nesse sentido, o ser humano é uma máquina defeituosa que precisa de reparos e uma regulação orientada à saúde, a qual só pode ser alcançada com a intervenção externa de um profissional qualificado (CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017).

Desse modo, inaugura-se uma nova linguagem, ou melhor, uma nova gramática dentro da construção de sentidos na realidade social. Falando mais detalhadamente, os

19 De acordo com Freidson (1998, p.25), por meio dos três pilares citados “os profissionais estabelecem e sustentam lugares no mercado de trabalho, diferenciados em praticantes, administradores e intelectuais. A distinção estrutura a geografia reticular do campo, distribuindo os atores e controlando a possibilidade de acesso e continuidade legítima do exercício da profissão. Assim, os administradores definem como e onde os praticantes de uma profissão exercem poder sobre os clientes; os praticantes divulgam e garantem os clientes da profissão, usufruindo da autonomia e exercendo poder sobre os leigos; os acadêmicos produzem o conhecimento esotérico e dão autoridade científica à profissão. Essa estruturação, ancorada nos seis fatores citados, forma um submundo institucional específico - isto é, aquele que cuida da saúde - estabelecendo papéis sociais legítimos, formas de conhecimento reconhecidas e seus respectivos repertórios de experiência, os quais compõem esferas de ação delimitadas que têm por fim a gerência do cuidado e da cura.

processos cognitivos e comunicativos passam a ser guiados por um repertório que tem a clínica como sentido da terapêutica e a ação médica passa a ser compreendida como uma busca pelo fator patológico na tentativa do restabelecimento do que é entendido como normal. Sobre isso, Foucault (1977) afirmar que na medicina moderna a pergunta “o que você tem?” é substituída por “onde lhe dói?”. Em suma, a administração da saúde e a providência das explicações convincentes a nível pessoal e social perpassam por um referencial que tem no corpo e no seu funcionamento fisiológico o vocabulário (CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017).

A gramática adotada cria práticas de resolubilidade consoantes com ela, dessa forma, as atividades ligadas ao tratamento, promoção e restabelecimento da saúde têm na intervenção do corpo a forma predominante de ação. O cuidado não é prioritariamente com o doente, mas com a doença. A atenção à saúde caracteriza-se por um intervencionismo padronizado homogeneizando os pacientes. Se, por um lado, tal perspectiva permite a ampliação de uma medicina mais ampla em sua ação, de outro lado, cria uma impessoalidade que pode gerar ineficácia e frustração (CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017). Por fim, o campo médico também institui, por meio dos seus mais diversos atores, um repertório de condutas ligadas à promoção de um entendimento de promoção à vida saudável e um gerenciamento de um amplo repertório de atos envolvendo todo o universo da saúde e do adoecimento.

O campo médico, portanto, intermedia nossas relações sociais no que toca à saúde, fornecendo expectativas e intervenções para sustentação e organização do bem-estar. Nesse sentido, apresenta-se como um fomentador das referências necessárias para os repertórios de ação e das representações sociais da saúde. É inegável o ganho para o bem-estar mundial trazidos pelos avanços da medicina moderna, porém, tal perspectiva é responsável por um empobrecimento em relação a outras experiências de se lidar com o bem viver e o bem-estar, assim como não responde a todas as demandas que nos são postas nessa dimensão da vida. A história dos cuidados aos transtornos mentais, como veremos, é um exemplo.

3.2.2 Atuação e Engajamento Ocupacional no Campo Médico

A discussão precedente coloca dois questionamentos fundamentais: como atuam e como se engajam os atores sociais que compõem as ocupações no campo médico? Responder essas perguntas significa voltar-se para o aspecto basilar de uma profissão, a *expertise*. A *expertise* encerra todo o acabamento de uma socialização específica que mune os atores dos

instrumentos para lidar com questões problemáticas ou mesmo evitá-las. Interiorizando esse submundo institucional particular, os atores adquirem conhecimentos ligados às funções que desempenharão, um vocabulário particular e com ele campos semânticos estruturantes de condutas e interpretações em âmbitos normativos, afetivos e cognoscitivos.

A socialização que inculca uma *expertise* própria do campo médico configura-se como o início de uma virada na carreira existencial de um ator e a formação de uma nova identidade. A tomada desse novo papel social como parte da identidade de um ator envolve o aprendizado de tudo aquilo que orbita o sistema médico ocidental, dessa maneira, uma nova forma de lidar com o corpo e com a intimidade são aprendidas, bem como uma outra forma de encarar a morte e os cadáveres. O olhar médico se configura como uma nova economia emocional deve permitir um distanciamento e um não envolvimento com aquilo que acompanha o cenário da prática de um integrante do campo médico, isto é, a dor, a ansiedade, a subjetividade do paciente e etc. (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002).

Portanto, a inserção de um ator no papel de perito no campo médico significa a adoção de uma cultura médica, uma nova identidade dada por meio de uma espécie de conversão (DUBAR, 1997). Não sendo mais um leigo, o indivíduo é revestido de autoridade e apresenta a capacidade de autenticar a doença e de viabilizar a cura, correspondendo a expectativa que a sua audiência e ele mesmo tomam para si, ecoando os elementos advindos de uma representação do campo médico enquanto uma espécie de refúgio laico do poder da vida e da saúde (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002). O conhecimento aprendido com a nova identidade se torna um conjunto de receitas, por meio do qual se lê a parcela da realidade que cabe ao sistema médico. Resumidamente, o conhecimento legitimado pelo campo médico orienta a prática do cuidado para com a saúde e com a doença, bem como para com tudo que circunda tais aspectos da vida.

A *expertise* do campo médico se demonstra então como um código para a ação e para a interpretação da ação. Considerando isso, tem-se a tipificação e atribuição de motivos, por parte do perito, bem como identidades para um determinado ator e uma enfermidade, de modo que as ações do perito e as ações do ator que está sendo alvo de sua perícia, bem como a enfermidade façam sentido por meio do e para o referencial médico. Em suma, o médico é legitimado a construir um diagnóstico, lendo os sinais do corpo de um ator que é rotulado a partir de então de doente, conforme os sinais da enfermidade que apresenta se tornam doença. Inaugurando uma realidade clínica por meio dos seus referenciais trazidos pelo seu estoque de

conhecimento, um médico, como perito representante do campo médico, gerencia parte da vida por meio de sua ação que visa o cuidado (SCHUTZ, 1979; KLEINMAN, 1978).

Dessa forma, no decorrer da história, o desenvolvimento da medicina ocidental e a estruturação do campo médico impactaram diretamente na qualidade de vida dos indivíduos de forma inegável. A sofisticação das cirurgias, o tratamento do câncer, da AIDS e o uso de psicofármacos em transtornos mentais graves são apenas alguns exemplos disso. Todavia, também não se pode negar que a medicina sofre um claro aumento de frustração por parte dos cidadãos no tocante à eficiência e eficácia de tratamentos de algumas doenças, especialmente quando se trata de doenças, síndromes ou transtornos que transcendem a dimensão anatomoclínica. A problemática da saúde mental permanece marcada por ações que vão de encontro ao modelo desejado, ecoando paradigmas condenáveis.

O sistema médico ocidental em âmbito geral se manifesta em uma realidade constituída pela negligência ao doente, pela atenção exacerbada à doença e pela falta de percepção do sofrimento como uma narrativa. Embora tais problemáticas venham sendo debatidas e aspectos como a empatia como atributo da prática médica e a valorização de um olhar amplo para a saúde estejam sendo destacados como elementos de um exercício da medicina voltado à postura ética e humanitarista, a ação médica ainda não é encarada como uma ação que deveria obrigatoriamente estar embebida de ingredientes humanísticos (MARTINS, 2003; COSTA; AZEVEDO, 2010; NOGUEIRA, 2014). Muito dessa realidade se dá pela perda da dimensão social da saúde, da doença e do tratamento.

Tal desconexão, impacta diretamente na maneira como a saúde mental é pensada e cuidada. O Relatório Mundial da Saúde da OMS (2002), declarou que 25% das pessoas no planeta apresentam algum tipo de perturbação mental ou comportamental. O mesmo relatório apontou que a depressão grave é a principal causa de incapacitação em todo mundo. Mais de dez anos depois, uma comissão de 28 cientistas publicou em 2018, um relatório chamando atenção para o aumento da ansiedade e da depressão, para a falta de investimentos em assistência e a consequente perda do capital humano relacionado ao adoecimento. Recentemente, uma pesquisa revelou que 86% dos brasileiros têm sofrido algum tipo de transtorno mental, em especial ansiedade, depressão e síndromes ligadas ao stress.²⁰

20 Essas informações podem ser encontradas nos seguintes links:

<https://veja.abril.com.br/saude/pesquisa-indica-que-86-dos-brasileiros-tem-algum-transtorno-mental/>
<https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/disturbios-de-saude-mental-aumentam-em-todos-os-paises-do-mundo-alerta-relatorio-23146088>

Tais dados indicam que a medicina de orientação biomédica tem se demonstrado ineficiente, o que se dá não por causa dos obstáculos organizacionais, institucionais e gerenciais, mas também por questões ligadas a sua própria racionalidade, a qual pode ser criticada como um paradigma reducionista organicista (MARTINS, 2003; NOGUEIRA, 2014). O crescimento de enfermidades que fogem ao enquadramento do método anatomoclínico apontam para a necessidade de uma abordagem que integre as dinâmicas subjetivas no diagnóstico e tratamento. Em outras palavras, a demanda é por um método de intervenção que leve em consideração o corpo e a alma como uma unidade relacionada e influenciada por elementos sociais (MARTINS, 2003).

É verdade que a formação do campo médico tem sido repensada, com destaque aos currículos de alguns cursos de medicina sensíveis às demandas sociais e atenção primária, porém, esse esforço é recente. As tentativas de alargamento das concepções de cuidado e da sua prática ainda convivem com uma realidade marcada por uma gramática de condutas orientada por referenciais não humanizados, principalmente na dimensão da saúde mental. Além disso, no que toca à loucura, representações sociais distintas podem embasar as práticas dos peritos no campo médico tanto positiva quanto negativamente. Sendo assim, investigar a relação entre os transtornos mentais e o mundo social me parece ser o passo seguinte para pensar o cuidado e maneira como oficialmente se organiza essa parte da vida (PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011; FERREIRA et al., 2019; ALMEIDA; JACINTO; RODRIGUES, 2019).

3.3 A Loucura e o Mundo Social

O cenário do cuidado à saúde mental é denso e requer reflexão. Seu entendimento perpassa pela compreensão do louco como um sujeito histórico, uma figura formada a partir de movimentos que vão além dos transtornos mentais propriamente ditos. Tal realidade implicou e ainda implica em diversas formas de entendimento que se contrapõem e se complementam, dentre essas aquela que se tornou hegemônica e se constitui como um saber/poder amparado pelo estatuto autoritativo da ciência, isto é, a medicina (FOUCAULT, 2005).

As diversas formas de entendimento dialogam com nossa condição de construtores do mundo que nos cerca e podem ser entendidas como um produto do pensamento e da ação da humanidade na história. Algumas dessas formas podem ser compreendidas como realidades

clínicas, ou seja, um produto dos sistemas médicos que, na relação entre peritos e leigos, tentam dar conta da loucura. Como já ventilei, é exatamente este último aspecto que me interessa, contudo, seja qual for a perspectiva que lê a loucura, há uma característica basilar que a compõe enquanto fenômeno e impossível de ser ignorada: seu caráter relacional.

Se pensarmos bem, chegaremos a conclusão da impossibilidade de falar de normal e patológico sem encarar essa dicotomia como produzida relacionalmente, seja no âmbito das interações sociais, seja como categorias que só podem ser entendidas enquanto faces de uma mesma moeda. As definições dos critérios que delimitam o normal e o patológico são construídos em nuances sociais e históricas, se apresentando também na manifestação e vivência de uma doença. Logo, aquele que é acometido por uma doença não a experimenta de forma isolada, mas em relação a si mesmo e também em relação a outros atores. No caso dos transtornos mentais não é diferente, assim “será sempre em relação a uma ordem de normalidade, racionalidade ou saúde que a loucura é concebida nos quadros de anormalidade, irracionalidade ou doença”. (PEREIRA, 1984, p. 20)

Essa forma de pensar a loucura indica duas características importantes do fenômeno: (a) ele é um território em disputa que não se deixa esgotar por uma semântica, nem se deixa instrumentalizar somente por um conhecimento e (b) apesar disso, seja qual for a perspectiva de interpretação, a loucura e o louco sempre são tomados como manifestações da liminaridade e do ambivalente. Fenômeno dotado da característica de resistir aos padrões de classificação que normalmente determinam estados e posições no cotidiano. Há sempre um lugar social para a desordem mental, mas este lugar não é o da trivialidade e sim aquele que é sempre entendido de forma “especial”.

O que quero destacar com toda essa argumentação é que a loucura demanda alguma forma de significação. Dar sentido a loucura é algo feito por meio de referenciais sociais e culturais, levando em consideração inclusive a rotulação dela como fenômeno anormal. Portanto, é inseparável a relação entre loucura e mundo social enquanto o segundo é constituinte do sentido da primeira. Essa relação marcada pela demanda e superabundância de respostas – ou tentativas – sobre esse fenômeno levanta um questionamento sociológico importante: quais os referenciais mais utilizados no decorrer da história nos esforços de normalização da loucura?

Para responder essa questão, recorro a empreitada feita por vários autores que registraram uma espécie de história da loucura ou das ideias sobre o que é loucura. Por meio

dessas referências, chamo a atenção para a pluralidade de formas de interpretação produzidas na relação simbólica que dá luz a códigos de expressão e interpretação sobre o fenômeno nos variados contextos da realidade construída socialmente. Neste sentido, procuro deixar claro a dimensão social inalienável dos transtornos mentais o que insere discussão nas reflexões que entendem o estudo da loucura como um estudo simultâneo da natureza humana, um esforço de entender a condição humana por meio dos processos de normalização (PIETIKAINEN, 2015).

3.3.1 A Loucura enquanto Insólito

A palavra insólito tem duas possibilidades de significado, podendo referir-se ao que é desusado, contrário ao costume e inabitual ou referir-se ao incomum, anormal e extraordinário. De posse de tal palavra, tomei a liberdade de chamar a loucura de fenômeno insólito, extraordinário e fantástico, ao apontar para aquela que parece ser a primeira forma de significá-la: as narrativas míticas, religiosas ou sobrenaturais.

De acordo com Pietikainen (2015, p.16), “as culturas conhecidas têm distinguido entre comportamentos normais e anormais, bem como em todas as linguagens conhecidas existem palavras para pessoas que agem como loucas ou que estão alienadas de suas mentes.” Diante disso, perceber a loucura como fenômeno quase universalmente compreendido como insólito não é difícil, pois o mundo antigo é "encantado" povoado por deuses, demônios e uma diversidade de criaturas mágicas, tais como espíritos, que serviam de "chave hermenêutica" para a explicação de diversos fenômenos, inclusive aqueles relacionados a saúde, adoecimento e a loucura.

Nos relatos bíblicos, por exemplo, temos uma verdadeira tipologia de loucuras: a loucura real, a loucura profética e a loucura deuteronomica, relatadas no Velho Testamento e ligadas, de alguma maneira, à ação de Javé, seja como uma forma de comunicar um juízo ou mesmo como a forma de juízo e punição. No contexto neotestamentário, episódios que seriam interpretados como eventos de crise em pessoas acometidas de transtornos mentais são compreendidos como possessões demoníacas. As declarações de divindade e messianismo de Jesus Cristo também são consideradas como obras do demônio por seus opositores, mas, na contemporaneidade, seriam entendidas como delírio (PIETIKAINEN, 2015; VARTEJANU-JOUBERT, 2017).

Em todas as regiões do oriente próximo e nas narrativas gregas, a causa da loucura também é obra dos deuses ou de espíritos malignos. De forma semelhante à narrativa bíblica, os gregos antigos também construíram uma tipologia para a loucura, dividindo-a entre dionísica e apolônica, sendo a primeira ligada à obsessão, impulsividade violenta e intoxicação e a segunda à comunicação entre os deuses e homens por meio de sonhos e visões sagradas. No período socrático, uma perspectiva mais racionalista sobre a vida surge, estabelecendo o início de uma mudança radical na mente e cultura ocidental. A centralidade da razão cria nos seres humanos a consciência de serem agentes de suas próprias vidas e responsáveis por suas atitudes, o que leva ao surgimento de conflitos internos e dilemas, bem como uma alteração sobre o entendimento da loucura que passa de instrumento do divino e força exterior para uma consequência natural, trágica, humana e interior, embora tal perspectiva não tenha suplantado, mas convivido com aquela ligada ao divino e ao sagrado (PIETIKAINEN, 2015).

Na China imperial, o mesmo movimento ocorreu. Assim como a medicina hipocrática convivia com perspectivas místicas e religiosas sobre a loucura, o sistema médico chinês, utilizado pela elite, existia em paralelo com uma medicina popular sincrética, cheia de influências místicas e religiosas. As doenças, que poderiam ou não ser entendidas como sendo somente físicas ou mentais, eram produto da ação de espíritos malignos, demônios ou ocorrências desenvolvidas como castigo pelas faltas de uma vida passada, da força do destino ou mesmo do desequilíbrio cósmico. Assim, orações, conselhos de religiosos e tratamentos receitados por médicos seriam recursos válidos. De toda forma, a grande maioria da população chinesa sustentava a opinião de que a cólera divina, o destino e as ações da vida passada eram os principais fomentadores do adoecimento (SCULL, 2015).

Sociedades tradicionais também apresentam entendimentos sobrenaturais ou sagrados para fenômenos, que se enquadrariam como transtornos mentais ao olhar ocidentalizado. Entre os indígenas da etnia Siona, na América do Sul, os espíritos são os responsáveis pelas coisas boas e pelos transtornos físicos ou mentais que venham a acometê-los. Em algumas tradições africanas, enfermidades físicas ou males mentais são ataques advindos de um feiticeiro ou de um espírito. Em ambos os exemplos, a figura do xamã/curandeiro é fundamental para a obtenção do reequilíbrio, da cura e/ou readmissão do indivíduo à normalidade de seu mundo/grupo. A figura do xamã/curandeiro, inclusive, é fundamental para compreendermos como elementos que seriam lidos como sinais de insanidade são percebidos

como recurso terapêutico e sinais de poder. De certa forma, as características que apontariam para uma identidade reprovável em sociedades pós-modernas, tornam-se atributos desejados para a atribuição de uma identidade prestigiosa em outras sociedades (PEREIRA, 1984; NORONHA, 2004).

Embora seja possível afirmar que a modernidade testemunhou o desencantamento do mundo, o processo apontado por Weber não se mostrou de todo completo. A desmagificação do mundo e sua desdivinização, por mais que possam ser sentidas de forma intensa, através de um senso ético secularizado e voltado para a atividade cotidiana e trabalhista, bem como por uma perspectiva científica que é indiferente ao transcendente e promotora do cálculo e da técnica, não foram capazes de fechar todas as portas para o jardim encantado (CARDOSO, 2014). No que toca à saúde mental, isso significa que entendimentos ligados à esfera do sagrado e do sobrenatural continuam dando sentido para manifestações da loucura, dividindo espaço com outras perspectivas como a psiquiátrica.

Com isso, é possível perspectivas religiosas sendo costuradas às considerações científicas, usuários que, não abandonando suas medicações e consultas, continuam a fazer uso de uma diversidade de tratamentos espirituais ou buscam em Deus a cura, a razão ou o suporte para lidar com o sofrimento, bem como profissionais do campo médico que reconhecem a possibilidade de terapêutica efetiva por vias que não a medicina cosmopolita/ocidental (GONÇALVES, 2016; MÂNGIA; YASUTAKI, 2018; ARAÚJO; BARROS, 2019). Nas vielas, becos e ruas do mundo ainda habita o fantástico e a magia que respira nesses espaços indica que os males e as bem-aventuranças da vida. Assim, o sagrado e a ciência se misturam e constroem-se formas sincréticas, embora marginais, de intervenção sobre a loucura tanto para dar-lhe sentido quanto para mitigar o sofrimento trazido por ela.

3.3.2 O Alienismo e a Desrazão: o Asilo e a Loucura

A loucura, em seu passeio na linha temporal, só passou a ser reconhecida como patologia no fim do século XVIII e início do século XIX com o nascimento da psiquiatria (FOUCAULT, 2005). É a emergência da modernidade e a inauguração de uma nova sensibilidade social que levam a loucura a ser encarada como um desafio à emergente sociedade. A loucura tornou-se uma crise revolucionária na medida que colocava em jogo os

princípios que a revolução francesa tomava como colunas basilares da sociedade, especialmente o enaltecimento da racionalidade.

Além disso, o *ethos* moderno sustentava uma sensibilidade social preocupada com a miséria e propositora de novas formas de reagir ao desemprego e à ociosidade. Nesse contexto, surgiu a política de higienismo, responsável pela limpeza dos chamados vagabundos e loucos das ruas por meio da instituição dos internatos. Em um primeiro momento não como um esforço terapêutico, mas, uma tentativa de tutela coerente com o funcionamento da sociedade, não havendo acepção entre loucos e não loucos que passaram a ocupar os espaços anteriormente destinados para leprosos (FOUCAULT, 2005).

Em certo momento histórico, a loucura foi capturada por um pensamento médico particular, não obstante, é importante lembrar que “A medicalização não significa, de fato, a simples confiscação da loucura por um olhar médico. Ela implica na definição, através da instituição médica, de um novo status jurídico, social e civil do louco: o alienado” (CASTEL, 1978, p. 40). Nesta mudança de estatuto, o médico se torna personagem fundamental para resolução daquilo que passa a ser encarado como uma problemática social e médica. A loucura passa a ser tratada como um mal curável. Nessa conjuntura, o fim a ser buscado pelo tratamento seria “uma ação normalizadora e moralizadora sobre os loucos [...]” e a hipótese na qual isto repousava poderia ser expressa na seguinte frase: “o louco é um fracassado em sua sociabilidade” (PELBART, 1989).

Ao tomar a loucura enquanto objeto de intervenção e tutelar o louco, no intuito de permitir que seja reintegrado à razão e à sociedade, o olhar moderno, na figura do olhar médico ainda faz do enclausuramento um instrumento fundamental, ao mesmo tempo que tente humanizá-lo. O hospital de loucos era visto como um remédio, um instrumento terapêutico poderoso para a efetiva cura dos alienados. Na França, Colombier e Doublet, ainda antes da revolução, utilizando-se de mandato oficial garantidor do reconhecimento da necessidade de competência especializada para loucura, insistiram em uma organização geral da assistência, afirmando que o caminho imprescindível para isso seria a medicalização (CASTEL, 1978).

Eles relacionaram o projeto de medicalização com a organização do espaço do enclausuramento, propondo não somente um pavilhão especial no chamado depósito de mendigos, mas também subdividir o espaço de modo a facilitar o trabalho médico, levando em consideração as tipologias de comportamentos patológicos. Reconhecidos por escreverem

o primeiro documento de caráter reformador no campo do trato da loucura, Colombier e Doublet, com a obra “Instruções para Governar os Insensatos”, influenciaram a psiquiatria nascente e deixaram claro o *ethos* do cuidado que era proposto: uma “proteção” aos mais fracos vista como um dever da sociedade, manifesta no governo moral e re-humanizador dos desatinados (CASTEL, 1978).

Mas é o médico francês Philip Pinel o grande nome da terapêutica asilar. Enquanto chefe do hospital Bicêtre, ele foi o responsável por ordenar o espaço hospitalar, tornando-o um observatório ideal e um campo de ação privilegiado. Foi esse médico francês que sistematizou uma série de esforços executados de forma difusa por outros que se preocuparam com a loucura, constituindo de fato e de valor a síntese alienista. Pinel classifica o espaço institucional, faz o arranjo nosográfico das doenças mentais e inaugura o tratamento moral centrado em uma relação específica entre médico e doente. Operando uma verdadeira inversão sobre o que significava o isolamento, Pinel o torna necessário, operacionalizando, como parte da vida asilar, a articulação rigorosa entre lugares, ocupações e empregos de tempo (CASTEL, 1978).

Portanto, é Pinel que faz do asilo aquilo que diz a história da alienação. Enquanto um espaço ordenado, o hospital se torna cenário do saber da medicina mental; de uma prática eficaz, constituída de um tratamento moral; e se apresenta, por fim, como um edifício supostamente moralizante e moralizado. Nesse sentido, o asilo seria uma instituição que emana um adensamento da ordem social, sendo uma tecnologia de reordenamento por excelência. Paradoxalmente, é a encarnação de um modelo violento, mas entendido como um meio de humanização, na medida que o ser humano é definido pelas faculdades da razão e a loucura pela sua falta (CASTEL, 1978).

O paradigma inaugurado por Pinel representou uma revolução de ideias sobre a loucura. Ele defendeu que o louco seria uma vítima da desorganização das funções mentais superiores do sistema nervoso central, reconhecendo influências hereditárias, orgânicas e fatores externos. Fundando uma escola alienista francesa, Pinel esboça pontos presentes nas discussões atuais, mais precisamente a influência orgânica e psicossocial dos transtornos mentais. Esquirol, por sua vez, aprofundando o trabalho de Pinel, avançou o plano teórico da medicina mental e procurou separar as perturbações orgânicas daquelas consideradas disfunções mentais. As considerações de Esquirol, inclusive, foram fundamentais para a

maneira como o alienismo e o trato com a loucura se deram no Brasil (CASTEL, 1978; MACHADO, 1978).

Falando de Brasil, o primeiro hospício, surgido em meados do século XIX, marcou institucionalmente o nascimento da psiquiatria brasileira, nada diferente daquela vista na Europa. Assim como lá, a psiquiatria aqui é filha de uma medicina social, política e burguesa, que vê na medicalização do louco uma maneira de assegurar o bem-estar e a segurança pública também no nível das paixões e da moral, inscrevendo como pauta da psiquiatria a vigilância do comportamento para agir terapêuticamente sobre o desvio reforço da normalidade vigente. No contexto brasileiro, o pensamento moderno também se manifestou na forma como a medicina entendeu os espaços, os cuidados e as condutas sociais para a promoção da saúde mental e física. Tratar os alienados, de certo modo, seria o mesmo que cuidar da própria saúde mental da sociedade (MACHADO, 1978).

O hospício no Brasil inaugura, assim como em outros países, uma medicina dos espaços e se coloca como ferramenta terapêutica para as questões dos males mentais. Falar “aos loucos, o hospício” não seria, nesse contexto, um imperativo violento, mas um clamor compassivo. Na história da medicina social e da psiquiatria se vê claramente uma dicotomia que pendula de um caráter preventivo para um interventivo, que, no caso da alienação se dá no isolamento e na prática asilar como um todo. Dessa forma, o hospício insere-se na proposta de organização e funcionamento da cidade, tanto enquanto *locus* de isolamento, que previne e reduz o perigo da desordem que o louco em livre circulação representa, quanto como remédio e intervenção, pois, nas mãos do médico, serve para dobrar a loucura pela razão (MACHADO, 1978).

Esse apanhado geral sobre a loucura na modernidade serve para demonstrar que o olhar moderno faz nascer uma organização do espaço para os loucos, uma outra forma de pensar a loucura e estabelece um conjunto de normas como instrumento médico e tratamento fundamentado em uma luta entre razão e não-razão. Centralizada no tripé, asilo, médico e paciente, a cura e o cuidado se configurariam como a penetração da razão e sua tomada progressiva do lugar ocupado pelo desatino. O tratamento asilar, ao tornar tudo e todos instrumentos para a cura, se transformou em tecnologia englobante e unificadora das diversas coerções impostas ao interno. Em suma, “A menor peripécia da vida cotidiana é retomada no projeto global da instituição e elevada à dignidade de suporte terapêutico.” (CASTEL, 1978, p. 67).

Portanto no projeto moderno de trato da loucura, psiquiatria, médico e asilo desempenharam um duplo papel: reordenar ao cotidiano os alienados considerados curáveis e prover um espaço dentro da normalidade, por meio da segregação, para aqueles que eram considerados incuráveis. Dessa maneira, ação terapêutica, centrada no hospício, passou a ser o modo humano de trato com a loucura. Os desrazoados deveriam ser identificados, isolados e tratados, antes que produzissem um contágio e destruíssem a ordem racional. Nesse processo de contenção, o ímpeto do louco e sua enfermidade, diagnosticada no excesso e imoderação, deveriam ser dobrados e dominados (BASAGLIA, 2005; CASTEL, 1978; FOUCAULT, 1978).

Obviamente, essa argumentação seria criticada e uma outra leitura sobre o asilo construída. De acordo com uma outra perspectiva, haveria imprecisão na reflexão de Foucault sobre a loucura, portanto, também para a não visibilidade da tecnologia asilar como um ato humanizador e revolucionário para o cuidado da saúde mental. Na opinião do historiador Pietikainen (2015, p. 82), “A visão negativa predominante sobre asilos mentais é unilateral e na pior das hipóteses é distorcida [...] nas últimas décadas os historiadores criaram um quadro multidimensional dos asilos e da vida asilar”.

Nessa perspectiva, a apreensão da loucura por um discurso médico não é expressão de uma instrumentalização da razão, inserida na constituição de uma forma de controle de dominação. Na verdade, seria uma genuína iniciativa de tratamento de um mal que causa e causava voraz sofrimento. Embora seja inegável seu o caráter contraditório, o ideal da moderna medicina mental representava o *ethos* da racionalidade, eficiência e humanidade. Na França, por exemplo, os alienistas chamavam o hospital de máquina de cura e todos os esforços tinham inspiração em uma disposição humanitária. Na Inglaterra, a preocupação com os insanos levou, ainda em 1808, à limitação do número de pacientes em 300 e a obrigação de pessoal técnico. Posteriormente, em 1845, a presença de um oficial médico reconhecido pelo governo se tornou um imperativo (PIETIKAINEN, 2015).

Pietikainen (2015, p. 89) afirma ainda que o tratamento moral era considerado, nos séculos XVIII e XIX, como um tratamento humanitário. No contexto inglês, o asilo Quaker *Reatreat* se tornou um exemplo os outros estabelecimento asilares, pois “como regra, pacientes foram tratados com bondade e humanidade”. De acordo com o historiador, no asilo, atividades como jogos, escrita, pintura e leitura eram fomentadas e o uso de punições e restrições físicas era pequeno em relação com outros espaços. Na França, Pinel e seu

paradigma de cuidado também são um avanço humanitário, na medida que ele combinou atitudes de alívio do sofrimento e rigor científico. Um dos elementos humanitários era a prerrogativa dos médicos darem ouvidos aos pacientes; outro o entendimento de higiene, relacionado com uma medicina que tratasse os pacientes como dotados de uma personalidade completa (PIETIKAINEN, 2015).

Embora todos esses fatos não possam ser negados, o asilo não pode ser pensado como uma tecnologia fomentadora de humanidade. Mesmo Pinel propondo um novo modo de se lidar com a loucura e considerando parte dos métodos utilizados na sua época como ineficientes e cruéis, não abriu mão de todos os métodos e dos castigos físicos. De igual modo, um lugar exemplar como *Reatreat* fez uso de violência no trato dos pacientes rebeldes e difíceis. Assim, não obstante tenha tido um papel importante no desenvolvimento de um pensamento científico sobre a loucura, os asilos também foram um espaço violento de redução de indivíduos a sua doença e maus tratos, ao mesmo tempo que serviram de zoológico humano com a finalidade pedagógica de ensinar os perigos e a tragédia da vida dos loucos (PIETIKAINEN, 2015; FOUCAULT, 1978; CASTEL, 1978).

A sensibilidade humanitária iluminista foi incapaz de uma reflexão crítica sobre si mesma. Assim, o alienismo do Séc. XIX foi um dos responsáveis pelo surgimento da imagem da loucura como não humanidade, entendimento ainda enraizado em nosso imaginário. Estabeleceu-se uma compreensão do louco como incapaz e monstruoso e do isolamento como justo e legítimo. Na Argentina, por exemplo, isso significou uma tendência a encarar pacientes como potenciais criminosos que deveriam ser confinados para o bem da ordem pública. No Brasil, o manicômio de Barbacena foi um exemplo do asilo como uma máquina de moer pessoas com práticas de tortura, comércio de corpos e falta de higiene radical (ABEX, 2013). Portanto, mesmo nascido como um instrumento terapêutico, o hospício se tornou um veneno ao radical que nos torna humanos, isto é, nossa identidade como pessoa.

A história do olhar moderno sobre a loucura não está ligada somente à prática asilar e ao tratamento moral, mas também se encontra imbricada com a busca da psiquiatria enquanto disciplina médica e científica. A nosografia e a etiologia da loucura ainda demandavam um fundo orgânico e, neste processo, um dos nomes importantes foi o médico alemão Griesenger. Ele ofereceu como pontos fundamentais para a prática o compromisso com a análise rigorosa, o racionalismo e as ciências naturais empíricas. Foi um dos primeiros acadêmicos da psiquiatria a olhar de forma séria para a psicologia, entendendo a importância dos processos

psíquicos subjetivos para a saúde mental, mas ficou mesmo conhecido por sustentar que as doenças mentais seriam doenças do cérebro e que várias delas estariam ligadas a diferentes partes do órgão. Ideias como esta, com a impossibilidade de uma análise mais acurada do cérebro, juntaram-se com “a busca por sinais da doença, temperamento ou inteligência na pele, cheiro, características faciais dos pacientes, no tamanho e formação do esqueleto e da estrutura do corpo” (PIETIKAINEN, 2015, p. 126) para formar a base orgânica da psiquiatria.

Durante boa parte da história da psiquiatria, a fisionomia e a craniologia, com estudos da personalidade por traços físicos e as medições de crânios respectivamente, bem como as teorias de degeneração que afirmavam que a doença mental seria um desvio ao tipo normal de humanidade, podendo ser transmitido aos descendentes²¹ (CASTELL, 1978) forneceram os elementos para a psiquiatria se aproximar da medicina orgânica e afastá-la dos paradigmas sustentados por uma abordagem mais psicológica da loucura. Nisto, operou-se um reducionismo e uma circunscrição da loucura que se desenvolveu no decorrer do tempo, relegando para âmbito secundário a subjetividade e sua relação com questões de ordem social (PIETIKAINEN, 2015).

A história do desenvolvimento da medicina mental e do asilo permitem afirmar que tais elementos marcaram durante muito tempo os paradigmas de cuidado à saúde mental e construíram um padrão de caráter excludente e desumanizador. Mesmo que o asilo tenha se configurado, em um dado momento, como um progresso no cuidado e uma expressão de filantropia, no decorrer de sua história ele se mostrou um mecanismo de desumanização. Goffman, em seu estudo sobre tais instituições os caracterizou como exemplos de instituição total. Para ele, asilos poderiam ser pensados como espécies de “estufas para mudar pessoas; um experimento natural sobre o que se pode fazer com o eu” (GOFFMAN, 1974, p. 22).

Nas instituições totais, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade sem qualquer respeito à individualidade. Tudo é pensado em prol de uma homogeneização do grupo, por meio de um controle rígido de horários que se relacionam, por sua vez, a toda uma lógica obediente a um plano racional único, que no contexto asilar pressupõe a terapêutica. Além disso, a entrada em um asilo estaria integrada a toda uma carreira de doente mental, que culminaria em um quadro de mortificação e reorganização do eu (GOFFMAN, 1974). De certa forma, o olhar moderno sobre a loucura,

²¹ Sobre isso de maneira mais clara diz Castell(1978, p. 185): a doença mental deveria ser entendida como “desvios doentios em relação ao tipo normal da humanidade, [...] podem ter diversas causas [...] influências do meio social ou da hereditariedade, doenças adquiridas ou congênitas [...] uma vez que a doença se instala, [...] se transmite aos descendentes.” (CASTELL, 1978, p. 185)

inaugurou uma maneira de através da medicina alterar a identidade social e pessoal de um ator, na medida que ele e outros começam a percebê-lo como um “eu” defeituoso e indigno.

Mesmo que na maioria dos países a prática asilar não possuía mais o status que possuía nos Séc. XIX e XX, a maneira como a loucura foi pensada estabeleceu uma lógica persistente que ainda se apresenta contemporaneamente. O louco, como desrazoado e a loucura enquanto doença são sinais disso. Todavia, o mais sintomático é que a lógica asilar, do confinamento, “não se esgota no seu contexto empírico de origem, o asilo; na verdade ultrapassa-o, podendo ser percebida não apenas como lógica, mas também como prática em outras estruturas” (PERRUSI, 2010, p. 71). Nesse sentido, mesmo com a reforma psiquiátrica, o desejo de resumir o louco ao transtorno, de não ouvi-lo e tomá-lo como incapaz e necessitado de tutela permanece, inclusive em espaços que combateriam posturas como essa.

3.3.3 A Psicanálise e Outras Psicologias: a Palavra e a Loucura

A loucura não conheceu somente o alienismo e as práticas asilares na modernidade, mas também foi objeto de interpretações voltadas a narração do sofrimento e ao uso da palavra como instrumento terapêutico. A loucura, portanto, foi interpretada por meio de uma visão somática afirmadora do transtorno como resultado de causas físicas e também por meio de uma visão psíquica que entendida a loucura como fruto das paixões, dos problemas emocionais. Como parte da resposta a perspectiva mais biologizante surgiu a psicanálise, doutrina que se tornaria fundamental para os desdobramentos de outras psicologias apontadoras da psiquê como verdadeiro substrato da loucura (SCHULTZ; SCHULTZ, 2014).

Nascida fora das universidades e pouco preocupada com questões ligadas a sensação, a percepção e a aprendizagem, tradicionais objetos da psicologia, a doutrina criada por Freud surge na medicina e na psiquiatria, estritamente ligada a clínica e ao tratamento dos transtornos mentais. Nas palavras de Schultz e Schultz (2014, p. 284), “A psicanálise possui como objeto de estudo a psicopatologia [...] parte negligenciada pelas demais escolas de pensamento, e adota como principal método a observação clínica, [...] E, ainda, trata do inconsciente, tópico praticamente ignorado por outros sistemas de pensamento.”

Embora reconhecido como o responsável pela introdução da noção de inconsciente na psicologia, Freud não foi o primeiro a estudar o inconsciente e a sua psicanálise é devedora principalmente de três fontes: uma filosofia psicologista que refletia o inconsciente,

discussões sobre as causas da psicopatologia e a teoria darwinista da evolução. Tais fontes foram bases importantes para que Freud sintetizasse sua teoria e construísse aquilo que chamamos de psicanálise. O entendimento de que a maior parte da mente não está acessível, a compreensão de cura por meio da resolução de distúrbios emocionais via palavra e a valorização de aspectos não racionais do pensamento e do comportamento, especialmente aqueles ligados a satisfação sexual e a autopreservação foram acessados, interpretados e sintetizados por Freud a partir das fontes supracitadas (SCHULTZ; SCHULTZ, 2014).

A psicanálise enquanto método de tratamento materializa uma mudança qualitativa na maneira como alguém com transtorno mental poderia vir a ser enxergado. Sob a ótica de um tratamento psicanalítico, alguém com problemas psíquicos não era visto somente como objeto da racionalidade médica, nem percebido como alguém completamente perdido em sua insanidade, ao contrário, era visto como participante do tratamento. A livre associação, a interpretação dos sonhos e, de certa maneira, a própria hipnose, enquanto ferramentas de uma terapêutica centrada na palavra pressupõem, em maior ou menor grau, que o paciente fale. Portanto, a escuta do terapeuta é a maneira pela qual se pode ajudar o paciente a enfrentar e aprender a lidar com suas repressões (SCHULTZ; SCHULTZ, 2014). Em minha perspectiva, na história moderna da loucura, a psicanálise é um marco importante para a recuperação da voz do desatinado como parte do processo relevante de superação do transtorno.

A psicanálise freudiana auxiliou em uma compreensão mais acurada da ansiedade por meio do seu sistema conceitual tripartite, composto pelas categorias *id*, *ego* e *superego*. Para Freud, a ansiedade estaria ligada a pressão exagerada sobre o ego, a qual seria decorrente das pressões morais internalizadas no *superego*, os impulsos instintivos do *id* e as dinâmicas da realidade exterior ao indivíduo. A pressão exagerada, na perspectiva psicanalítica clássica, seria um alerta das ameaças sofridas pelo ego. A importância da teoria freudiana vai além das conquistas terapêuticas e da própria alçada da psicologia, pois influencia uma série de autores nas humanidades, incluindo Nobert Elias e teóricos marxistas heterodoxos. Apesar disso, a psicanálise freudiana não foi imune a críticas, apresentou problemas em seus fundamentos e também não passou incólume de reflexões revisionistas, as quais não agradaram seu fundador (SCHULTZ; SCHULTZ, 2014).

Das críticas pode-se citar falta de sistemática na coleta dos dados por parte de Freud, a sua amostragem pequena e não representativa, a discrepância entre anotações e os casos publicados, bem como a impossibilidade de avaliação de suposições e generalizações

freudianas em decorrência da falta de explicação de Freud sobre seu raciocínio (SCHULTZ; SCHULTZ, 2014). Posteriormente, Skinner (2011), expoente do behaviorismo, também criticou o sistema psicanalista o chamando de sistema dualista, pouco científico, bifurcador da natureza humana em física e psíquica e rebaixador do comportamento como sintoma de um distúrbio ou expressão das atividades do aparato mental, categoria que não considerava uma realidade factual. Mas, de todas as críticas recebidas, considero mais frutíferas e importantes para posteriores desenvolvimentos aquelas que apontaram as fragilidades e o machismo das afirmações freudianas sobre as mulheres, a impossibilidade de universalidade do sistema psicanalítico e a exagerada ênfase de nas forças biológicas, especialmente as sexuais, como determinantes da personalidade.

A psicanálise desenvolveu-se para além de Freud e também desdobrou-se em outras correntes que objetivaram desconstruir parte dos paradigmas freudianos ou orientar o olhar para outros processos mentais pouco trabalhados por Freud e pela psicanálise ortodoxa. De modo geral, os principais argumentos dos revisores e críticos – porém, ainda partidários de uma psicologia voltada ao intramental e não aos aspectos comportamentais observáveis – contribuíram para a constituição de uma perspectiva mais ampla do papel do ambiente social nas tessituras dos processos mentais, na formação da personalidade e na maneira como se deve pensar os transtornos mentais. Por meio da revisão dos preceitos freudianos, o foco no impacto social como variável do desenvolvimento e do cuidado da mente recebeu reforço (SCHULTZ; SCHULTZ, 2014).

Assim, os neofreudianos expandiram o conceito de *ego*, o tornando mais independente do *id*, minimizaram a importância da sexualidade e do complexo de Édipo, bem como deram mais importância as interações sociais na infância. Anna Freud, por exemplo, revisou as teorias do pai, desenvolveu uma abordagem infantil para a clínica psicanalítica e explicou os mecanismos egoicos de defesa contra a ansiedade. Outros revisionistas elaboraram considerações sobre o desenvolvimento infantil a partir do conceito freudiano de objeto, isto é, o objeto ou ente utilizado como recurso para se satisfazer um instinto. Para os adeptos da chamada teoria dos objetos, a interação entre filho e mãe eram centrais e sua atenção estava voltada para a ideia de que “as questões mais cruciais no desenvolvimento da personalidade envolvem o aumento da capacidade e da necessidade da criança, com o passar do tempo, de libertar-se do objeto primário (a mãe) a fim de estabelecer uma firme noção de si mesma e desenvolver relações com outros objetos (pessoas).” (SCHULTZ; SCHULTZ, 2014, p. 321).

Um contraponto importante à teoria psicanalítica ortodoxa e bastante influente é a psicologia analítica de Carl Jung. Discípulo de Freud, Jung rompe com seu mentor e constrói um sistema em oposição a parte dos preceitos freudianos ao mesmo tempo que retrabalha e desenvolve outros preceitos popularizados pela psicanálise clássica. Jung enfoca no crescimento interior, reinterpreta a libido como uma energia vital não necessariamente ligada ao sexo e cunha o conceito de inconsciente coletivo, definindo-o como uma espécie de setor da aparelhagem psíquica sintetizadora das experiências herdadas das espécies humanas anteriores. Com sua teoria dos arquétipos, Jung sustentou uma noção de *self* como o arquétipo proporcionador da unidade e estabilidade da personalidade. Discordou de seu mentor sobre a formação da personalidade ainda na infância e preferiu pensá-la como realmente completa somente na meia idade. Por fim, vale ressaltar, que ainda pensou a autorrealização como um exercício de equilíbrio do *self*, levando em consideração sua harmonização e o desenvolvimento das habilidades individuais.

Outros autores e teorias também se desenvolveram como devedores da psicanálise de alguma forma, influenciando os estudos psíquicos com suas considerações. Pode-se citar Alfred Adler que, após o rompimento com Freud, desenvolveu a psicologia individual. Adler, em contrapartida a Freud, focou no consciente e não no inconsciente, criticou a postura machista de Freud, desenvolveu em sua reflexão o interessante conceito de interesse social definido como “o potencial inato de cooperação com as pessoas a fim de atingir as metas pessoais e sociais.” (SCHULTZ; SCHULTZ, 2014, p. 330). Além disso, estudou o sentimento de inferioridade e discutiu como este poderia vir a se desenvolver no que chamou de complexo de inferioridade.

Além de Adler, a psicanalista Karen Horney criticou e revisou o paradigma freudiano, inclusive substituindo a inveja feminina do pênis pela inveja masculina do útero. Horney contribui bastante para o entendimento da ansiedade, cunhando a categoria de ansiedade básica definida como "o sentimento de isolamento e de desamparo da criança em um mundo potencialmente hostil" (HORNEY, 1945, p. 41. *apud.* SCHULTZ; SCHULTZ, 2014, p. 334). O conceito de ansiedade básica de Horney, para além das contribuições possíveis na área da psicologia, pode ser útil para um diálogo no tocante as questões sociológicas ligadas a concepção de segurança e insegurança ontológica, na medida em que é resultado de uma experiência de desamparo produzida via interações sociais no ambiente infantil e que manifesta-se na condição existencial dos adultos.

Mais recentemente surgiu a psicologia humanista que voltou-se não para as condições negativas e os distúrbios, mas para análise do prazer, da alegria, da bondade e dos aspectos considerados positivos da personalidade. O intuito da psicologia humanista era criar uma terceira via que abrisse o caminho para um estudo que transcendesse as limitações behavioristas e psicanalíticas. Abraham Maslow, principal nome da corrente, contribui com os estudos psicológicos ao pensar o bem-estar e a autorrealização, entendendo a importância da satisfação das necessidades e construindo uma ordem hierárquica dessas necessidades.

Junto com Maslow, Carl Rogers também merece destaque, pois seu trabalho apresentou uma resposta ao pessimismo freudiano, afirmando que a percepção do indivíduo sobre as circunstâncias e a maneira como entende o presente também moldam sua personalidade. Rogers e Maslow foram importantes pensadores para estudos relacionados a autoestima, autovalorização e competência. Por fim, ressalta-se também os estudos contemporâneos da psicologia positiva e todos aqueles destinados à compreensão do prazer e da felicidade como desdobramentos indiretos e devedores da psicanálise.

Guardadas as devidas proporções e diferenças, todas essas correntes influenciaram e continuam influenciando na maneira como os transtornos mentais foram e são vistos. Suas principais contribuições, em minha interpretação, orbitam em torno da valorização de aspectos sociais e de sua interação com aspectos psíquicos como elementos chaves para o entendimento dos transtornos mentais. Além disso, a compreensão de que não se pode olhar somente para o distúrbio ou para desordem, mas é preciso entender como seres humanos se realizam e de que forma a autoestima e autovalorização são experimentadas me parece um aspecto indiretamente ligado as perspectivas mais recentes de cuidado. O fato é que, como poderemos ver, a preocupação com o eu e o entendimento de que um distúrbio não necessariamente significa uma desumanização ou alienação da razão são raízes dos paradigmas de cuidado atuais. Direta ou indiretamente, compreensões mais humanizadas são devedoras dessas e outras maneiras de se compreender as desordens mentais.

3.3.4 Novas Perspectivas sobre a Loucura: Crítica ao Asilo, Medicamentação e Abordagens Antimanicomiais

A partir do século XX, ocorreram mudanças na maneira que os transtornos mentais eram tratados e pensados. Em pouco mais de meio século, o modelo manicomial foi criticado

e um novo paradigma de cuidado foi pensado e colocado em prática; uma espécie de revolução farmacológica ocorreu e uma nova reflexão sobre nosologia e etiologia dos transtornos mentais começou. Todas essas transformações levaram a alteração do cuidado, ao surgimento e intensificação de fenômenos como a medicalização e medicamentação de aspectos emocionais, além de uma espécie de bricolagem entre aquilo que já se apresentava no imaginário social sobre a loucura e as novas perspectivas.

O atual entendimento dos transtornos mentais exigem um passeio em sua história mais recente, de modo que se possa compreender como o surgimento dos psicotrópicos, o debate contemporâneo sobre nosologia e etiologia das desordens mentais, bem como os paradigmas inaugurados com a reforma psiquiátrica dialogam e se confrontam. Na minha perspectiva, para compreender como o cuidado é efetivamente exercido é preciso entender as tessituras do conhecimento que constitui o universo do sistema médico por ele responsável, portanto, é fundamental.

O uso de drogas para o auxílio da terapêutica dos transtornos mentais é milenar, mas considerada, no decorrer da história, uma perícia difícil. Pinel, por exemplo, declarou que assim como administrar apropriadamente um medicamento era uma arte, saber quando suspendê-los deveria ser considerado como uma arte ainda mais complexa. Seja no passado ou contemporaneamente, o uso de medicamentos para o tratamento de transtornos mentais é uma questão delicada, suscitadora de debates e críticas, talvez porque, na maior parte de sua história, os psicofármacos tenham emergido empiricamente e quase de forma acidental, inclusive aqueles originados a partir de 1940 com a psicofarmacologia moderna (PIETIKAINEN, 2015; GORENSTEIN; SCAVONE, 1999).

A experimentação de substâncias para tratamento e contenção da loucura, sob a autoridade psiquiátrica, pode ser registrada desde os tempos dos alienistas. No século XIX, uma série de substâncias foram utilizadas, muitas consideradas como drogas ilícitas. Na França, Jacques Moreau utilizou maconha para fins terapêuticos, concluindo depois de algum tempo que como medicamento psiquiátrico ela era uma droga ineficiente. A morfina, extraída da papoula, matéria-prima do ópio, foi usada como sedativo na Alemanha. Nesse mesmo país, a hiosciamina, isolada de um gênero de plantas conhecido como *Hyoscyamus*, foi usada nos asilos como um indutor do sono, sendo reportada por alguns como auxiliadora na recuperação de pacientes crônicos de mania e alcoolismo (PIETIKAINEN, 2015).

Os chamados opiáceos e os barbitúricos, compostos produzidos a partir do ácido malônico e da ureia, foram muito utilizados para o controle da agitação, da ansiedade e para indução ao sono. Tais substâncias foram consideradas ferramentas úteis para o amortecimento de episódios de mania e excitação nervosa, tornando-se muito populares até o surgimento de outras drogas, como os benzodiazepínicos. Apesar disso, deve-se reconhecer, que a maioria dos alienistas não eram favoráveis ao uso de medicamentos como primeira opção de tratamento. Porém, opiáceos e barbitúricos foram consumidos de forma exponencial até a década de 1970, quando a OMS tomou uma série de medidas para que o consumo fosse regulamentado e controlado, favorecendo a diminuição do seu uso (PIETIKAINEN, 2015).

A partir da década de 1940, uma guinada na psicofarmacologia ocorreu e novas drogas foram descobertas, iniciando o que se tornaria um mercado robusto de medicamentos, bem como influenciando a forma como pacientes e trabalhadores da saúde percebiam o tratamento dos transtornos mentais. Em 1949, um psiquiatra australiano chamado John Cade descobriu as propriedades terapêuticas do lítio no trato de transtornos mentais relacionados à mania e à depressão. Estudos demonstraram que o lítio atuava diretamente sobre os picos de mania e das crises depressivas, aliviando os piores sintomas demonstrados por pacientes maníaco-depressivos, reduzindo o risco de suicídio nessa população (PIETIKAINEN, 2015).

No início da década de 1950, a clorpromazina ficou conhecida como uma substância de efeitos antipsicóticos. Na França, seu uso fez com que os pacientes apresentassem um quadro clínico que variava de uma indiferença ao ambiente até um “despertamento completo” dos efeitos psicóticos de seus transtornos e reorganização de sua personalidade. Nos EUA, a clorpromazina passou a ser chamada de droga milagrosa, pois a droga foi responsável pela abertura de portas nas enfermarias e do entendimento do hospital como um lugar de fato terapêutico, na medida em que não somente permitiu uma maior qualidade de estadia para os internados como aumentou a sensação de eficiência dos funcionários em relação aos tratamentos administrados (PIETIKAINEN, 2015).

Logo após a segunda guerra, enquanto desenvolviam um tratamento para a tuberculose, pesquisadores perceberam que a isoniazida e o seu derivado isopropílico alteravam o ânimo e o humor dos pacientes, o que os levou a testarem tais substâncias no tratamento de depressivos, tornando-as os primeiros antidepressivos. Em 1960, surgiram acidentalmente os benzodiazepínicos, entendidos como remédios seguros por apresentarem menor risco de dependência e menor potencial para indução da tolerância. Muito populares

até hoje para o tratamento de transtorno do pânico, fobias, ansiedade e quadros de psicopatia. Dez anos depois, uma outra classe de antidepressivos surgiu, os chamados inibidores seletivos de recaptação de serotonina (SSRI). Os SSRI foram considerados mais fáceis de usar, graças ao menor risco de overdose, um deles, mais especificamente o prozac, ficou conhecido como a pílula da felicidade (PIETIKAINEN, 2015; STULZER; SILVA; STULZER JÚNIOR, 2006).

Como se percebe, em um período muito curto de tempo, uma série de drogas promotoras de efeitos em transtornos mentais foram descobertas, modificando de forma radical a maneira de se tratar a saúde mental. A disseminação dos psicofármacos a partir do pós-guerra permitiu um salto expressivo na qualidade de vida de pessoas com transtorno mental, podendo, de certa forma, ser entendida como uma espécie de humanização do cuidado à pessoa acometida de alguma desordem mental, afinal o uso dessas drogas significou uma menor frequência de admissão hospitalar, redução de internação e do tempo de permanência de pacientes psiquiátricos em hospitais (PIETIKAINEN, 2015; GORENSTEIN; SCAVONE, 1999).

Não obstante, a busca e pesquisa de psicotrópicos foi um dos ingredientes que reacendeu uma discussão na psiquiatria sobre a nosologia e etiologia dos transtornos, permitindo também uma aproximação da medicina do corpo nunca antes vista. Com isso, os psicofármacos nutrem o paradigma que dita o tratamento dos transtornos mentais contemporaneamente, baseado em uma perspectiva biomédica. Tal modelo pode ser facilmente sintetizado em uma pergunta simples: por que os transtornos mentais não poderiam ser tratados efetivamente com remédios, assim como outras doenças? (MILLER, 2014).

O projeto atual em matéria de psiquiatria e psicofarmacologia está interligado com um discurso que tenta sustentar um entendimento estritamente orgânico das desordens mentais. Esse discurso biomédico sobre os transtornos mentais se fundamenta principalmente na neurologia e no estudo das funções cerebrais superiores. Para a neurociência e parte da psiquiatria contemporânea, “apesar das causas ainda permanecerem desconhecidas, é seguro dizer que as raízes destas doenças encontram-se em alterações na anatomia, na química e na função do encéfalo” (BEAR; CONNORS; PARADISO, 2002, p. 679).

Assim, afirma-se que nos casos de transtorno de ansiedade, a causa estaria relacionada com a atividade elevada do córtex pré-frontal, a hiperatividade da amígdala, bem como a diminuição do hipocampo na medida que se relacionam com o estresse. Transtornos

de humor teriam origem orgânica, decorrentes das alterações na noradrenalina e/ou na serotonina, bem como a questões genéticas. Já a esquizofrenia teria por causa um ou mais genes defeituosos e uma ativação específica dos receptores para a dopamina. Como se percebe, sob influência da neurociência, cada vez mais se constrói um discurso legitimador da perspectiva dos transtornos mentais como doenças orgânicas, tais como o câncer e o diabetes (BEAR; CONNORS; PARADISO, 2002).

O entendimento de uma natureza orgânica da doença mental não é novo, Emil Kraepelin, pai da psiquiatria moderna, já defendia essa perspectiva como forma de validar a psiquiatria como braço da medicina no final do século XIX²². A ideia de Kraepelin continua viva e alimenta a neuropsiquiatria, encontrando uma nova expressão na hipótese do desequilíbrio químico e em outras evidências científicas. Contemporaneamente, todo um quadro de reflexões e estudos parecem fortalecer o argumento da origem neurobiológica das psicopatologias, desde o desenvolvimento dos psicofármacos e a descoberta dos receptores e neurônios afetados por eles, passando por evidências de bases genéticas de transtornos mentais sérios, nos quais a hereditariedade constitui-se como um fator relativamente importante, até o avanço de técnicas de neuroimagem que revelam informações cerebrais associadas com transtornos mentais (HINSHAW, 2010).

A formação de profissionais do campo da saúde mental, portanto, é marcada por uma perspectiva sobre a saúde mental de raiz organicista. Uma rápida leitura em manuais de psiquiatria deixa claro a disposição de encarar fatores orgânicos como prevalentes àqueles considerados ambientais no que toca à origem dos transtornos mentais, bem como também é possível encontrar declarações que afirmam a necessidade urgente da construção de uma classificação de doenças baseada em princípios ligados à biologia e à medicina. Por fim, esses mesmos manuais biologizam comportamentos e emoções de modo exacerbado, afirmando que entre 40% e 70% das características temperamentais, cognitivas e ligadas a nossa personalidade podem ser atribuídas aos fatores genéticos (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017; HALES; YUDOFISKY; GABBARD, 2012).

Apesar da força que o argumento biomédico ganhou na contemporaneidade, ele é passível de crítica. Primeiramente, porque, de certa forma, ele é empobrecedor da complexidade da psique humana e das questões relacionadas ao normal e ao patológico, pois coloca tais aspectos como predominantemente ligados a alteração ou não das dinâmicas

22 Para o psiquiatra alemão, “Diferentes transtornos estão associados a distintos tipos de patologia no cérebro, assim como também a etiologias correspondentes” (FREITAS; AMARANTE, 2007, p. 49)

neuroquímicas do cérebro (FREITAS; AMARANTE, 2007). É também possível dizer que, apesar do modelo de compreensão dos transtornos mentais como doença apresentar ao seu favor os avanços da neurociência, alguns especialistas afirmam que não há condições de afirmar que estruturas cerebrais e processos biológicos são os responsáveis pelos sintomas (HINSHAW, 2010).

Além disso, “a interpretação de comportamentos bizarros como doença é talvez único da moderna sociedade ocidental” (EATON. 2001, p. 26), ou seja, “doenças mentais são exclusivas da sociedade ocidental, porque elas se desenvolvem como concomitantes culturais da era da razão e da ordem econômica capitalista” (EATON. 2001, p.39-40). Portanto, é necessário ter consciência que o entendimento dos transtornos mentais enquanto questões puramente de ordem orgânica não passa de uma forma possível de interpretação de um fenômeno plural em significados e alvo da ação de diversos saberes que em maior ou menor grau conseguem lidar com ele.

É fundamental também ressaltar que as próprias pesquisas feitas por neurocientistas desencorajam um entendimento organicista dos transtornos mentais. Sobre isso, Freitas-Silva e Ortega (2016), em um artigo chamado “Determinação Biológica dos Transtornos Mentais”, apontam que, desde os anos 2000, o campo neurocientífico vê o surgimento de pesquisas apontando para a impossibilidade de perceber processos de saúde-doença a partir de modelos lineares, de causalidade unidirecional. De acordo com as autoras, as evidências apontam para a variabilidade de fatores e multiplicidade de graus de vulnerabilidade; além disso, a etiologia que sustentam é complexa e resistente a simplificações e previsibilidades. Neste sentido, por mais que a experiência patológica ainda encontre na biologia o seu cerne, o determinismo foi substituído por uma noção muito mais probabilística e interacionista com o ambiente externo ao biológico.

A realidade atual é que, se há influência do marcador biológico para formação da doença, ele incapaz de responder exclusivamente pela sua etiologia, tendo efeito restrito na determinação da patologia. Dessa maneira, as descobertas até agora não são suficientes para apresentarem aspectos nosológicos, ligados exclusivamente a aspectos biológicos. Essa realidade chama atenção para um aspecto crucial dos transtornos mentais, isto é, a inexistência de transtornos mentais em que a forte influência do ambiente não esteja presente (FREITAS-SILVA; ORTEGA, 2016; EATON, 2001). Por mais que impossível sustentar causas unicamente sociais, a importância desses elementos para o surgimento de males

psíquicos deveria garantir o empenho e o esforço para o enriquecimento da perspectiva de cuidado. Portanto, secundarizar processos sociais do tratamento e no entendimento dos transtornos mentais é ignorar um conjunto de fatores centrais no fenômeno da loucura (EATON, 2001; SCHEFF, 1984).

A perspectiva biomédica dos transtornos mentais se alimenta e agrava o fenômeno da medicalização da vida. A medicalização é um fenômeno social datado da segunda metade do século XX, quando uma revolução terapêutica jamais vista eclode, fazendo surgir tratamentos baseados em antibióticos e hormônios, que contribuem para diminuição da letalidade das doenças infecciosas, os contraceptivos e os psicofármacos. De forma ampla, um conjunto significativo de mudanças no diagnóstico e no tratamento de doenças passa a se desenvolver e nesse movimento a medicina, em nome da prevenção, adquire o direito de determinar uma gama de condutas nas mais variadas esferas da vida social, inclusive naqueles que anteriormente seriam considerados tabus. Corpo e mente tornam-se alvo de um linguajar médico que passa a intermediar a nossa relação com o mundo por meio das categorias de normal e patológico (FREITAS; AMARANTE, 2007; TESSER; BARROS, 2008).

A medicalização é um fenômeno complexo e envolve transformações socioculturais, nas quais as experiências humanas são compreendidas como problemas médicos, o que torna a conduta médica a maneira coerente e correta de tratá-las. A medicalização sedimenta, no senso comum, a compreensão do corpo enquanto máquina e a perspectiva de que, seja qual for o mal a ser tratado, a intervenção anatomoclínica e/ou química-cirúrgica serão a saída. No final das contas, a medicalização diminui o potencial cultural e a autonomia das pessoas de lidarem com questões ligadas, de modo mais amplo, ao sofrimento. Nesse sentido, o sofrimento passou a ser pensado como epifenômeno do corpus biológico, sendo nomeado como dor psíquica, uma variante da dor física. Assim, a medicalização passou a ser encarada como mais eficaz do que a escuta e atacar a dor passou a ser visto como resolução do sofrimento (PERRUSI, 2015).

Essa complexa trama inaugura uma realidade marcada pela medicamentação, isto é, o uso de medicamentos para o tratamento de problemas anteriormente não ligados ao tratamento medicamentoso. Além disso, se produz um entendimento consumista em relação aos medicamentos que, entendidos como produtos, passam a ser associados à promoção da saúde e bem-estar de forma mais ampla²³. Há, cada vez mais, uma psiquiatrização da vida

23 Em 2018, os brasileiros consumiram 1,4 milhões de comprimidos. Para mais informações, acessar: <https://noticias.r7.com/saude/brasil-consome-566-milhoes-de-caixas-de-calmantes-e-soniferos-03072019>

social, um surgimento de novas rotulações diagnósticas e o crescente incentivo para o tratamento baseado em químicos. A consequência é aumento do consumo de psicofármacos e do entendimento do remédio como o meio mais rápido e eficaz para resolução dos problemas. Todavia, perde-se de vista a dimensão narrativa do sofrimento, a experiência (inter)subjetiva da dor e a possibilidade de no ato de comunicá-la ao outro, significá-la de forma terapêutica (FERREIRA, 2014; CARUZO DE AZEVEDO, 2018; FERRAZZA *et al.* 2010; PERRUSI, 2015).

Um modelo puramente biomédico e organicista não pode dar conta dos transtornos mentais, em especial quando se olha da perspectiva de que eles são geradores de sofrimento. O século XX viu esse entendimento ser amadurecido, defendido e posto em execução a partir dos esforços da reforma psiquiátrica. A reforma psiquiátrica foi responsável pela revisão do conceito de doença mental e o direcionamento do foco terapêutico para o sujeito, o sofrimento e o seu ambiente. O paradigma proposto, nesse sentido, adota uma perspectiva que transcende o entendimento psiquiátrico e estabelece o cuidado como algo mais amplo, facilitando a construção de um novo olhar nas relações entre pessoas acometidas de transtorno mental e o mundo social. Mas, qual é o contexto e de que paradigmas a reforma fala, se retroalimenta e sustenta?

O primeiro ponto a sinalizar é que tentativas de revisão de ideias e práticas sobre o desatino não são novas. Nesse sentido, o trabalho de Pinel e outros podem ser pensados como reformas e iniciativas humanitárias para a época. Mas, os movimentos recentes têm como ingrediente inovador o consenso do estado de crise da psiquiatria clássica. Na segunda metade do século XX, a psiquiatria experimenta processos internos que levam à mudança radical na percepção de seu objeto, que passa a ser a promoção da saúde mental. Essa mudança de perspectiva, fez surgir as chamadas psiquiatrias de reforma que problematizaram a natureza da instituição asilar e/ou do saber psiquiátrico. As novas psiquiatrias dividiram-se em três movimentos: (1) a psicoterapia institucional/comunidades terapêuticas; (2) psiquiatria de setor/psiquiatria preventiva; (3) antipsiquiatria/psiquiatria basagliana (AMARANTE, 1998).

Os dois primeiros movimentos sintetizam dois grandes períodos de redimensionamento dos campos teóricos e assistenciais, contudo, com uma postura mais conservadora. Eles se limitaram a executar reformas do modelo psiquiátrico, preservando a crença na instituição psiquiátrica como lugar terapêutico. Além disso, eles não ofereceram crítica ao saber psiquiátrico, afirmando sua competência no trato da loucura. Eles também

propuseram ou a reforma da organização psiquiátrica ou a extensão da psiquiatria ao espaço público, através do discurso de prevenção e promoção à saúde mental. Diferentemente, a antipsiquiatria e a psiquiatria na tradição basagliana propuseram uma ruptura e uma desconstrução do aparato psiquiátrico no conjunto de relações entre instituições, práticas e saberes reducionistas da complexidade inerente ao fenômeno da loucura (AMARANTE, 1998).

Tais propostas não se restringiram a um único país e, de certa maneira, contribuíram para a reforma psiquiátrica brasileira. Na Inglaterra pós-guerra, a proposta de Comunidade Terapêutica surgiu criticando o asilo, mas tentando recuperá-lo através do entendimento do espaço hospitalar como constituído por pessoas igualitariamente envolvidas em seu funcionamento. A Comunidade Terapêutica sustentava uma terapêutica ativa, ligada à terapia ocupacional e ao trabalho, bem como o tratamento em pequenos grupos como ideal. Na França, a Psicoterapia Institucional também ambicionou, por meio da terapia ativa, resgatar o asilo. Denominou o saber psiquiátrico de segregador e totalizador, propondo um questionamento da instituição psiquiátrica. Foi também sua ambição conciliar psiquiatria e psicanálise, bem como trabalhar com vários métodos, fossem morais, baseados em teorias biológicas ou analíticas, contanto que fossem capazes de serem usados (AMARANTE, 1998).

Ambas as propostas foram alvo de críticas semelhantes, sendo a principal delas o esforço pela manutenção do espaço asilar como espaço terapêutico. A Comunidade Terapêutica não resolveu o problema da exclusão e não discutiu a reclusão e o asilo como elementos claros de segregação. Além disso, a valorização de pessoas com transtorno psíquico como mão de obra produtiva, não resolve o status de rejeitado que essas pessoas carregam. A Psiquiatria Institucional, por sua vez, falhou na inserção da pessoa com transtorno e do próprio transtorno no espaço social, além de a crítica ao asilo não ter levado à crítica da função social da psiquiatria. Por fim, há um reducionismo nessa abordagem que tenta dar conta das relações interpessoais do espaço social em toda sua complexidade por meio da criação de uma microssociedade (AMARANTE, 1998).

Outro modelo francês, inclusive anterior à Psicoterapia Institucional, foi a Psiquiatria de Setor. Para essa abordagem, uma transformação do espaço asilar deveria ser feita imediatamente e a vocação terapêutica da psiquiatria não deveria ser limitada a tal espaço, mas exercida fora da estrutura do asilo. O paciente demandaria um tratamento dentro do seu

próprio meio social e o hospital psiquiátrico se constituiria como um auxiliador e a internação apenas parte do processo. A Psiquiatria de Setor apresentou como proposta uma prática territorializada de tratamento executada por uma equipe multiprofissional e um arsenal de instituições seguradoras do tratamento, prevenção e pós-cura. Embora parecesse uma proposta promissora, houve críticas das alas progressistas que a interpretaram como uma espécie de psiquiatrização da vida e resistência dos setores conservadores contra uma suposta invasão dos loucos. Além disso, a implementação dos serviços de prevenção e pós-cura foram considerados custosos demais (AMARANTE, 1998).

Nos Estados Unidos, foi proposta a Psicologia Preventiva. Surgida em meio à crise do organicismo mecanicista, ela se mostrou como o cruzamento da Psiquiatria de Setor e a Socioterapia Inglesa, embebecida com os paradigmas sociológicos e behavioristas. Nessa perspectiva, a intervenção seria feita nas causas e na prevenção das doenças mentais, bem como na promoção da saúde, ambas ligando-se com o ambiente social e com comportamentos considerados desviantes. Para isso, o trabalho seria composto de três níveis: (1) intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental; (2) diagnóstico e tratamento precoce; (3) readaptação do paciente à vida social. O enfoque da Psiquiatria Preventiva estava na saúde mental, em uma abordagem coletiva, contextualizada na comunidade e em uma concepção de personalidade como unidade biopsicossocial (AMARANTE, 1998).

Todo esse desenho tinha como fim um processo de readaptação, na medida em que o transtorno mental era entendido como desordem. Nesse contexto, intervenções precoces não eram somente justificadas, mas também deveriam ser promovidas, pois, com o evitamento de casos novos, o hospital se tornaria obsoleto. Em suma, a Psicologia Preventiva alargava o campo da intervenção preventiva e, nesse sentido, a saúde mental era tratada de forma coletiva, no meio social, por modalidades assistenciais não somente psiquiátricas, evitando a produção de condutas patológicas (AMARANTE, 1998).

Embora apresente pontos positivos, a Psiquiatria Preventiva, na prática, não transformou a realidade hospitalar e ainda ofereceu formas de ingresso para novos contingentes de clientes para tratamento mental. De certa forma, a psiquiatria preventiva contribuiu para uma espécie de psiquiatrização dos normais, o que integra um projeto de medicalização da ordem social, uma expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais, criando um tipo psicossociológico ideal mediado pelos saberes psiquiátrico-psicológico (AMARANTE, 1998).

A mais radical das propostas foi a antipsiquiatria. Originária da Inglaterra, colocava em pauta a falta de adaptação da psiquiatria, questionando o binômio loucura/doença, denunciando valores e a prática psiquiátrica e advogando a leitura do fenômeno por outros referenciais. De maneira prática, buscou um diálogo entre a razão e a loucura, o que levava à destituição do valor médico da explicação e tratamento das doenças mentais. A proposta, portanto, era desvencilhar a loucura das amarras médicas, entendendo-a como uma subjetividade contracultural que apontaria para a verdadeira patologia: a ordem social moderna. Oposta ao tratamento químico e físico, a antipsiquiatria valorizava o discurso como instrumento para a metanoia e defendia que manifestações ligadas aos transtornos não deveriam ser censuradas ou combatidas. Embora teoricamente a reflexão antipsiquiátrica tenha trazido importantes contribuições na busca de um entendimento mais complexo dos transtornos mentais e a influência social para definição deles, há uma espécie de romantização da loucura e pormenorização do sofrimento causado por ela (AMARANTE, 1998).

Por fim, temos na Itália o movimento que mais influenciaria a reforma psiquiátrica brasileira, a tradição reformista basagliana. Fundada pelo médico Basaglia, essa psiquiatria de reforma também se apresenta como uma ruptura com o espaço asilar, propondo um novo lugar para a loucura. A experiência italiana sustentou o princípio da democratização e a ideia de territorialidade como elementos fundamentais para repensar o cuidado para com a loucura, propondo a revisão das relações que a psiquiatria funda, isto é, o centralismo terapêutico das relações médico/paciente e também o próprio lugar ocupado pela psiquiatria e pela loucura, enquanto saber/prática e objeto respectivamente. O programa basagliano ambicionava colocar o foco no sofrimento e não na doença, combatendo a dificuldade de trato com a diferença e os diferentes. Em resumo, o que a psiquiatria basagliana defendeu foi a necessidade da assistência pensada amplamente, inclusive em âmbito político, por meio da chave da cidadania (AMARANTE, 1998).

A tradição basagliana pregou a promoção da comunidade e das relações cotidianas como matéria-prima da desconstrução da tutela psiquiátrica e da exclusão, o combate ao imaginário social depreciativo do louco e o desmonte dos discursos de diferenciação entre quem trata e quem é tratado. A perspectiva italiana pensou uma reforma pautada em um projeto desinstitucionalizador, desconstrutor de saberes, práticas e discursos comprometidos com a objetificação da loucura e sua redução à doença. A desinstitucionalização seria uma abordagem crítica, entendedora das instituições enquanto fatos sociais complexos, compostos

por práticas e saberes intermediadores das nossas relações com o mundo social. Neste sentido, a terapêutica também seria constituída de uma dimensão política alargadora do conceito de cidadania, o que significaria a adoção de uma abordagem de atenção territorializada, produtora de cuidados, novas formas de sociabilidade e também de subjetividades (AMARANTE, 1998).

A experiência italiana tem sido a base epistemológica da agenda que de um pouco mais de trinta anos para cá tem sido implementada no Brasil. A reforma brasileira funda-se em dois conceitos centrais: no entendimento basagliano de desinstitucionalização e no conceito de complexidade, que entende o transtorno enquanto um processo de saúde/enfermidade amplo, importante para superação do especialismo dos saberes e da ciência enquanto único caminho possível para a terapêutica. Entendendo que saúde e assistência devem ser pensadas por meio da chave hermenêutica da cidadania, a reforma psiquiátrica brasileira objetiva transformar relações, enxergando-se assim como uma reforma ampla de cunho social, político e cultural. Em resumo, como uma reforma que tem por principal ambição a transformação do lugar social da loucura, da diferença e da divergência (AMARANTE, 2009; SAÚDE, 2005; TENÓRIO, 2002).

Indo além do “como tratar uma doença?”, a reforma denuncia uma política de exclusão e propõe a construção de vínculos e solidariedade como recurso para construção da resiliência, redução de crises e fomentação de uma saúde mental que leva em conta uma concepção abarcadora das dimensões sociais, psicológicas e biológicas. Para isso, a reforma tenta desconstruir o lugar historicamente dado ao louco, que é vazio de trocas sociais. Revisando a clínica, tende a percebê-la como uma relação a ser estabelecida com o sujeito, sendo nisso uma ferramenta para a condução de novas práticas e estratégias de ação. Além disso, propõe a construção de tecnologias de fomentação de inserção social, apoio e mitigação do sofrimento (AMARANTE, 2009; SAÚDE, 2005; TENÓRIO, 2002).

Concretamente, a reforma psiquiátrica brasileira está ligada a um movimento amplo que abrange desde a defesa, fortalecimento e criação do SUS até um entendimento da noção de saúde como algo maior do que uma condição biológica. Fomentada pela participação de uma diversidade de grupos, se apresentou como uma crítica institucional e como um movimento promotor de um debate a níveis mais abrangentes também, indo do campo técnico-assistencial, passando pelo político-jurídico, teórico-conceitual até o sociocultural. Por meio de seus esforços, novos modelos assistenciais foram propostos, tais como o CAPS -

Centros de Atenção Psicossocial, tecnologia de atendimento voltada ao acolhimento e (re)inserção social por meio de atividades orientadas por múltiplos saberes (AMARANTE, 1998; AMARANTE, 2009; SAÚDE, 2005; TENÓRIO, 2002).

Os esforços do movimento de reforma foram sintetizados em 2001 na lei nº 10.216/01 que, grosso modo, objetiva consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e comunitário, pautado na livre circulação na comunidade, marcado pelo usufruto dos serviços e do uso de recursos para o cuidado encontrados nesse cenário. Graças à lei, propagaram-se políticas amplas de saúde com enfoque na promoção, acolhimento, integração e atenção à ressocialização de pessoas com transtorno psíquico. Além disso, o foco das políticas públicas começou a transferir-se da doença para a saúde, do tratamento para a prevenção, da perspectiva médica para uma ótica interdisciplinar e territorializada. Mas, vale ressaltar que este novo saber/fazer ainda está parcialmente implementado e apresenta grandes desafios, mesmo com aproximadamente três décadas e meia de história de construção (AMARANTE, 2010).

De acordo com Fonte (2012), a política de saúde mental vigente conseguiu redirecionar o financiamento público gasto no cuidado à saúde mental e ter maior controle sobre os hospitais, de forma que se tornou perceptível a perda de hegemonia do hospital psiquiátrico e o fortalecimento do modelo assistencial de base territorial. Todavia, ainda de acordo com a autora, existe uma desigualdade regional na inserção da reforma psiquiátrica; também um certo processo de reinstitucionalização das políticas de saúde mental e uma medicalização em massa. Há também uma necessidade de uma preparação da comunidade para receber os pacientes desinstitucionalizados, criação de serviços que ajudem na quebra de institucionalização e uma formação de profissionais que repensem sua prática de maneira mais ampla, elementos importantíssimos para a superação de um dos fenômenos mais comuns ligados aos transtornos mentais, isto é o estigma, assunto que será alvo da minha reflexão no próximo tópico.

3.4. Estigma e Loucura

Um dos grandes desafios apresentados pela loucura é o estigma. O estigma está relacionado a imagem do transtorno mental como atos desviantes operados por um ator em articulação com o estímulo e com os atos de outras pessoas (SCHEFF, 1984). Pensada enquanto desvio, a loucura é algo que necessita ser tratado de modo que o sistema social

mantenha a estabilidade e a ordem social. Por muito tempo, o tratamento da loucura significou operar um reforço da normalidade, pensando o louco de uma forma específica que legitimasse a normalidade e integrasse a pessoa transtornada por meio de um papel social definido (EATON, 2001). Dessa maneira, o louco era visto como desatinado, alienado de sua razão e também como doente mental.

Nas relações sociais protagonizadas entre sãos e “loucos” ainda se opera o cultivo de uma distância, interditos de contato que asseguram uma atmosfera excludente. Em outras palavras, uma dinâmica de relações baseada em elementos latentes ou manifestos pelos “não loucos” que apontariam aos “loucos” seu caráter deficiente, a inaptidão de serem integralmente humanos. Em suma, se estabeleceriam os sinais necessários para a estigmatização (JODELET, 2015; GOFFMAN 2017). Em poucas palavras, o “estigma refere-se a uma desvalorização global de certos indivíduos baseados em algumas características que possuem, sendo, por isso, encarados como desfavorecidos, desvalorizados e desgraçados” (HINSHAW, 2010, p. 26).

Além disso, o estigma é universal, não uniforme e culturalmente determinado e sua origem está no exercício fundamental que todas as sociedades operam: o estabelecimento de meios de categorizar pessoas, através da eleição de atributos comuns e naturais (GOFFMAN, 2017; HINSHAW, 2010). O estigma e o fenômeno da estigmatização são uma maneira que os atores sociais encontram de normalizar aquilo que é visto como estranho e desviante por intermédio de interações violentas e excludentes. O estigma é um fenômeno que ocorre nas dinâmicas do cotidiano e que também pode se enraizar nas estruturas da sociedade. A estigmatização se dá por meio da tendência à categorização, choques de identidade e diferenças de poder social e justiça (HINSHAW, 2010).

Ação estigmatizadora é um processo não-reflexivo, que transforma esquemas de organização de sentido e interação em critérios normativos e exigências rigorosas. Dessa forma, quando um ator sofre o jugo de ser entendido como uma pessoa estragada, diminuída e desvalorizada ao não preencher critérios estabelecidos em uma interação. Em outras palavras, o ator reprovado é marcado e sofre uma redução identitária, sendo resumido à sua condição desfavorável, o que configura uma situação de estigma. A partir daí, ele passa a ser visto como alguém carente dos atributos fundamentais para o respeito, merecendo ser excluído de relações sociais positivas (GOFFMAN, 2017; HINSHAW, 2010).

Portanto, o estigma é um fenômeno relacional e forma-se pelos processos sociais de comparação, identificação e desvalorização. O Estigma é globalizante, reduz a individualidade e a humanidade do ator, levando à difamação contínua (HINSHAW, 2010). Enquanto fenômeno complexo, se liga ao aval de crenças fundamentadas em estereótipos negativos, a sustentação de preconceitos e, por fim, ao desejo de evitar ou excluir as pessoas que detêm o status de estigmatizadas, discriminando-as. Quem é estigmatizado tende a sucumbir à solidão, a se ver como uma pessoa abaixo do que deveria ser, o que, por sua vez, o torna desconfiado, deprimido, hostil, ansioso, envergonhado e confuso (GOFFMAN, 2017). Em resumo, “O termo estigma conota uma profunda marca de vergonha e degradação” (HINSHAW, 2010, p. 26).

O estigma pode ser pensado como uma intensa violência, pois um indivíduo estigmatizado tende a possuir as mesmas crenças sobre identidade que aqueles que o estigmatizam, entendendo-se como uma pessoa merecedora de um destino agradável e de uma oportunidade de viver e ser feliz. Apesar disso, os padrões que ele incorporou podem levá-lo a se tornar suscetível ao que outros veem como seu defeito, fazendo-o pensar que ele ficou abaixo do que deveria ser, tornando-se aos próprios olhos uma pessoa diminuída (GOFFMAN, 2017). A internalização do estigma impacta as condições psicológicas do indivíduo e suas sociabilidades primária e secundária, além disso, é fator de stress, influenciando a disposição pela busca de tratamento, o risco de recaídas e suicídio. Em alguns contextos, portanto, o estigma torna-se um problema maior que o transtorno (SOARES; NERY; SILVEIRA; NOTO; RONZANI, 2011; LÓPEZ; LAVIANA; FERNÁNDEZ; LÓPEZ; RODRÍGUEZ; APARICIO, 2008).

Entretanto, a interiorização do estigma não impede que a pessoa estigmatizada apresente, em alguma interação, um comportamento ambivalente e recheado de violência para com um outro indivíduo possuidor daquilo que ele considera ser um elemento vergonhoso ou indigno, inclusive em casos que a característica negativa seja a mesma que sua. Assim, em casos específicos de transtorno mental, “pessoas portadoras de transtorno psíquico podem exibir alta prevalência de estigmatização de outras pessoas na mesma condição” (GIBSON et al, 2008, p.3), talvez como uma forma de negar o seu próprio transtorno ou passar-se por “normal” para aqueles que não conhecem sua condição de desacreditado.

Fenômeno enraizado no mundo cotidiano, o estigma possui nuances sociais, estruturais/institucionais e psicológicas. Ele inclui cognições, atitudes e a formação da

identidade no nível individual; exaltação e depreciação de traços dos grupos sociais em nível social, assim como é envolvido e sofre influência de fatores institucionais em nível estrutural. A estigmatização, partindo da necessidade de categorização do mundo, pode reforçar a identidade social de um indivíduo por meio da depreciação da identidade social de um outro indivíduo; também pode oferecer a possibilidade de contraposição de um grupo social em relação a outro, criando a dicotomia “nós e eles”, bem como construir uma espécie de sistema de justificação onde desigualdades sociais encontram suporte institucional.

De acordo com Link e Phelan (2001), citados por Hinshaw (2010, p. 25), “[...] o poder social é um necessário componente do estigma”, portanto, a posição na escala de poder social, as visões de mundo sobre o que é certo ou errado, doente ou sadio influenciam na ocorrência do estigma. Neste sentido, para que a estigmatização ocorra é necessário que aqueles que estigmatizam se sintam mais poderosos e superiores em relação aqueles que são estigmatizados. O estigma é uma espécie de ferramenta de opressão. Opressão que pessoas acometidas de transtorno experimentam em seu cotidiano, mesmo em interações com profissionais que deveriam oferecer cuidado.

A opressão produzida pelo estigma manifesta-se ainda em uma variedade de modalidades de violências. Em âmbito interpessoal se manifesta em relações, na esfera íntima ou privada, que apresentam um tratamento do indivíduo como não sujeito, por meio de constrangimento, desqualificação e agressão. Em âmbito institucional se manifesta em uma cultura institucional excludente, em uma estrutura negligente e nas próprias condutas dos trabalhadores das instituições. Configura-se como uma barreira na aceitação e concretiza a discriminação. Por fim, em âmbito simbólico, o estigma atribui ao indivíduo o rótulo de cidadão de segunda categoria, legitimando a tutela de sua existência (NUNES; TORRENTÉ, 2009).

Além disso, o estigma também possui uma lógica particular que guia o processo de estigmatização. Primeiramente, o estigma se relaciona com o medo do que ameaça ou do que parece ameaçar, seja isso características físicas, comportamentais ou fatos biográficos, que indicariam um perigo e serviriam como sinal para reprovação daquela pessoa; segundo, está relacionado com a anomalia, com o estranho e com o bizarro, isto é, com o choque causado pelo diferente, com todo o temor que este traz com seus valores, corpos, atitudes, atividades e costumes contrastantes ao normal; por fim, o estigma e a quebra de regulações sociais também estariam intimamente ligados, assim, atitudes e práticas que se opõem às ideias, ao

vestuário, às declarações ou aos ditos sociais que regulam as fronteiras do aceitável pela sociedade podem vir a orientar atores no processo de estigmatização (BENOIST, 2007).

A estigmatização se apresentaria como um dos últimos recursos de sustentação da ordem interacional. Em suma, o estigma é um jeito de deixar claro aquilo que ameaça o ordenamento social, o que precisa ser integrado através do distanciamento (GOFFMAN, 2010). O estigma, bem aplicado, concretiza fronteira, apresenta uma força coercitiva que distingue pessoas, evidenciando a heterogeneidade e por isso mesmo regulando interações, enquanto aplica um controle social mais ou menos explícito, mesmo em contextos de agregação. A depender do rótulo do estigma, ele marca a exterioridade do ator estigmatizado e também suas modalidades de inserção, onde, neste sentido, ele pode ser considerado quase um igual e onde não. Há, neste sentido, uma espécie de receita de controle de contato, esquemas de como se lidar de forma segura com o estigmatizado (JODELET, 2015)

Se considerarmos ainda que a ordem interacional é fundamental para a experiência social porque é palco de nossos engajamentos para conseguir os nossos objetivos, pode-se perceber de forma clara como o estigma impacta em nossos esforços para garantir o que julgamos importantes na vida. Estigmatizar não está somente ligado a raízes culturais profundas, mas também a uma postura pragmática, relacionada “as práticas, compromissos e perigos interpessoais”. O esforço da pessoa potencialmente estigmatizada também envolve essas questões. Portanto, ambos tentam afastar o perigo e preservar aquilo que consideram importante (YANG *et al.*, 2007) . No fim das contas, esse aspecto complexifica ainda mais o fenômeno da estigmatização e permite, por exemplo, tatear um entendimento da razão de alguém estigmatizar um ator e não outro que possui atributo desfavorável semelhante.

No que toca especificamente às interações com pessoas com transtorno mental, para observadores ou coparticipantes de interações com pessoas com transtorno psíquico, a perda do contato com os sinais da realidade significa perda total de controle e por isso frustração do que seria considerado um encontro social sustentador de identidades e assegurador da trivial normalidade da vida. Os comportamentos decorrentes do transtorno podem vir a quebrar alguns códigos sociais e isso garante a geração de um misto de repulsão e curiosidade, além de incitar uma espécie de gratidão nas pessoas por simplesmente não manifestarem os mesmos sinais, consequentemente o resultado é a frustração dos rituais de interação comuns ao cotidiano e a rotulação do *self* daquele que está apresentando o comportamento bizarro

como um *self* desarranjado e não merecedor de ser considerado digno enquanto participe de atividades sociais. (GOFFMAN, 2011; HINSHAW, 2010).

Para além disso, também é preciso compreender que o estigma não está preso a um único cenário ou situação específica, muito menos às dinâmicas de interações face a face, embora seja nelas que a estigmatização se manifeste de forma predominante. O estigma se espalha por diversos contextos. O estigma, portanto, pode ocorrer de forma direta ou mesmo indiretamente, seja através de ditos ou mesmo por meio de silêncio, omissões, limitação de espaços e mortificação de sociabilidades nos diversos círculos sociais. O processo de estigmatização de pessoas com transtorno mental está enraizado nos diferentes espaços de suas vivências, desde ambientes de maior intimidade, tal como a família, passando por espaços públicos e incluindo cenários ligados ao exercício dos trabalhadores da saúde (HINSHAW, 2010).

O estigma promovido pelos trabalhadores da saúde pode ser denominado de estigma profissional, caracterizado pela estigmatização protagonizada por um usuário de algum serviço e o responsável por ofertar este serviço. Ele explicita uma relação de poder, a qual, latente ou não, se relaciona com formas institucionalizadas de violência e de condutas excludentes. No que toca à estigmatização de pessoas com transtorno psíquico, o estigma profissional, ao menos em parte, tem raízes na própria construção do cuidado, pois, como já discutido, as práticas de saúde mental perpassaram durante muito tempo pela culpabilização dos indivíduos, além de teoricamente fundamentarem as profissões com argumentações e condutas estigmatizantes (HINSHAW, 2010).

Contemporaneamente a realidade persiste, na medida que as narrativas das pessoas acometidas de transtorno psíquico não são consideradas significativas por psiquiatras, na impressão que os usuários dos serviços de cuidado têm de alguns profissionais, na persistência de entendimentos coerentes com o modelo asilar de tratamento à saúde mental e a continuidade da representação do louco enquanto aquele que deve ser excluído e isolado (HINSHAW, 2010). Mesmo anos depois da implementação dos paradigmas da reforma, alguns profissionais sustentam uma compreensão da pessoa com transtorno mental como aquele que precisa ser mantido preso, sob a responsabilidade do médico, pois não tem juízo e é perigoso para ele, para família e para sociedade. Atrelado a isso, tais profissionais também consideram a experiência da reforma psiquiátrica como negativa (MACIEL *et al.*, 2008).

Sabe-se ainda que a extensão dessas práticas e atitudes estigmatizantes por parte daqueles que deveriam cuidar de pessoas com transtorno mental é desconhecida, embora, ao longo do tempo, mesmo uma pequena frequência possa se traduzir em uma quantidade enorme de interações negativas potencialmente danosas e promotoras de estigma. O estigma profissional na área da saúde é um problema grave, pois produz um comprometimento do tratamento psiquiátrico e de toda a assistência à saúde de forma geral. Ao reduzir um indivíduo ao seu transtorno, abre-se mão de que o mesmo se veja para além do seu sofrimento, o que pode gerar piora no quadro, abandono dos procedimentos terapêuticos e da medicação (HINSHAW, 2010; FERREIRA; CARVALHO, 2017).

Além disso, o estigma profissional pode vir a ser um ingrediente para intensificação de outro aspecto do estigma, que é o autoestigma, ou seja, a forma como indivíduos venham a ser tratados por trabalhadores da saúde pode reforçar sentimentos de culpa, vergonha e tristeza que eles já tenham de sua identidade, levando-os à autodepreciação (FERREIRA; CARVALHO, 2017). O autoestigma se efetua plenamente quando o ator assume um atributo ou identidade social ligada ao estigma e abandona uma identidade ou atributo possuído ou que poderia possuir. Ele está intimamente ligado com interações e espaços que reforçam a identidade de “paciente mental” e se apresenta como um dos grandes obstáculos para uma melhora concreta do sofrimento psíquico. Neste sentido, estigma profissional e autoestigma caminham juntos e o primeiro pode ser fundamental para o desencadeamento do segundo (ROE; YAMIN, 2017).

O estigma profissional pode ser, e geralmente é, um indicador de uma crença pessimista em relação ao tratamento e a possibilidade de uma existência normal por uma pessoa que é considerada irremediavelmente anormal. O estigma profissional está enraizado no desejo de distanciamento social, podendo se manifestar por meio de violência psicológica e através da negligência do cuidado. Embora seja inegavelmente um problema que está ligado diretamente aos relacionamentos entre usuários de um serviço e aqueles que o oferecem, o estigma profissional é parte de uma cadeia maior de acontecimentos e pode ser contextualizado (HINSHAW, 2010; BARRETTO, 2019).

Assim, as práticas estigmatizantes dos profissionais e trabalhadores da saúde estão profundamente ligadas aos contextos em que eles trabalham. O cenário do cuidado à saúde mental, quase predominantemente público, é marcado pelo desprestígio profissional, pela falta de recursos, pelos baixos salários e pelo estresse. Tal realidade, juntamente a exposição a

períodos de crise dos usuários, pode levar à intensificação de uma série de emoções e condutas, tais como a ansiedade, o medo e o desamparo, o que, por sua vez, contribuiria para o aumento de generalizações negativas, em especial se não houver suporte para a equipe, estratégias de ação e os trabalhadores apresentarem pouca ou nenhuma formação específica no que toca aos cuidados necessários para a saúde mental (HINSHAW, 2010; CORRIGAN, 2004; SMITH; CASHWELL, 2011).

Toda essa realidade pode tornar a estigmatização recompensadora para os atores que estigmatizam. Essas recompensas estariam divididas em três eixos: (1) promoção da identidade social através da estigmatização de um grupo desviante; (2) aumento da autoestima, através da evocação de estereótipos depreciadores em um esforço de aumento da percepção positiva de si mesmo; e, por fim, (3) promoção do autocontrole e da estabilidade psicológica a partir da segregação e afastamento de pessoas que remeteriam à fragilidade da vida (HINSHAW, 2010; CORRIGAN, 2004; SMITH; CASHWELL, 2011). Apesar de tais recompensas, aqueles que estigmatizam podem se sentir constrangidos e envergonhados por seus atos, demonstrando recursos de distanciamento discursivo ou mesmo de encobrimento de casos na hora de relatarem casos de estigma, o que torna o fenômeno ainda mais difícil de ser superado (BARRETO, 2019).

3.4.1 Desestigmatização dos Transtornos Mentais: limites, possibilidades e as consequências da estigmatização na saúde mental

Como se viu, o estigma é um fenômeno dinâmico, que se espalha por diversas direções. Ele é experienciado por indivíduos, grupos familiares, grupos sociais, comunidades e sociedades inteiras. Falando especificamente do estigma de pessoas com transtornos mentais, os signos e imagens que o promovem podem ser reforçados e comumente são pelas mídias, por atitudes constituintes das interações cotidianas e também pela conduta dos profissionais de saúde. Portanto, embora desestigmatizar seja um dos preceitos basilares da reforma psiquiátrica é necessário encarar que o processo de desestigmatização não é simples e requer trabalho sistemático, bem como tempo (HINSHAW, 2011).

Desestigmatizar plenamente só é possível se toda uma cadeia de níveis for atacada. Em outras palavras, pessoas com transtornos mentais são vulneráveis em diversas dimensões da vida, por isso um programa de desestigmatização precisa levar em consideração que alguns

comportamentos demonstrados por pessoas com transtornos mentais, ao se mostrarem diferentes do que o esperado, tornam-se disfunções sociais e fatores intensificadores da vulnerabilidade ao estigma em um conjunto muito amplo de esferas da vida social. O estigma se desenvolve em um conjunto de ciclos viciosos que crescem continuamente caso não sejam interrompidos. Tais desencadeiam uma intensificação do sofrimento e “reforçam estereótipos, aumento o cinismo [...] e diminuem ainda mais as esperanças daqueles que vivem com doenças mentais” (SARTORIUS; SCHULZE, 2005, p. 06).

Entender os ciclos viciosos do estigma se configura como uma importante vantagem porque permite a identificação dos pontos de acesso possíveis para intervenção (SARTORIUS; SCHULZE, 2005). Neste sentido, o combate ao estigma deve estar direcionado ao nível macro, ou seja, aos meios de comunicação, à população em geral, às leis e às instituições de cuidado à saúde mental em sua dimensão estrutural; ao nível intermediário, isto é, aos profissionais de saúde, aos profissionais ligados ao cuidado de saúde mental, bem como a todos que, de alguma forma, mantém laços secundários de fins utilitários ou semelhantes com pessoas que possuem transtorno mental; por fim, ao nível micro, isto é, o nível da intimidade, que é composto por familiares e amigos (LÓPEZ-IBOR JUNIOR; CUENCA; LÓPEZ-IBOR, 2008; LOCH; RÖSSLER, 2017).

Em nível micro, atividades ligadas ao restabelecimento e ampliação de laços sociais parecem ser um excelente instrumento de atenuação do autoestigma e do estigma público, por meio do aumento da resiliência e construção de novos ciclos sociais, um exemplo disso é a Terapia Comunitária, tecnologia de promoção à saúde mental que foi meu objeto de mestrado. Em um nível macro, a reforma psiquiátrica foi um marco importante, pois conseguiu a promulgação de uma lei, a reestruturação da rede assistencial e a fomentação de novas abordagens de cuidado. Em nível intermediário, manuais e artigos foram redigidos, mas ainda falta uma criação sistemática dos preceitos que foram colocados. A falta de esforços sistemáticos abrangentes de todas as dimensões sociais causa um impacto profundo socialmente falando, pois não se restringe aqueles que sofrem de transtorno mental e as suas famílias, mas também a sociedade toda (CORRIGAN, 2004; SMITH; CASHWELL, 2011).

As barreiras da desestigmatização tornam a sociedade mais injusta, intensifica desigualdades e ainda contraria algumas das premissas que o espírito democrático sustenta, pois aliena um segmento de pessoas da categoria de cidadãos e de humanos. Ao estigmatizar não se restringe apenas às pessoas do convívio, mas se impede que elas ofereçam suas ideias,

habilidades e perícias que possam ter e contribuam positivamente para o lugar onde vivem, além disso, recursos constituintes de capital social e que promoveriam solidariedade comunitária não são compartilhados, o que consequentemente torna laços comunitários mais empobrecidos (CORRIGAN; ROE; TSANG, 2011). De certo modo, o estigma impacta de maneira ampla no território que âncora subjetividades, na medida em que influencia na presença e atuação dessas pessoas nos espaços que vivem.

Como o estigma se relaciona com o medo pessoal de adoecer e perder o controle, ele também se apresenta como uma barreira contra a ansiedade que experiências com pessoas acometidas de transtorno podem causar, todavia, isso tem um preço para a saúde mental em uma dimensão abrangente, pois o medo de ser considerado uma pessoa indigna pode implicar no receio da busca de tratamento. Com isso, pessoas que apresentam crenças e comportamentos estigmatizantes tendem a negar seus próprios problemas e sofrimentos, o que pode gerar a intensificação deles e a ocorrência de casos de transtorno mental (CORRIGAN; ROE; TSANG, 2011).

Limitando-se ao nível intermediário e mais especificamente aos profissionais e trabalhadores da área de saúde, podemos dizer que os problemas que limitam a desestigmatização são muitos. Há um entendimento por parte de alguns trabalhadores de se manter um distanciamento social, o que pode indicar a permanência de uma lógica asilar enraizada no desejo originado dos arranjos dicotômicos que fazemos entre nós e outros. A distância social, neste sentido, pode esconder um sentimento de repulsa que para Machado e Lavrador (2001), citado por Alverga e Dimenstein (2006, p. 300), pode ser denominado de desejos de manicômio, conceito que pode ser definido como uma espécie de vontade de domesticar, subjugar, oprimir e controlar em uma experiência de encarceramento a imagem do louco com a finalidade de tratá-la.

Vontades de oprimir e delimitar a pessoa com transtorno psíquico perpassam inclusive espaços terapêuticos diferentes do hospital, pois “as novas modalidades terapêuticas, tais como os serviços substitutivos, não garantem por si só a superação desse desejo de exclusão e de exploração que carregamos” (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006, p. 301). Os desejos de manicômio estariam ligados, portanto, a uma das limitações básicas da desestigmatização que é a diferenciação do status, isto é, a compreensão que um indivíduo possui de que faz parte de um grupo superior que não pode ser confundido com pessoas estragadas.

A estigmatização leva pessoas com transtorno psíquico a experienciarem uma série de situações vexatórias, calcadas na indiferença e segregação dentro dos espaços nos quais tais pessoas deveriam encontrar o mínimo de apoio e confiança. Como apontam especialistas, o contato com profissionais de saúde e a qualidade dos serviços de saúde são duas das piores experiências estigmatizantes reportadas por indivíduos com transtorno mental, o que apontaria para um outro elemento que dificulta os processos de estigmatização, a falta do entendimento do suporte profissional enquanto apoio social esforço colaborativo para a terapia. Neste sentido, estigma profissional intensifica a estigmatização e a possibilidade de violência porque os trabalhadores da área de saúde mental podem influenciar na percepção de leigos na aceitação ou não de pessoas com transtorno (LOCH; RÖSSLER, 2017).

A persistência da estigmatização, a difícil contenção do estigma, sua intensidade e consequências são produtos de complexos arranjos multidimensionais relacionados com questões culturais, representações sociais e valores, bem como com engajamentos práticos e perigos interpessoais que abalam a sensação de segurança. Por características como essas, medidas unilaterais são insuficientes para lidar com o estigma. Uma agenda que proponha sua superação precisa abarcar um engajamento concreto, enraizado no exercício da cidadania, que se dê por meio da maior presença em espaços públicos, políticos, morais e educacionais de pessoas com transtorno psíquico, de modo que estas ganhem uma visibilidade para além dos seus transtornos (HINSHAWS, 2010).

Considerando isso, precisamos concordar que “somente intervenções multifacetadas, coordenadas podem ser úteis para reduzir a estigmatização em significativos modos” (HINSHAWS, 2010, p. 177). Sabendo ainda que o estigma é um peso que esmaga e oprime aqueles submetidos a ele. Desestigmatizar é parte do arsenal preventivo e terapêutico” (BENOIST, 2007, p. 13), podemos perguntar: quais indicadores apontariam para uma agenda de superação de estigma na prática dos trabalhadores da saúde?

De forma ampla, toda discussão desta sessão nos permite afirmar que iniciativas de desestigmatização perpassam por três dimensões gerais: contato social, educação e protestos/ações políticas, ou seja, iniciativas articuladas em nível político, social e interacional (CORRIGAN; ROE; TSANG, 2011). Para ações mais específicas, como, por exemplo, aquelas relacionadas diretamente a relação entre profissionais da saúde e comunidade, contudo, é necessário maior foco e articulação. Os projetos necessitam ser territorializados, possuindo um público-alvo, objetivando o estabelecimento de mudanças permanentes na

comunidade. Além disso, a ampla participação comunitária no planejamento e ação do que for decidido é importantíssimo. Portanto, uma agenda de promoção a desestigmatização requer um diálogo entre todos os atores participantes (WAGNER, 2017).

Em âmbito profissional, é necessário que o trabalhador possua capacidade de abordar as fontes do estigma, possua perícias que permitam saber “o que dizer” e “o que fazer”, bem como tenha uma terapêutica destruidora de mitos e focada na dissolução de preconceitos ligados aos transtornos mentais. Além disso, é fundamental que o trabalhador tome consciência do seu papel na recuperação dos seus pacientes e que isso seja enfatizado. Por fim, toda sua formação deve ser direcionada ao combate do estigma de forma contínua, o que pode ser feito através da escuta atenta das experiências com o sistema de saúde, adoecimento e recuperação (KNAAK; MANTLER; SZETO, 2017). Quando se pensa essas dimensões pode-se pensá-las, conforme propõe Hinshaw (2010), por uma série de indicadores, os quais apontam para sinais empíricos de uma prática compromissada com uma proposta de superação do estigma profissional. Logo abaixo, descrevo cada um deles.

Equalização do Status: como já dito antes, o estigma só é possível porque uma pessoa e/ou grupo se considera superior a outra pessoa/grupo em uma determinada interação. Sabendo que a relação dos trabalhadores da saúde e pacientes por vezes segue esse desenho, se faz necessário construir mecanismos que apresentem a equipe de saúde e os pacientes como colaboradores e mais do que isso como seres humanos que se definem como tais na relação interdependente com o outro. Sabendo ainda que contatos sociais saudáveis fazem a diferença, viabilizando o apoio social e o fortalecimento da resiliência, que lidar com transtornos mentais não significa lidar com um corpo, mas com uma pessoa que sofre, promover cenários que equalizem poder, status e tornem o contato mais frequente pode vir a promover atitudes mais positivas (FONTES, 2010; HINSHAW, 2010).

Aumento do Status Social/Prestígio do Trabalho e dos Trabalhadores da Saúde Mental: outro caminho fundamental para diminuição do estigma de forma ampla e do estigma profissional especificamente é a valorização do trabalho em saúde mental e dos seus trabalhadores. É necessário desconstruir a imagem ruim que tais trabalhadores possam ter por parte dos pacientes e da comunidade, incentivando a formação de uma imagem deste trabalhador como um cuidador humanista. Além disso, melhorar as condições salariais e de trabalho, assim como promover os atributos e atitudes positivas dos trabalhadores são outros recursos importantes para o combate ao estigma (HINSHAW, 2010).

Aumento de Tratamento em Métodos e Procedimentos: valorizar uma formação contínua, investir na educação de diferentes tipos de tratamentos é um outro elemento fundamental para lidar com o estigma profissional. Conhecer opções de tratamento disponíveis permite que os profissionais estejam mais preparados para saber como abordar cada caso de acordo com suas especificidades, além disso permite que a improvisação, o uso de referenciais não coerentes com a perspectiva inaugurada na reforma e o desejo de manicômio sejam evitados. Profissionais e trabalhadores bem preparados, treinados em abordagens comprovadamente efetivas e viáveis podem melhorar o tratamento, reduzir a ansiedade, tensão e medo diante de uma situação delicada, servindo de instrumento para a redução do estigma (HINSHAW, 2010).

Competência Cultural: a competência ou sensibilidade cultural trabalha como atenuante do estigma, pois permite o surgimento de uma consciência sobre a pluralidade de crenças e práticas culturais dos pacientes e seus cuidadores. Estar sensível ao contexto cultural é importante para compreender condutas, traçar estratégias de apoio contextualizadas às demandas específicas de grupos mais vulneráveis e facilitar a comunicação. Sensibilidade cultural permite que os trabalhadores da saúde entendam que repertórios culturais podem ser úteis na construção de uma terapêutica ou para o entendimento das razões que levam ao fracasso de certas iniciativas de tratamento. Por fim, permite também o surgimento de tolerância e respeito quando se traduz em compreensão de como as pessoas significam e vivem seus sofrimentos e as situações de estresse (HINSHAW, 2010).

Modelos Alternativos de Tratamento: o investimento em modelos alternativos, não centralizados na relação médico-paciente, horizontalizados e equitativos, bem como um maior nível de colaboração entre todas as partes envolvidas são excelentes caminhos para redução do estigma profissional. Inclinar-se à escuta atenta e sensível, bem como optar por tratamentos que tenham como abordagem a construção de competências e que se inclinem à perspectiva de quem sofre, além de se propor a discutir o estigma e seu impacto podem aprimorar o cuidado (HINSHAW, 2010).

Suporte e Terapia para Profissionais: um último recurso de auxílio para a redução do estigma profissional é investir em suporte e terapia para os profissionais de saúde mental. Acompanhamento terapêutico pode se converter em um excelente recurso para a diminuição do estresse inerente às dinâmicas do trabalho. Por fim, o suporte mútuo dado entre profissionais e trabalhadores das diversas áreas atuantes no cenário de saúde mental, bem

como a colaboração entre eles são uma forma de dividir o peso e encontrar apoio em situações delicadas que podem vir a ser tornar porta de entrada para o estigma (HINSHAW, 2010).

Em minha análise, tais indicadores foram importantes para construir uma interpretação sobre a realidade empírica analisada. Todavia, antes de discutirmos os meus passos metodológicos e também a análise de fato, gostaria de sintetizar aquilo que discutido até aqui me servirá de caixa de ferramentas analíticas.

3.5 A Teoria como Caixa de Ferramentas

Entendo a teoria como uma espécie de caixa de ferramentas ou mesmo um conjunto de lentes, que nos servem para construir da melhor maneira possível uma interpretação coerente de uma realidade muitas vezes não percebida, embora vivida. Todo o passeio feito até agora teve esse objetivo. Mas, assim como é necessário saber qual ferramenta da caixa utilizar ou como focar a lente, também é preciso esclarecer como o passeio feito nos serviu.

Em primeiro lugar, o que quis mostrar foi o caráter social da realidade que nos cerca, isto é, que nós construímos, por meio de nossas interações, pensamentos e ações, o mundo que se apresenta como exterior e natural. Neste processo, construímos juntos representações sociais que são alimentadas por nossas relações sociais e nos servem de orientação cognitiva na construção da nossa subjetividade, que é essencialmente intersubjetiva, bem como do mundo que nos cerca. Nós construímos, a partir de processos de tipificação, habitualização e formação de representações sociais, todo um universo que nos parece ordenado, exterior e natural, portanto, nas mais diferentes dimensões da vida, o conhecimento que criamos e compartilhamos constrói um mundo social que se torna maior e além de nós.

O conhecimento ordena o mundo e sustenta a ordenação nos mais variados níveis, pois a ordem não é inabalável. Vivemos em um mundo cheio de riscos e de eventos que abalam a nossa atitude natural e os nossos sistemas de tipificação comumente usados. Diante disso, faz-se necessário que, munidos de experiências anteriores e do conhecimento adquirido previamente, venhamos a administrar as situações, o que é feito constantemente sem nos apercebemos, como parte da teia da realidade social que nos cerca. Fazemos isso por meio dos nossos estoques de conhecimento, administrando as dinâmicas interativas do cotidiano e resolvendo problemas mais complexos através de perícias especializadas, as quais compõem o conhecimento dos sistemas peritos.

Cada tipo de situação requer o uso de uma gramática de conduta específica que selecionamos na esperança que ela sirva aos nossos projetos, sustente a ponte que temos com o outro e seja entendida como normal e aceitável. Assim fazemos em todas as dimensões da vida, inclusive no mundo do trabalho e em questões relativas à saúde e ao adoecimento, onde atuam indivíduos considerados gabaritados pelas comunidades para lidar com situações de crise nessas dimensões, encarnando papéis sociais ligados ao sistema perito que convencionou-se a chamar de sistema médico.

No contexto da administração da dimensão da saúde e da doença, pode-se ver que dentro do sistema médico mais geral há subsistemas que dialogam e confrontam-se, formando diversos conjuntos e, porque não dizer, representações sociais sobre os processos de adoecimento e saúde. Essa diversidade demonstra que sistemas médicos são culturais, produzidos socialmente e na história. No decorrer dos anos, o sistema médico ocidental tornou-se predominante, estabeleceu-se enquanto campo e constituiu-se como cenário de profissões. Nessa expansão, tomou para si também a loucura como objeto e a transformou em doença, embora ela não se reduza a este saber e enquanto fenômeno social abale a ordem social e seja administrada também por outros saberes.

Neste processo, o estigma tornou-se um fenômeno invariavelmente ligado a loucura, embora não exclusivo dela. Enquanto problemática ligada a dimensão social da saúde, pode ser pensado como uma forma de administração de situações problemáticas, todavia, é um forma de ação promotora de violência e com consequências sérias para as pessoas com transtornos mentais, para aqueles que integram seus círculos sociais e de maneira ampla para toda sociedade. Contemporaneamente, a consciência das especificidades do sofrimento psíquico e do estigma se tornaram elementos importantes para a revisão dos paradigmas de cuidado à saúde mental.

Considerando isso e ansiando analisar o trato da loucura em um ambiente profissional específico, esperando demonstrar a maneira como teci minha leitura sobre a conduta dos trabalhadores na atenção básica e sua relação com o cuidado à saúde mental e ao estigma, são âncoras guias de minha análise as seguintes noções:

- Os atores sociais utilizam seus conhecimentos e interações para sustentar a realidade.
- O conhecimento, as representações sociais e as experiências vividas formam os estoques de conhecimento.

- O uso dos estoques de conhecimento está presente em todas as dimensões da vida, incluindo nos sistemas peritos, dos quais o sistema médico formado por profissões e ocupações, é um exemplo.
- A loucura foi capturada pelo saber médico e se tornou doença, mas a forma como foi tratada não levava em consideração a pessoa em sofrimento e se constituiu como violenta, marcando toda a formação dos peritos por muito tempo, embora isso esteja mudando.
- A loucura é um fenômeno que desafia a estabilidade social e por isso é considerada liminar e ato desviante. Pessoas com transtorno mentais, consideradas loucas, por isso, podem vir a sofrer estigma em variados níveis.
- Os estoques de conhecimento dos profissionais e trabalhadores no que toca à administração da loucura são marcados por múltiplos referenciais e não somente por aqueles que supostamente deveriam lhes dar proficiência para o cuidado.
- Ao fazer uso de seus estoques de conhecimento, os trabalhadores da saúde podem utilizar tanto recursos possuidores da *expertise* necessária e auxiliadora de uma agenda de desestigmatização, quando usar referenciais negativos, que reforçam condutas e visões estigmatizantes.

4 ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE MENTAL

Nesta sessão inicio a análise dos dados propriamente dita. Primeiramente, volto minha atenção para os delineamentos mais gerais da Atenção Básica, suas características parametrizadoras da assistência e mais especificamente do cuidado à saúde mental. Meu propósito com esse capítulo é apresentar uma contribuição para o esclarecimento da reforma psiquiátrica não como uma reforma puramente dos aparatos asilares, mas como um processo amplo que impacta todas as esferas da assistência à saúde.

Além disso, construir um conhecimento que sintetize analiticamente as potencialidades da relação entre atenção primária, rede de atenção psicossocial e cuidado à saúde mental agrega ainda mais robustez aos demais estudos que circunscrevem aquilo que a Declaração de Caracas, isto é, o entendimento da atenção básica à saúde como um espaço de destaque “na constituição de redes de apoio social e serviços comunitários que possam dar suporte aos indivíduos em seus contextos de vida” (DIMENSTEIN et al. 2005).

Não menos importante, a discussão que se segue é, de certo modo, apologética, pois propõe-se a apontar os avanços que um entendimento desinstitucionalizado de cuidado e pautado no território representam, fazendo assim uma crítica ao processo de desmonte dos serviços de atenção à saúde mental iniciados antes mesmo do golpe de 2016 com uma portaria revogadora do caráter substitutivo dos serviços constituintes da rede de atenção (OLIVEIRA; SZAPIRO, 2020). Registro aqui que a discussão das diretrizes ideais e teóricas da atenção básica fazem-se importantes também por conta das notícias veiculadas no ano de 2020 sobre a intenção do executivo federal de destruir de maneira sistemática, por meio de 100 portarias, programas de serviços de atenção à saúde mental, inclusive aqueles ligados diretamente a atenção básica²⁴

Por fim, mas, não menos importante, analisar as diretrizes oficiais da atenção básica sobre cuidado, especialmente aquele direcionado a saúde mental, permite que possamos criar uma pintura das orientações ideias das condutas dos atores sociais entrevistados. Portanto, entender o que os documentos falam e quais são os eixos temáticos que costuram tais

24 Sobre isso conferir os seguintes links:

Governo Bolsonaro pretende encerrar programas de saúde mental no SUS:

<https://www.sul21.com.br/ultimas-noticias/politica/2020/12/governo-bolsonaro-pretende-encerrar-programas-de-saude-mental-no-sus/>

NS defende Política Nacional de Saúde Mental desinstitucionalizadora, antimanicomial e com participação social:

<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1505-nota-publica-cns-defende-politica-nacional-de-saude-mental-desinstitucionalizadora-antimanicomial-e-com-participacao-social>

considerações permitem a constituição de um “termômetro” mais preciso sobre o cotidiano dos profissionais entrevistados.

4.1 A Atenção Básica e suas Características: um breve olhar

De acordo com o Ministério da Saúde (2012), A atenção básica reúne um conjunto de ações em nível coletivo e individual que vão da promoção à saúde, passando por prevenção, diagnóstico, e redução de danos, até o tratamento e reabilitação. Seu objetivo é o desenvolvimento de uma atenção integral, que fomente e impacte a autonomia das pessoas, os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. A atenção básica é uma tecnologia de saúde descentralizada e capilar, servindo de porta de entrada para o SUS e centro de comunicação de toda rede de assistência, ela é considerada como o contato preferencial dos usuários com o SUS.

Assim como o SUS, a atenção básica fundamenta-se em uma perspectiva democrática de saúde e assistência, sustentando como valores a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, equidade e a participação social. Tais valores, sustentam nos documentos oficiais uma visão de sujeito que é singular e marcado por sua trajetória sociocultural, que vai além de qualquer doença e precisa ser compreendido de forma integral na fomentação de seu bem-estar (BRASIL, 2012). Neste sentido, estar bem não é somente constatar o bom funcionamento do corpo, mas compreender o sujeito saudável como aquele em equilíbrio no seu estar no mundo.

O cuidado preconizado, pode-se dizer, é complexo e multidimensional. Os preceitos registrados na Política Nacional de Atenção Básica apontam para uma compreensão que rompe com a perspectiva estritamente assistencialista, ligado a intervenção sobre o corpo adoecido e sobre a doença. Eles indicam um novo bojo de características que delineiam um código inovador de interpretação e expressão na prática social da assistência à saúde. Resumidamente, o que os documentos direcionados para a formação e exercício dos trabalhadores de saúde apontam é um entendimento de cuidado como uma mediação, uma participação solidária, relacionada à construção do bem viver (BRASIL, 2012; MARTINS, 2011; SCHUTZ, 1978).

Essa perspectiva se apresenta da seguinte forma: (1) o cuidado é pensado territorialmente, de modo que as ações sejam sensíveis aos condicionantes e determinantes da

saúde; (2) as ações são tomadas a partir de uma lógica assistencial composta que promova resoluções e mitigação do sofrimento de modo equitativo, universal e sem diferenciação; (3) a lógica que guia as ações se opera a partir da construção de vínculos e da responsabilidade mútua dos profissionais e usuários; (4) as equipes são multiprofissionais e articulam uma agenda de cuidados produzida por perspectiva multidisciplinar; (5) e por fim, a prática da assistência também aloca o usuário como centro do cuidado e o promove como protagonista do seu e do cuidado de sua comunidade (BRASIL, 2012).

Para viabilizar-se, a atenção primária à saúde tem como estratégia prioritária a saúde da família, focando no acompanhamento territorializado de um número definido de famílias. As equipes e Estratégia de Saúde da Família são lotadas em Unidades Básicas de Saúde e são formadas minimamente por um médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, técnico de saúde bucal e agentes de saúde, devendo basear suas ações levando em consideração o território e a trajetórias das famílias assistidas. De acordo com os documentos, para cumprir a perspectiva de cuidado preconizada as equipes necessitam cumprir os seguintes objetivos: (1) conhecer a realidade das famílias por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; (2) identificar os principais problemas de saúde e situação de risco do território; (3) e prestar assistência integral, organizando o fluxo de encaminhamento para os demais níveis de atendimento, quando necessário (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017; DIMENSTEIN et al 2005).

O cumprimento desses objetivos só podem plenamente operacionalizados se o trabalho feito pela equipe apresentar ainda quatro características fundamentais: (1) promoção do acesso ao serviço pelos usuários e combate de atitudes excludentes; (2) assistência amparada no acolhimento promovido via escuta qualificada, isto é identificadora de problemas e potencialidades; (3) assistência capilarizada, capaz de utilizar os espaços do território ao seu favor; (4) e ações educativas interventoras no processo de saúde-doença (BRASIL, 2012). Tais características expostas dependem de um compromisso e uma postura dos trabalhadores no que toca a sua percepção do próprio trabalho, da saúde e do funcionamento da atenção básica, bem como de toda uma dimensão mais estrutural que os ampare.

No que toca as atribuições dos trabalhadores, se requer deles que a postura participativa se manifeste no (1) envolvimento no processo de territorialização; (2) no cadastramento das famílias; (3) na adaptação do cuidado e dos espaços do cuidado conforme as necessidades; (4) na construção de ações de assistência contextualizadas comunitariamente;

(5) no entendimento do seu trabalho como integrante da fomentação da saúde integral; (6) na participação do acolhimento dos usuários; (7) na coordenação do cuidado, mesmo quando o usuário necessita de atenção em outros pontos; (8) na prática do cuidado em âmbito familiar e coletivo de forma a influenciar os processos de saúde-doença da comunidade; (9) na compreensão do seu trabalho enquanto braço de um projeto mais amplo onde se integram profissionais de diferentes formações (10) no compromisso de participar das atividades de educação permanente; (11) e na construção de redes de parceiros e recursos na comunidade assistida (BRASIL, 2012).

Em relação a aparelhagem institucional que apoia o trabalho na atenção básica, pode-se dizer que é dividida em três níveis de responsabilidade que são administradas pelo governo federal, estadual e municipal respectivamente. Para nossos fins, ressalto apenas alguns compromissos que devem ser cumpridos a nível municipal, faço isso porque este é o nível imediatamente responsável pelas equipes de saúde da família. Assim, faz parte das atribuições das secretarias municipais de saúde ações como (1) a prestação de apoio institucional às equipes e serviços no processo de implementação, acompanhamento e qualificação da atenção básica, além disso é papel do município (2) fazer da Estratégia de Saúde da Família a tática prioritária de atendimento ao usuário, bem como garantir sua universalidade. Muito importante também, em especial para o meu trabalho, é (3) o compromisso em desenvolver ações e articular instituições para formação permanente dos profissionais atuantes na atenção primária (BRASIL, 2012).

Este último compromisso remete a educação permanente, que considero ser fundamental às práticas e concepções dos profissionais. A educação permanente é o caminho pelo qual o Ministério da Saúde entendeu ser capaz de evitar improvisações, ao mesmo tempo que permite a constituição da qualificação das práticas de cuidado e da gestão na contínua reorientação do modelo de atenção à saúde. Entendida não somente como um recurso pedagógico, ela é vista como estratégia de gestão à construção de mudanças para melhora da prática profissional. Assim, ela está ligada na aquisição/atualização de conhecimentos até o aprendizado dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho.

A proposta de educação permanente aponta para ideia que a lógica de cuidado requer um suporte e amparo constante. Esse amparo é feito especialmente pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Atribui-se ao NASF o objetivo de apoiar, ampliar e aperfeiçoar a gestão da saúde na atenção básica, desenvolvendo habilidades que se relacionem ao

paradigma da Saúde da Família. Formado por equipes com profissionais de diversas áreas do conhecimento, o NASF constitui-se como um recurso auxiliador às equipes de saúde da família, construindo junto à elas uma rede de assistência robusta através de ações que objetivam a humanização do serviço, a promoção da integralidade e a organização do território. Todo essa dimensão que engloba a atuação dos Núcleos de Assistência à Saúde da Família define aquilo que é chamado de apoio matricial (BRASIL, 2009).

Por meio do apoio matricial, o NASF constitui-se como parte de uma rede que assegura a retaguarda da equipe de saúde da família. É possível afirmar que o apoio matricial ocorre em duas dimensões distintas, pode se configurar como uma ação clínica direta ou também - o que é mais comum - por meio de intervenção educativa constante para e com a equipe. Portanto, o NASF, responsável pela educação permanente, tem um papel fundamental nas situações de crise que possam se apresentar dentro do atendimento do ESF, na medida que serviria para atuar sobre inaptidões e dificuldades, construindo caminhos que permitam a melhora e a maior eficiência e eficácia da conduta dos profissionais em questão (BRASIL, 2009). O NASF, portanto, é um recurso dentro da atenção básica que tem como principal diretriz garantir a integralidade da concepção e da assistência à saúde, na medida que trabalha para que os profissionais levem em consideração os contextos familiares, sociais e culturais.

Considerando os parágrafos anteriores, podemos fazer a seguinte pergunta: o que as características mais gerais da atenção básica nos dizem? Conforme o quadro nº 2, pode-se afirmar que as diretrizes mais amplas da atenção básica orbitam em resumo três eixos: primeiramente, um mais amplo ligado a concepção de saúde, um segundo eixo que define o cuidado e um último que sintetiza bases para a execução da assistência. Todos os três apresentam elementos que apontam para uma concepção humana de cuidado, uma assistência pensada de maneira horizontal e um entendimento não excludente de saúde, elementos que deveriam servir de gramática de conduta para os profissionais.

Quadro 2 – Resumo das Características Gerais da Atenção Básica

Eixos	Elementos dos Eixos
Concepção de Saúde	• Parte da cidadania • Dever e direito • Mais que ausência de doença
Entendimento de Cuidado	• Universal e sem diferenciação • Territorializado • Centrado no indivíduo e na comunidade
Bases para Execução da Assistência	• Contextualizada comunitariamente • Acolhedora • Multidisciplinar e horizontalizada • Preventiva e interventiva

Fonte: NASCIMENTO, 2020

4.1.2 Atenção Básica e Assistência à Saúde Mental

No que toca a saúde mental, o entendimento da relação entre saúde mental e atenção básica depende da compreensão de como a assistência às pessoas com transtorno mental se delineia e como a atenção básica se insere nessa assistência. Para isso, é importante analisar como as características mais gerais da atenção básica se desdobram no desenvolvimento da atenção à saúde mental, o que implica elucidar quais são as bases que deveriam sustentar a conduta dos trabalhadores no seu exercício profissional nesse nível de assistência.

Antes de mais nada é preciso lembrar que a assistência à saúde mental, como toda a assistência a saúde, é pensada enquanto uma rede. Tal rede inicia sua implementação na primeira década de 2000 e se configura por meio de um conjunto de equipamentos substitutivos ao modelo manicomial. De acordo com os documentos oficiais, A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se espalha por todos os níveis de atenção, estando distribuída e integrada nas seguintes dimensões da rede de atenção à saúde mais ampla:

- Na Atenção Básica: Unidade Básica de Saúde; Núcleo de Apoio a Saúde da Família; Consultório de Rua; Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; Centros de Convivência e Cultura.
- Atenção Psicossocial Estratégica: Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades.

- Atenção de Urgência e Emergência: SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência /pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.
- Atenção Residencial de Caráter Transitório: Unidade de Acolhimento; Serviço de Atenção em Regime Residencial.
- Atenção Hospitalar: Enfermaria especializada em hospital geral; Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
- Estratégia de Desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Programa de Volta para Casa (PVC)
- Estratégia de Reabilitação Social: Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

Como se percebe, a relação entre saúde mental e atenção básica não se dá de maneira isolada, mas insere-se dentro de toda uma rede que foi pensada para constituir-se como uma caminho de referência e contrarreferência no cuidado e integração daquele que possui algum tipo de transtorno mental. A atenção básica não está sozinha, mas ocupa um lugar de prevalência por ser responsável pela coordenação do cuidado, a construção de iniciativas de promoção de saúde e o acompanhamento dos usuários dos serviços. Tudo isso reflete aquilo que foi exposto no capítulo teórico, isto é, as mudanças na maneira de pensar o cuidado aos transtornos mentais.

Neste processo de reforma, a contribuição do que chamei de paradigma basagliano foi substancial. Por meio da influência dele, a forma de tratamento de pessoas com transtornos mentais no Brasil abandonou as diretrizes manicomiais por um modelo mais humanizado. Levando em consideração, os preceitos já discutidos, cinco aspectos serviram para sistematizar a reflexão que você está lendo no momento, são eles: (1) foco no sofrimento e na pessoa, não na sua doença; (2) dissolução do centralismo terapêutico da relação médico/paciente; (3) prática do cuidado territorializada e valorizadora da subjetividade e dos laços sociais; e por fim (5) construção de um novo lugar social da loucura.

Como o quadro abaixo demonstra, cada um desses aspectos, para fins didáticos, pode ser pensado como um eixo temático com elementos sintetizadores de suas características. Todos os três apresentam elementos que apontam para uma concepção de cuidado que vai

além de uma perspectiva biomédica e uma prática profissional contextualizada territorialmente dada de forma ampla. Como poderemos ver adiante, os elementos descritos resumem não somente um entendimento de cuidado integral, mas apontam também para características ligadas a ele que são fundamentais para uma agenda de desestigmatização.

Quadro 3 – Atenção Básica e Assistência à Saúde Mental

Eixos	Elementos dos Eixos
Foco na Pessoa e não na Doença	• Pessoa e transtorno não se confundem • Atenção ao sofrimento trazido pelo transtorno • Cuidado humanista
Dissolução do Centralismo Terapêutico	• Assistência para além do consultório • Cuidado multidisciplinar e dialógico • Valorização de conhecimentos plurais • Apoio e suporte mútuo
Cuidado Territorializado e Valorizador da Subjetividade	• Assistência coletiva e comunitária • Concepção integral de cuidado • Território para além da circunscrição geográfica

Fonte: NASCIMENTO, 2020

Foco na Pessoa e não na Doença

A prerrogativa do cuidado da atenção básica à saúde mental é a pessoa que sofre. Nas palavras do Caderno de Atenção Básica sobre Saúde Mental lê-se que o foco está em “quem são as pessoas que sofrem e são atendidas na AB e sobre como se expressa seu sofrimento” (BRASIL, 2013, p. 89). A raiz dessa concepção está, em primeiro lugar, no entendimento que seja qual for o transtorno mental comum ou grave, este não deve ser confundido com a pessoa afligida ou com sua subjetividade. Dessa maneira, esteja ou não em sofrimento, um ator social deve ser entendido como aquilo que ele é, isto é, um ser simbólico atuante e alvo da atuação do mundo social, podendo ou não ser acometido de uma situação de sofrimento em sua trajetória.

Ao se ler atentamente as diretrizes teóricas da atenção básica ao cuidado e promoção da saúde mental, foi possível perceber que elas reconhecem uma característica humana fundamental, isto é, a constituição da pessoa enquanto ser relacional. Nós somos dependentes da maneira como nossos círculos sociais se costuram em nossa trajetória de vida, como por meio de nossas experiências nos orientamos e forjamos, sob a sombra da cultura, o convívio, o cotidiano e nossa biografia. Tomar essa chave para pensar saúde mental implica

compreender a relação entre pessoa e sofrimento como algo intrincado e complexo, incapaz de ser determinado por uma única dimensão da existência. Neste sentido, as diretrizes apontam para impossibilidade de sustentar uma assistência e entendimento reducionistas dos transtornos mentais, conforme se pode perceber na fala abaixo:

- *As formas de expressão mais frequentes do sofrimento (mental) na AB não podem ser facilmente categorizadas como doenças. [...] são diversas e complexas demais para caberem em meia dúzia de categorias diagnósticas. Além disso, não há um único marcador biológico com utilidade clínica para essas formas de sofrimento. Por fim, toda investigação causal, [...] aponta para um grande número de fatores de vulnerabilidade, que interagem de forma dinâmica ao longo da história de vida de cada pessoa, sem que nenhum deles seja determinante. (BRASIL, 2013, p. 89-90)*

Ao rejeitar um reducionismo de práticas e entendimentos, as diretrizes constroem um entendimento de cuidado voltado não só ao biológico, mas também a dimensão simbólica do sofrimento (MARTINS, 2003; FERREIRA, 2014). Reafirmando a complexidade constitutiva da pessoa e um olhar mais abrangente de saúde, a empatia no ato do atendimento, a escuta atenta e a valorização do sofrimento enquanto narrativa são apresentados como elementos importantes na construção dialógica do bem-estar psíquico das populações assistidas, conforme é possível perceber nos seguinte trecho:

- *Uma escuta cuidadosa e sensível pressupõe dar a voz à pessoa, à família, ao grupo ou ao coletivo para que falem sobre seus problemas, suas expectativas, suas explicações e suas tentativas de intervenção. (BRASIL, 2013, p. 56)*

Essa dimensão humanista que adorna o cuidado preconizado nas diretrizes pode ser compreendida como um reconhecimento da multidimensionalidade que forma o *self* de uma pessoa e sua relação com a realidade social enquanto fenômeno constituído de uma pluralidade de possibilidades de significações. Essa sensibilidade tenta apresentar ao trabalhador da atenção básica um direcionamento que o permita ver o usuário não pela sua doença, mas como uma pessoa que possui valores e leituras do mundo e que através delas sustenta e responde às situações sociais que vive (SÁ, 1996; CASTORINA; BARREIRO,

2007). Como se pode perceber no trecho abaixo, o trabalhador é instigado a encarar tal processo não somente como promotor de sofrimento, mas também como fomentador de atenuadores deste:

- *Tendo em vista que cada pessoa é um conjunto de dimensões diferentes com relações distintas entre cada esfera, devemos, em cada encontro com a pessoa que sofre, dar atenção ao conjunto dessas esferas, [...] identificar quais transformações ocorreram, como cada mudança influenciou em cada uma das esferas, [...] o que está provocando adoecimento e o que está em vias de causar adoecimento. Da mesma forma, devemos identificar que esferas ou relações propiciam movimento, estabilidade e coesão [...]* (BRASIL, 2013, p. 32-33)

O foco na pessoa se apresenta como uma ferramenta para a constituição de uma agenda de desestigmatização. Ao sustentar um entendimento complexo da pessoa e uma escuta cuidadosa como ponto de partida ao acolhimento, as diretrizes teóricas da atenção básica se esforçam para pensar o espaço da assistência à saúde como um diálogo entre seres humanos. Existe, portanto, uma preocupação com a equalização do status já que o usuário deve ser tratado não como um doente mental, mas como uma pessoa que merece ser ouvida e capaz de contribuir com a construção do cuidado do qual será alvo. O Caderno de Atenção Básica, dessa maneira, tenta evitar a adição de mais um sofrimento sobre o usuário, o julgamento moral (HINSHAW, 2010), assim, é possível ler:

- *O profissional de Saúde não deve olhar fixamente para o sofrimento ou a doença, ou apenas a queixa, mas deve se lembrar que seu trabalho é produzir vida de forma mais ampla* (BRASIL, 2013, p. 33)
- *[...] interessar-se pelo cotidiano e modo de vida das pessoas e não unicamente por suas fraquezas ou doenças; acolhê-las respeitando seu ritmo e o ritmo dos acontecimentos.* (BRASIL, 2013, p. 69)

Dissolução do Centralismo Terapêutico

Ao pensar a saúde mental como não dissociada da saúde e entendendo que bem-estar é um arranjo que compõe dimensões sociais, psíquicas e biológicas, as diretrizes teóricas da atenção básica alargam o campo da assistência para além do consultório e da relação médico/paciente. Com isso, questões sociais e de ordem cultural, tornam-se elementos importantes para definições de ação terapêutica, outros profissionais e os próprios assistidos são chamados para contribuir na constituição do bem-estar.

Ao reconhecer a impossibilidade de restringir a saúde a uma única dimensão, entendendo o adoecimento e o bem-estar como questões que transpassam outras dimensões além da orgânica ou fisiológica (TAVARES, 2017; MONTEIRO; ROCHA JÚNIOR, 2017; CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017; ALVES, 2018; PETTRES; ROS, 2018), a atenção básica ressalta as dimensões experienciais como aspectos que devem ser levados em consideração pela equipe, seja nos processo de agravamento do sofrimento ou de sua atenuação. Consequentemente, os documentos apresentam o cuidado como um exercício multidisciplinar, dialógico e de responsabilidade coletiva, como é possível perceber nos seguintes excertos:

- *[...] a equipe da unidade de Saúde já pode oferecer um espaço de escuta a usuários e a famílias, de modo que eles se sintam seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias, sabendo então que a UBS está disponível para acolher, acompanhar e se o caso exigir, cuidar de forma compartilhada com outros serviços. [...] Com este conhecimento, a equipe de Saúde tem como criar recursos coletivos e individuais de cuidado avaliados como os mais necessários ao acompanhamento e ao suporte de seus usuários e de sua comunidade. (BRASIL, 2013, p.23)*
- *Adotamos a ideia de que uma rede de cuidados no âmbito da micropolítica se forma por fluxos entre os próprios trabalhadores, que no ambiente de trabalho estabelecem conexões entre si. Estas redes são ativadas e se mantêm funcionando pelos trabalhadores, e seu funcionamento acontece mediante um determinado projeto terapêutico (BRASIL, 2013, p.42)*

A compreensão do cuidado como exercício multidisciplinar está baseada na importância de abordar saúde por meio de uma pluralidade de conhecimento, inclusive o

conhecimento do usuário. Em linguagem sociológica, isso significa um alargamento do sistema médico por meio de uma percepção que as diferentes áreas de formação e as experiências de vida constroem *expertises* com enfoques particulares, o que garante estoques de conhecimento específicos, de modo que cada um, enquanto participante da construção do bem-estar forma um ponto dentro de uma rede, cooperando por meio da partilha e difusão do conhecimento. Além disso, a descentralização permite também que os trabalhadores aprendam, troquem experiências, deem suporte uns aos outros e entendam a responsabilidade de assistência como algo compartilhado, abrangente e não exclusivo de uma ocupação somente, como demonstram os destaques abaixo:

- *A responsabilização compartilhada pelos casos visa aumentar a capacidade resolutiva da equipe local, estimulando a interdisciplinaridade e a aquisição de novas competências. Esse cuidado torna-se um dispositivo para que os usuários também possam se responsabilizar pelo seu tratamento, pelos seus sintomas e pela sua vida, produzindo outras relações com o processo de adoecimento.* (BRASIL, 2013, p. 39-40)

Sabendo que lidar com problemáticas ligadas a saúde mental não é fácil, o caderno ressalta que cada profissional, enquanto possuidor de especificidades ligadas a sua ocupação, é chamado a contribuir para a mobilização de recursos e para a criação de novas abordagens de sua prática e de seus companheiros. As diretrizes teóricas da atenção básica apontam que não é possível pensar a atuação no campo da saúde mental, em especial em casos complexos, sem que haja um investimento por parte do trabalhador em sua criatividade. O cuidado a ser construído, de acordo com as prerrogativas do caderno, deve sempre ser sensível, consciente e carregado de sentido não somente a equipe da atenção básica, mas principalmente para aquele que é alvo desse cuidado e também sua rede social. Esse enfoque fica claro em trechos como:

- *as necessidades complexas expressas por parte significativa da população não podem ser satisfeitas com base apenas em tecnologias utilizadas por esta ou aquela especialidade, mas, sim, exigem esforços criativos e conjuntos inter e transdisciplinares, mobilização de recursos institucionais e comunitários, bem como recursos materiais e subjetivos que somente podem ser articulados a partir da*

construção de projetos terapêuticos singulares, ajustados entre o usuário e sua rede social significativa. (BRASIL, 2009, p. 40)

A dissolução do centralismo terapêutico ainda é um elemento contribuidor do combate ao estigma, especialmente o estigma profissional, pois promove o apoio e o suporte mútuo como âncora do funcionamento da atenção básica. Ao pensar a assistência por meio da colaboração multidisciplinar, as diretrizes presumem que os profissionais construam mecanismos de divisão da carga que os problemas ligados à saúde mental pode apresentar. Em variados trechos, as diretrizes reconhecem a dificuldade de atuar em uma esfera tão complexa, tomando como certo que “alguma vez todo profissional de saúde já tenha se sentido inseguro, surpreso ou sem saber como agir assim que identificou uma demanda de saúde mental” (BRASIL, 2013, p. 27), porém, também ressalta que o melhor caminho para quebrar sentimentos e emoções que podem vir a gerar situações de estigmatização é organizar o fluxo do trabalho, propiciando a troca de experiência e a educação continuada.

Cuidado Territorializado e Valorizador da Subjetividade

Ao propor que a prática do cuidado seja territorializada e a subjetividade seja integrante dele, as diretrizes da atenção básica propõem a assistência à saúde como algo coletivo e comunitário. Nesta perspectiva olha-se para o sujeito e entende-se o bem-estar não somente pela ausência dos sintomas, mas também pela produção de um cenário marcado pelo (r)estabelecimento das trocas sociais onde o sujeito vive sua cidadania e constrói sua felicidade (AMARANTE, 2009). Para por em prática essa concepção sobre o trato da saúde mental se deve encarar a maneira como ela é pensada por profissionais e usuários, bem como as práticas ligadas a ela como relacionais.

Em minha interpretação, as diretrizes da atenção básica que tratam de saúde mental parecem compreender que o normal, o desvio e a anormalidade são negociadas socialmente e contextuais e que isto deve ser levado em consideração na construção da terapêutica (PEREIRA, 1984; BECKER, 200). Portanto, o entendimento do cuidado como integral é aquele que considera o que pensa o usuário e a comunidade onde ele está inserido. O cuidado territorializado e valorizador da subjetividade é um cuidado longitudinal, neste sentido, não somente pensado para doentes, mas direcionado à comunidade que deseja estar saudável, o

que significa que seu exercício precisa estar ciente dos elementos sociais que integram a saúde (MARTINS, 2003). Assim, conforme demonstra o destaque, o cuidado é sempre um processo:

- *[...] o cuidado à saúde das pessoas deve acontecer ao longo do tempo, independentemente do usuário estar com alguma doença. Portanto, trata-se de um acompanhamento processual. A proximidade com o usuário, seu território e sua realidade vão auxiliar a construção deste processo de cuidado em que se espera uma fortificação do vínculo entre profissional de Saúde e usuário.* (BRASIL, 2013, p. 25)

No esforço de apresentar uma assistência sofisticada, as diretrizes da atenção básica compreendem que a conceituação de território não pode se limitar as fronteiras geográficas, mas deve compreender os aspectos identitários e subjetivos que estão constante troca e diálogo. Há, dessa maneira, um reconhecimento das configurações reticulares do usuário, de sua bagagem cultural e de todos os elementos que orbitam seu estar no mundo como ingredientes influenciadores de sua saúde mental. Sociologicamente falando, a atenção básica reconhece que os emaranhados de laços sociais primários e secundários, que formam a densa teia organizativa onde os atores sociais estão envoltos (FONTES, 2014), são ingredientes para o cuidado e para a saúde e devem ser entendidas como parte integrante do território e também como promotores ou mitigadores do sofrimento, conforme fica claro nos excertos abaixo:

- *O território é um componente fundamental [...] Mas a noção geográfica de território, enquanto espaço físico com limites precisos, não é suficiente [...] Na Saúde também utiliza-se a concepção de territórios existenciais de Guattari (1990). Os territórios existenciais, que podem ser individuais ou de grupo, representam espaços e processos de circulação das subjetividades das pessoas. São territórios que se configuram/desconfiguram/reconfiguram a partir das possibilidades, agenciamentos e relações que as pessoas e grupos estabelecem entre si.* (BRASIL, 2013, p. 34)
- *[...] Uma escuta cuidadosa e sensível pressupõe dar a voz à pessoa, à família, ao grupo e ao coletivo para que falem sobre seus problemas, suas expectativas, suas explicações e suas tentativas de intervenção. [...] é importante identificar as necessidades, demandas, vulnerabilidades e potencialidades mais relevantes de quem busca ajuda.*

Valorizar as potencialidades permite a ativação de recursos terapêuticos que deslocam respostas estereotipadas, favorecendo a emergência de novos territórios existenciais e a reconfiguração daqueles já vigentes. (BRASIL, 2013, p.56)

Um cuidado baseado no território e na valorização da subjetividade se apresenta ainda como um instrumento para desestigmatização, na medida que pode contribuir para a constituição de uma competência cultural mais acurada. Ao postular que o entendimento de território deve levar em consideração as crenças, leituras de mundo e representações sociais que sustentam uma determinada forma pensar a existência, a atenção básica nas suas instruções aponta aos seus trabalhadores que entendam suas perspectivas como algumas dentre as possíveis e que aquelas sustentadas pelas comunidades podem ser caminhos para o delineamento de estratégias de apoio. A competência cultural é um atributo importante para os trabalhadores da atenção básica porque serve para desfazer estereótipos, preconceitos e também direcionar o olhar para recursos latentes na comunidade assistida (HINSHAW, 2010).

Se as diretrizes ligadas a este eixo forem levadas em consideração pelos trabalhadores no seu cotidiano, há tanto a possibilidade de redução do estigma profissional, quanto contribuição por parte do profissional no combate a estigmatização de forma mais geral. O cuidado territorializado e a valorização da subjetividade são caminhos para o aumento do contato positivo entre não estigmatizados e estigmatizados, bem como um importante recurso para desconstrução de preconceitos e estereótipos. Por fim, trabalhador da atenção básica ainda possui o potencial de reduzir o autoestigma, na medida que pode facilitar o entendimento do usuário sobre sua condição ou mesmo por meio de uma escuta atenta e segura que auxilie o usuário a se abrir, a falar de suas angústias e sofrimentos trazidos pelo transtorno mental (RUSCH; XU, 2017; HINSHAW, 2010).

Como se percebe a partir da breve análise feita, a atenção básica em seu cuidado para com a saúde mental, ao menos no que toca às suas diretrizes teóricas, apresenta um alinhamento com perspectivas advogadas pelo paradigma iniciado com a reforma psiquiátrica. Analisar os documentos oficiais sobre a atenção básica e em especial no que toca ao cuidado com a saúde mental permite afirmar que há, mesmo que timidamente, um aporte teórico que deveria servir de ingrediente na construção dos *estoques de conhecimento* das equipes que atuam nesta dimensão da assistência à saúde.

Saber disso e estar ciente de que diversas pesquisas apontam para deficiências no atendimento da atenção básica é importante para o restante da análise porque permite perceber o que dessa âncora teórica serve de recurso de fato. Além disso, permite saber, estruturalmente falando, se os desenhos da rede são funcionais e se as gerências responsáveis pela sua organização têm consciência das diretrizes e constroem as condições necessárias para que elas de fato se manifestem como um recurso para os trabalhadores, de modo que estes se sintam mais seguros no seu exercício profissional e que sua prática se apresente como coerente ao preceitos colocados nos documentos oficiais.

5 ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA À SAÚDE MENTAL NA PRÁTICA

A partir de agora, meu olhar se atenta para a realidade mais contextualizada da atenção básica, de modo a permitir que você possa compreender como a assistência a saúde mental se dá na prática no âmbito primário. Para uma melhor compreensão disso, esse capítulo seguiu uma estrutura afuniladora, isto é, parte de uma pintura mais ampla do contexto estadual, seguindo para um panorama da região de saúde onde encontram-se os municípios de Caruaru e Agrestina.

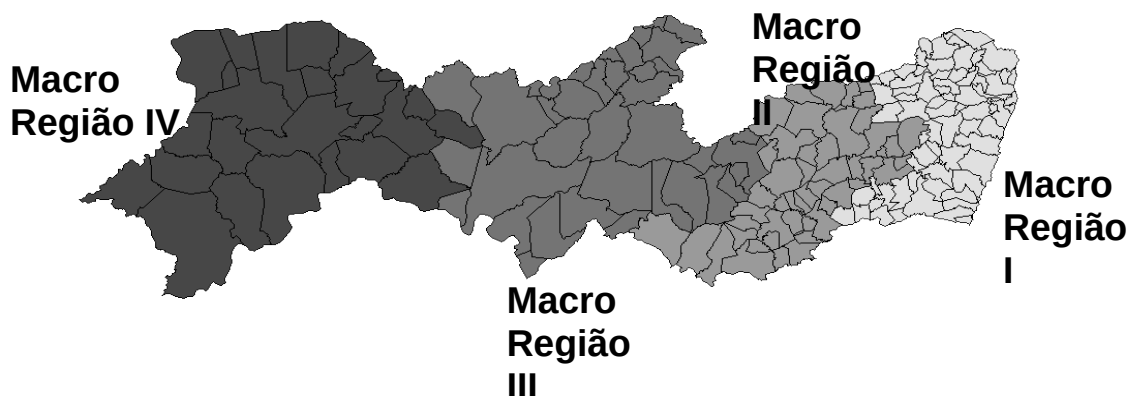
De forma resumida, o intento é demonstrar que existe uma espécie de relação que materializa-se em consequências entre as diretrizes oficiais, os planos de implementação da política e a conduta dos trabalhadores no cotidiano da atenção básica. Nas próximas páginas desenvolvo uma análise pormenorizada que me permitiu atestar que a presença do estigma e demais males ligados ao cuidado à saúde mental se relacionam com uma deficiência na maneira como práticas, concepções e elementos estruturais se conjugam.

5.1 Breve Olhar sobre Assistência à Saúde Mental em Pernambuco

Para que os 184 municípios de Pernambuco mais a ilha de Fernando de Noronha sejam assistidos da melhor forma possível, o Estado está dividido em 4 macrorregiões, onde se distribuem 12 regiões de saúde e suas subdivisões, sob a administração das GERES - Gerências Regionais de Saúde. A criação das gerências objetivaram construir uma estrutura assistencial à saúde mais contextualizada de modo que as estratégias pensadas pudessem ser voltadas às demandas de cada região e ao bem-estar das populações assistidas de maneira mais particularizada e sensível (LIMA, 2016).

O papel dessas gerências, portanto, seria atuar na organização da rede hospitalar, na atenção básica e em ações diversas que implicam direta ou indiretamente nas políticas de saúde dos municípios assistidos, incluindo demandas relacionadas aos transtornos e sofrimentos psíquicos que devem ser pensadas de forma capilarizada (LIMA, 2016). As possibilidades de construção e gerenciamento de políticas de saúde menos centralizadoras e ancoradas na realidade cotidiana daqueles que são assistidos, configura-se como um avanço importante na maneira de se pensar saúde, especialmente no que toca a saúde mental, pois permitem uma maior compreensão das potencialidades e problemáticas a serem enfrentadas, reduzindo o ônus implicado no tratamento e estabelecendo maiores chances de agendas de reinserção social.

Figura 1- Macrorregiões de Saúde em Pernambuco



Macrorregião 1- Metropolitana, município sede Recife (Regiões de Saúde - I, II, III, XII)

Macrorregião 2- Agreste, município sede Caruaru (Regiões de Saúde - IV, V)

Macrorregião 3- Sertão, município sede Serra Talhada (Regiões de Saúde - VI, X, XI)

Macrorregião 4- Vale do São Francisco e Araripe (Regiões de Saúde – VII, VIII e IX)

Fonte – NASCIMENTO, 2020

Falando especificamente sobre saúde mental, a forma de conceber um cuidado vinculado com propostas antimanicomiais não é recente no Estado e sua institucionalização se deu ainda em 1994 com a lei nº 11.064 de 16 de Maio. Na história da assistência à saúde mental, Pernambuco é o terceiro Estado brasileiro a promulgar uma lei que versa sobre um cuidado em perspectiva humanizada e contra asilar. Antecedendo a regulamentação da lei federal n. 10.216/2001, fruto da Reforma Psiquiátrica, a legislação pernambucana dispõe sobre a substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral à saúde mental, comprometendo o Estado de Pernambuco a implementar um modelo de cuidado à saúde mental público, capilar e territorializado que abrangesse desde a atenção básica até serviços hospitalares mais complexos.

Quando fazemos uma rápida leitura comparativa das duas legislações, percebe-se o quando a lei pernambucana apresenta-se semelhante aquela que viria a ser a regra a nível nacional. Ambas as leis apresentam uma compreensão da assistência como valorizadora da pessoa, uma postura inclusiva e voltada à permanente reinserção social. Ao menos em âmbito legislativo, a assistência à saúde mental em Pernambuco apresenta, inclusive antes da lei federal, uma preocupação com a relação entre cuidado e cidadania, uma proposta de assistência territorializada e não hospitalar, bem como um compromisso de desbaratamento da

instituição asilar paralelo a construção de uma nova perspectiva sobre os transtornos mentais. Todo esse avanço inscrito em lei leva-nos a uma questão importante para o meu trabalho: quais iniciativas concretas foram tomadas até agora?

Nos últimos 26 anos, uma série de documentos foram elaborados para se construir no Estado uma assistência à saúde mental que rompesse com o hospital psiquiátrico e se pensasse de forma regionalizada, com responsabilidades compartilhadas de modo a se configurar nesse processo uma rede diversificada de cuidado de base comunitária. O resultado do esforço governamental levou a mudanças, de certa forma, expressivas no desenho da assistência à saúde mental, embora muito ainda precise ser feito. Assim, se em 1999 Pernambuco possuía dezesseis instituições psiquiátricas, hoje o Estado apresenta cinco, o que corresponde a uma redução de 68,75% no número de instituições desse tipo. A mudança fica ainda mais evidente quando compara-se o número de leitos no mesmo intervalo de tempo. Enquanto em 1999 esse número correspondia a um total de 2986 leitos, atualmente este número corresponde a 620 leitos, uma redução de 79,24%.

Paralelo a isso, a rede de atenção psicossocial começou a ser implementada em suas diversas tecnologias, mas especialmente no que toca ao número de CAPS em suas diferentes modalidades. De acordo com os dados governamentais, existem 142 CAPS espalhados em todo o território, que correspondem a 39,22% dos componentes da rede de atenção psicossocial em sua totalidade, discriminados conforme a tabela 1. A maioria esmagadora dos serviços da rede estão concentrados na Macrorregião I - Região Metropolitana, mais especificamente na Região de Saúde I, enquanto o menor quantitativo de componentes da rede está Macrorregião IV - Vale do São Francisco e Araripe, mais especificamente na Região de Saúde VIII, como também se pode perceber na tabela 2.

Tabela 1 – Componentes de Rede Psicossocial em Pernambuco

Natureza do Serviço	Quantitativo
CAPS I	74
CAPS II	23
CAPS i	14
CAPS AD II	14
CAPS III	09
CAPS AD III	08
Residência Terapêutica	96
Unidade de Acolhimento	05
Consultório de/na Rua	11
Leitos Integrais em Hospital Geral	106

Fonte: Plano Estadual de Saúde 2020-2023, 2020

Tabela 2– Distribuição dos Componentes de Rede Psicossocial em Pernambuco

Tipos de Serviços	I Macrorregião Metropolitana				II Macrorregião Agreste		III Macrorregião Sertão			IV Macrorregião Vale do São Francisco e Araripe		
	I Região de Saúde	II Região de Saúde	III Região de Saúde	XII Região de Saúde	IV Região de Saúde	V Região de Saúde	VI Região de Saúde	X Região de Saúde	XI Região de Saúde	VII Região de Saúde	VIII Região de Saúde	IX Região de Saúde
CAPS AD	10	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
CAPS I	7	6	9	4	9	12	9	3	2	2	5	6
CAPS i	8	-	-	-	-	1	-	2	1	-	1	-
CAPS II	12	1	-	1	5	-	1	-	1	-	1	-
CAPS III	6	-	-	-	1	1	-	1	-	-	-	-
CAPS AD III	2	-	-	-	1	-	1	-	1	-	1	1
Emergência Psiquiátrica	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hospital Psiquiátrico	2	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Leito em Hospitais Gerais	42	-	-	4	6	10	6	4	8	10	-	6
Residência Terapêutica	85	2	-	2	2	3	1	-	1	-	-	-
Unidade de Acolhimento	4	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Consultório de/na rua	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Plano Estadual de Saúde 2020-2023, 2020

Uma rápida leitura do Plano Estadual de Saúde 2020 e 2023 - um dos documentos analisados nesta sessão - permite não somente concluir que Pernambuco possui grandes deficiências e lacunas na organização do campo de saúde mental, mas também que o desenho da rede parece sofrer de uma espécie de CAPSização, isto é, uma centralização dos CAPS no modelo assistencial em uma espécie de garantia de organização da assistência (AMARANTE, 2010). Sobre a relação entre Atenção Básica e Saúde Mental, o Plano Estadual faz referência a resolução nº 747 de 11 de Julho de 2018, citando-a ainda nos objetivos específicos. De acordo com o documento, a atenção básica é o nível de atenção a ser enfatizado na ampliação e efetivação da RAPS em todas as regiões de saúde, por meio de dispositivos com acolhimento e cuidado integral, destacando-se como uma de suas responsabilidades as estratégias de inserção social, as quais são, como já aponte, fundamentais para uma agenda de superação do estigma.

A resolução também prevê a construção de ações de qualificação no âmbito da atenção básica de modo a “promover ações de educação permanente para fortalecer as competências de cuidado à saúde mental e redução de danos” (PERNAMBUCO, 2018 p.09), pois, como o próprio Plano de Saúde 2020 e 2023 reconhece - e como as entrevistas analisadas demonstraram - a falta de qualificação e iniciativas de educação permanente precárias são um dos desafios a serem superados. A falta de qualificação na atenção básica é um elemento negativo que implica certamente em um cuidado empobrecido e uma carência de iniciativas dos profissionais na promoção à saúde mental, que é uma atribuição importante para implementação de nova perspectiva sobre os transtornos mentais e sobre o cuidado.

Levando em conta que o estigma pode surgir do medo de algo supostamente ameaçador, que a sociedade sustenta um estereótipo negativo sobre “os loucos” e que o cenário da assistência à saúde mental é marcado por também eventos capazes de reforçar os estereótipos negativos e que o combate desses elementos se dá por meio de iniciativas ligadas a educação e a promoção de contato positivo, a leitura dos documentos permite afirmar que a RAPS em Pernambuco é um potencial palco para o estigma em todos os níveis e tipos possíveis (BENOIST, 2007; HINSHAW, 2010). Embora haja amparo legislativo no Estado, as políticas públicas e a estrutura institucional que dá suporte às ferramentas educacionais não apresentam um desenho capaz de cobrir todas as demandas existentes. Conforme a leitura da minha análise for feita, será possível perceber que a participação de todos os atores envolvidos no cuidado é construída de maneira precária, mesmo que se tenha consciência da

importância desse engajamento para atenuação da possibilidade da presença de situações de estigmatização e por consequência das possíveis interrupções de tratamento ou piora (HINSHAW, 2010; WAGNER 2017). A consequência disso está diretamente ligada a como o usuário é assistido e de que forma o cuidado é exercido.

Nesse sentido, mesmo a resolução reforçando que a política estadual de saúde mental no tocante a atuação da Atenção Básica esteja alinhada às orientações do SUS, apresentando uma promoção do cuidado multidimensional, dialógico, interdisciplinar, orientado à promoção da saúde e construído junto ao usuário, seus familiares e a rede intersetorial, o contexto estadual não demonstra uma aparato institucional plenamente capaz de fazer valer tais prerrogativas. As diretrizes de ação do plano estadual não destacam a atenção básica como um elemento a ser alvo de atenção mais pormenorizada das políticas públicas e foca seus esforços tanto para a implementação de novos CAPS quanto para a tecnologia hospitalar da rede, seja aquela sobrevivente do modelo antigo, seja da nova.

Um olhar atento as tabelas do Plano Estadual de Saúde 2020-2023 também nos permite perceber que aqueles componentes diretamente ligados a atenção básica não estão presentes em todas as Regiões de Saúde e possuem um número muito pequeno, correspondendo a apenas 4, 41% dos componentes das RAPS, conforme a tabela anterior atesta. Desse modo, mesmo que os documentos apresentem a atenção básica como elemento da rede a ser investido e reconhecendo seu valor no tratamento, cuidado e acompanhamento, parece haver pouco esforço para tornar o serviço mais robusto de fato. Por fim, o texto também não traz informações sobre as iniciativas de ressocialização, tais como os Centros de Convivência e Cultura, os quais são fundamentais para uma reinserção plena de pessoas com transtorno mental, nem sequer citando a possibilidade de discutir sua viabilidade em qualquer outro documento oficial.

Levando isso em consideração, essa abordagem, em minha perspectiva, é problemática, pois subutiliza os recursos da atenção básica no que toca a uma agenda de desestigmatização e abre espaço para a prescrição e uso exagerado de psicotrópicos, centralização do cuidado na tradicional relação médico-paciente e empobrecimento do entendimento de assistência à saúde mental, o qual deveria ser constituído de uma dimensão cidadã, valorizadora das potencialidades o usuário, da sua família e de sua rede social. Conforme acompanharemos no próximo tópico, o desenho da assistência à saúde mental a

nível estadual fatalmente influencia nas realidades da Região de Saúde IV e consequentemente no cenário que encontramos em Agrestina e Caruaru.

5.1.2 Região IV : os Municípios de Caruaru e Agrestina

A Região IV é composta por quatro microrregiões onde estão agregados 32 municípios do Agreste. A maioria dos municípios são de pequeno porte, mas apesar disso essa é a segunda região mais populosa do estado com 1.324.382 habitantes aproximadamente. A maioria da população vive em área urbana (77%) e as principais atividades econômicas estão ligadas a agricultura, indústria, comércio, prestação de serviços e administração pública e pecuária. Cortada por diversas vias e rodovias, a região é marcada por um fluxo diário de pessoas que transitam pelos municípios da região por diversos motivos, inclusive aqueles ligados à saúde. A sede da região é Caruaru, maior município da região, que está estrategicamente posicionado e também concentra a maioria dos serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

Embora não apresente o pior quadro no que toca a assistência à saúde mental, a Região IV está bastante defasada no que toca a Rede de Atenção Psicossocial. Na pactuação descrita no Plano Estadual de Saúde 2020-2023 nenhuma proposta ligada diretamente a iniciativas de inserção social é apresentada, também não se encontra dado algum sobre centros de convivência e projetos de trabalho e geração de renda, que são componentes fundamentais da RAPS, para a Região IV ou qualquer outra. Ainda em 2016, Lima constatou esse fato, ressaltando que a inteira ausência dos 59 componentes, contando centros de convivência e projetos de trabalho e geração de renda, “representa sérias dificuldades de cobertura desses serviços, gerando desassistência nos âmbitos da promoção e reabilitação psicossocial” (2016, p. 45).

Embora não seja possível chegar a conclusões definitivas sobre o desempenho e qualidade dos serviços ofertados, algumas considerações podem ser elencadas aqui. Os documentos oficiais permitem afirmar que a RAPS da Região de Saúde IV é deficitária, não apresentando toda a capacidade e potencial ideal. Inexistem iniciativas ligadas à socialização e a integração com a comunidade, bem como também grande parte dos serviços não estão espalhados de forma capilar pelos municípios, mas concentram-se em Caruaru, dificultando os processos de referência e contrarreferência e iniciativas de matriciamento. As consequências disso são sentidas tanto por profissionais quanto também pelos usuários, dessa

maneira, os primeiros são acometidos por uma carga de trabalho extenuante geradora de estresse, enquanto os segundos acabam por protagonizar situações de medicamentação ou um ciclo vicioso em relação aos CAPS.

Portanto, os componentes existentes e sua diferença com aqueles pactuados apontam que a implementação do cuidado territorializado nessa região é imperfeito e todo aparato existente da RAPS também não é o suficiente para garantir que os usuários atendidos tenham a sua disposição serviços e práticas complementares que combatam o isolamento social, promovam o restabelecimento de laços sociais, o exercício da cidadania e o combate aos sofrimentos mentais comuns por técnicas não medicamentosas. Tudo isso indica que pessoas acometidas de algum transtorno mental na Região de Saúde IV convivem em algum grau com situações de estigmatização, sejam estas configuradas como um estigma de cunho mais geral, profissional ou autoestigma.

Em relação especificamente aos municípios que integram o meu campo, posso dizer que Agrestina e Caruaru, enquanto integrantes da Região de Saúde IV, reproduzem no contexto municipal a problemática encontrada a nível regional. De modo geral, ambos vivem dificuldades na implementação de um cuidado verdadeiramente territorializado, uma referência e contrarreferência deficiente e uma grande dificuldade de formação para seus profissionais, especialmente no que toca a saúde mental. No caso de Caruaru, enquanto centro da região, essas dificuldades ainda acompanham um fluxo de usuários mais intenso o que certamente agrava as dificuldades.

No que toca aos seus dados mais gerais, de acordo com o IBGE, o município de Caruaru possui uma população estimada de 361.118 pessoas que em sua maioria são de jovens adultos. O salário mensal médio dos trabalhadores formais é de 1,7 e 22,7% da população encontra-se formalmente empregada, ainda no que toca ao perfil econômico do município o IBGE concluiu no último censo que 36,3% da população possuía rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo. Em relação a educação, Caruaru possuía 19,21% de analfabetos com vinte e cinco anos ou mais e uma taxa de escolarização de 94,9% entre crianças de 6 à 14 anos, o que garantia a posição 152º no Estado, conforme o último censo.

Já o município de Agrestina possui uma população estimada de 24.885 pessoas que em sua maioria são de crianças e jovens. O salário médio dos trabalhadores formais é de 1.5 salários mínimos e apenas 6,5% da população encontra-se formalmente empregada, ainda

sobre o perfil econômico do município o IBGE concluiu no último censo que 49,1% da população possuía rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo. Em relação a educação, Agrestina possuía 40,99% de analfabetos com mais de vinte e cinco anos e uma taxa de escolarização de 96,4% entre crianças de 6 à 14 anos, o que garantia a posição 105º no Estado, conforme o último censo.

Como se percebe, ambas as cidades possuem uma população de maioria pobre e com relações de trabalho precárias, o que influencia diretamente na qualidade de vida, nos determinantes de saúde e por consequência na saúde mental. Ressaltar informações sobre o perfil econômico e educacional é de suma importância porque ambos são ingredientes para a compreensão da estigmatização. Enquanto pessoas mais bem instruídas e relativamente mais estáveis economicamente possuem menos chances de estigmatizar ou/e maiores de repensar seus preconceitos, uma condição contrária contribui para que situações de estigma sejam mais frequentes e explícitas, o que favorece o agravamento de problemas relacionados a saúde mental e implica em maiores dificuldades de aceitar um tratamento ou de sua continuidade (HINSHAW, 2010).

Falando especificamente da RAPS previstas e instaladas, a tabela abaixo permite apontar que Caruaru e Agrestina se colocam em posições contrárias, mas nem por isso ideais, se levarmos em consideração o proposto como uma assistência psicossocial de excelência. No caso de Caruaru, excetuando-se as unidades de pronto atendimento, que não abrangem somente urgências de cunho psíquico e o serviço de residências terapêuticas todos os outros componentes em estão abaixo da capacidade prevista. Levando em consideração a centralidade estratégica do município para a região, uma rede de atenção com componentes abaixo do previsto serve de indício para uma possível sobrecarga dos trabalhadores e prejuízo na qualidade do serviço ofertado.

Embora Agrestina apresente um quadro supostamente melhor, tendo por destaque um número maior que o dobro das Unidades de Saúde da Família previstas, o que poderia, mas na prática não é, um indicativo de uma atenção primária mais forte e possivelmente maior frequência de ações de promoção à saúde, inclusive saúde mental, inexistem uma série de outros componentes fundamentais, o que, contudo, pode ser justificado pelo tamanho do município e a quantidade de habitantes. Apesar disso, é digno de nota a falta de previsão e instalação de cooperativas e centros de convivência nos dois municípios, instrumentos contribuidores de políticas de reinserção social.

Tabela 3 – RAPS prevista e Instalada para Caruaru e Agrestina de acordo com normas vigentes em 2017

Serviços	Caruaru		Agrestina	
	Capacidade Prevista	Capacidade Instalada	Capacidade Prevista	Capacidade Instalada
Unidade de Saúde da Família	79	74	6	15
Núcleo de Apoio à Saúde da Família	6	4	1	1
Centro de Convivência	-	0	-	0
Centro de Atenção Psicossocial	2	1	1	1
Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas	2	1	0	0
Centro de Atenção Psicossocial – Infantil	2	0	0	0
Unidade de Pronto Atendimento	2	4	0	1
Serviço de Atendimento Móvel Urgência	1	1	0	1
Unidade de Atendimento Adulto	2	1	0	0
Unidade de Atendimento Infantojuvenil	4	0	0	0
Leitos Enfermarias Especializadas	16	7	5	5
Serviços Residenciais Terapêuticos	2	2	-	0
Cooperativas	-	0	-	0

Fonte: OLIVEIRA, 2019

Para enriquecimento das informações já expostas, algumas entrevistas foram analisadas. Infelizmente as falas que foram alvo de minha atenção tratam somente do gerenciamento da assistência à saúde mental no município de Caruaru. Os trechos citados nesta sessão fazem parte das entrevistas feitas com os responsáveis pela coordenação e gerenciamento da saúde mental no município. Apesar disso, elas servem para compor uma visão ampla dos problemas vividos no cotidiano da assistência à saúde mental na região.

Embora saibamos que a aplicação daquilo que foi encontrado em uma realidade municipal particular em outro município, mesmo que próximo, é uma irresponsabilidade, as falas dos trabalhadores de Agrestina parecem indicar que a realidade a nível de gerenciamento não é tão diferente daquela que os responsáveis pela coordenação da assistência em Caruaru relataram sobre seu contexto. De toda forma, reconhecendo minha falta neste aspecto, acho relevante trazer alguns dados que demonstram a fragilidade da rede de atenção em uma cidade de contexto não metropolitano.

Assim, dividi a análise em eixos e sintetizei as falas em categorias sintetizadoras de modo que didaticamente a apreensão do conteúdo se tornasse mais fácil. Como pode-se perceber, as fragilidades na rede se manifestam em vários níveis, se estendendo de questões políticas mais amplas até a dificuldades em relação a formação dos profissionais, passando por resistência à mudança no tocante a transformações da maneira de se conceber pessoas, transtornos mentais e consequentemente cuidado. No primeiro eixo, sintetizo as categorias que referem-se às fragilidades estruturais da assistência à saúde mental, no segundo estão aquelas relacionadas a prática do exercício de cuidado, por fim, no terceiro eixo, aponto para as consequências das dificuldades encontradas na rede percebidas pelos entrevistados.

Quadro 4 – Dificuldades do Desenho da RAPS

Eixos	Elementos dos Eixos
Fragilidades dos Fundamentos Estruturais da Assistência à Saúde Mental	• Deficit do quantitativo de trabalhadores • Sobrecarga profissional • Falta de Comunicação • Carência de dados • Questões Orçamentárias
Fragilidades do Cuidado Executado	• Má formação profissional • Referência e contrarreferência deficiente • Apoio Matricial precário • Deficit do NASF
Consequências	• Ausência de cuidado integral • Medicamentação • Estigma

Fonte: NASCIMENTO, 2020

Fragilidades dos Fundamentos Estruturais da Assistência à Saúde Mental

A dificuldade mais basilar para o funcionamento da rede de atenção psicossocial são as fragilidades que tocam na estrutura da assistência. Se a rede não apresenta os recursos necessários para que a assistência seja executada de maneira eficiente, dificilmente ela se mostrará eficaz em seu objetivo. Conforme discuti na sessão teórica, um cuidado humanizado depende que os trabalhadores encontrem uns nos outros apoio e suporte (HINSHAW, 2010). Além disso, necessita de uma rede fortalecida, preparada e capaz de colocar em prática estratégias de cuidado que alarguem o conceito de cidadania e prezem pela construção de uma agenda de reinserção social (AMARANTE, 2009). Todavia, para que tais iniciativas de fato

ocorram é preciso que haja um contingente de pessoas engajadas no trabalho capaz de preencher todas as demandas sem que isso gere algum tipo de ônus.

De acordo com os entrevistados, o desenho da RAPS enfrenta problemas e limitações no tocante a esse aspecto. A rede de assistência à saúde mental é marcada por um deficit no quantitativo de trabalhadores, conforme atesta o trecho destacado da entrevista:

- *uma das coisas que a gente tem dificuldade é a quantidade de profissionais mesmo, pra fazer essa capilaridade então a gente ainda precisa dos profissionais pra tarem cuidando das pessoas internas, eu digo assim, circulando dentro do serviço, então a quantidade é muito enxuta de profissionais*

O deficit de trabalhadores tem consequência direta no cotidiano desses profissionais, mais explicitamente na qualidade de vida e trabalho, pois acarreta sobrecarga profissional. Além do impacto na vida dos trabalhadores, esse deficit quantitativo implica também em empobrecimento no cuidado ao usuário, muito porque a sobrecarga profissional é um dos ingredientes que favorecem a permanência de uma lógica asilar em um serviço que deveria desconstruir esse paradigma e promove junto a isso o estigma profissional, influenciando também, por conseguinte, no autoestigma. No contexto do município de Caruaru, o adoecimento e o não cumprimento da demanda são problemáticas destacadas pelos entrevistados conforme fica claro no trecho abaixo:

- *Olha a equipe do CAPS AD não está sobrecarregado mas aqui do Capes 3 hoje está, a gente tem uma demanda alta [...] grupos muito lotados, técnico já com muitos usuários como sendo referência, então já temos até alguns problemas assim de adoecimento na equipe [...] essa é uma preocupação, então dizer que a equipe dá conta, não dá conta de tudo que poderia dar, inclusive ações no território. [...] o CAPS vai para alguns territórios para fazer alguma atividade, [...] monitoramento de alguns pacientes que não consegue acessar o CAPS, principalmente zona rural principalmente [...] alguns casos bem complexos, que a equipe não consegue manejar, que são casos que o PSF não dá conta, o CAPS vai, [...] com muito sacrifício, muito*

A sobrecarga profissional é acompanhada por outros problemas igualmente graves. De acordo com os coordenadores entrevistados, há falta de comunicação e também ausência de consciência de sua importância entre parte dos trabalhadores da rede. Em nível mais estrutural, a falta de comunicação reverbera em uma carência de dados epidemiológicos dos problemas ligados à saúde mental. No nível da prática profissional propriamente dita, isso pode significar um centralismo desnecessário nas ações terapêuticas e o desencontro entre os serviços de assistência. Sobre a questão da falta de comunicação e a carência dos dados, os entrevistados ressaltaram:

- *Não, temos alguns dados que nós estamos levantando, por exemplo, o ambulatório algumas informações na atenção básica a gente já deve ter algumas informações disponíveis nesse semestre por conta de tem mais, por conta de alguns acordos, mas assim nada muito sistemático nada muito ainda é organizado que foi induzido um planejamento para construir um banco de dados não tem*
- *a maioria dos agravos que, por exemplo, a atenção básica acompanha não existe nenhuma notificação nesse sentido, então você não sabe que tem TOC quem tem ansiedade, quem tem depressão, enfim, que isso é uma falha muito grande.*
- *[...] uma das conversas que eu tive recente, eu só olhei pra a cara das pessoas e aí tava o pessoal olhando assim... com a cara de espanto, uns com cara de espanto dizendo: “poxa vida eu não tinha me tocado disso.” E outros com cara de estranhamento como quem diz assim: “a gente discutiu muito isso, a gente vem discutindo muito isso.” [...] Vão pra casa da pessoa fazer a intervenção e não passa no PSF, não avisa antes, a coisa bem desarticulada, não telefona.*

Por fim, a questão orçamentária e financeira também foram levantadas como intensificadores dos problemas vividos na assistência da rede de atenção à saúde mental. Embora seja inegável o papel que o dinheiro ou a falta dele possuem na operacionalidade, manutenção e qualidade de um serviço, é necessário dizer que esse é apenas um dos lados da moeda, que não justifica todas as dificuldades apresentadas até aqui e que também não justifica as demais que serão apresentadas no próximo eixo.

Fragilidades do Cuidado Executado

Junto às dificuldades mais estruturais que a acompanham o desenho da rede de atenção à saúde mental estão também fragilidades relacionadas ao cuidado executado pelos trabalhadores. Uma rede que não apresenta um suporte estrutural satisfatório para a prática dos profissionais inseridos nela será também palco de deficiências no exercício desses trabalhadores. Como qualquer outra prática, o cuidado à saúde mental depende de uma interdependência entre suporte institucional e *expertise*, inclusive no que toca a constante atualização da perícia dos trabalhadores, conformando-a aquilo que tem de mais inovador na área de assistência.

Levando isso em consideração, um dos primeiros pontos que podem ser levantados no que toca a fragilidade do cuidado executado é a má formação profissional. Embora não seja um problema circunscrito às secretarias dos municípios, mas uma questão que envolve currículo e formação profissional inclusive em nível universitário, parte do problema ainda é de responsabilidade municipal. Conforme se percebe na leitura dos documentos oficiais, a responsabilidade da educação continuada, portanto da formação constante dos trabalhadores, é municipal, além disso a formação dos agentes de saúde, que são a ponte entre o serviço de assistência e a população, também é de responsabilidade do município. Apesar disso, a realidade, conforme os relatos dos entrevistados, é de dificuldade neste quesito:

- *Eu acho que não existe uma uniformidade em relação entre todas as equipes, da linha de cuidado.*
- *Eu acho que são vários elementos [...] a formação dos profissionais eu acho que é o primeiro ponto [...] a formação dos profissionais de saúde ainda é muito voltada pra questão [...] do corporativismo da questão de você não ter um entendimento, de não ter uma qualificação na própria formação [...] um entendimento de rede, de território, [...] isso é um ponto assim forte na fragmentação. Fora isso, é o próprio modelo [...] [...] a atenção de forma hierárquica [...] Ai hoje [...] quem tá no SUS, quem tem uma formação de saúde coletiva [pensa] esse desenho de uma forma diferente, porque tem hoje um desenho de rede que tem o centro, que justamente é a atenção básica né? Que é o centro dessa rede, que é a atenção básica que coordena o cuidado que deveria pelo menos, mas ai pronto ai essa coordenação de cuidado é um grande problema [...]*

As falas esclarecem que há consciência de que parte dos trabalhadores que integram a rede de atenção apresentam uma trajetória destoante das características basilares encontradas nos paradigmas da reforma psiquiátrica e que estão registradas em lei e nos documentos oficiais. Não somente isso, mas também percebe-se que ainda há dificuldades de compreender o modelo adotado, isto é, o modelo psicossocial, descentralizado, voltado a reinserção e vinculado a uma proposta territorial de cuidado multidisciplinar e não hierarquizado. Resistem dentro da tecnologia de assistência diversas concepções de cuidado que não permitem a uniformidade esperada das equipes. Abrir mão de pensar maneira de retrabalhar formações e construir concepções alinhadas a um paradigma humanizado me parece uma forma de contribuir para existência de um cuidado reducionista, potencialmente asilar e por consequência estigmatizante.

A má formação leva ao desconhecimento dos procedimentos que deveriam não somente ser comuns, mas que deveriam ser as engrenagens fundamentais do cuidado territorializado e integral que se propõe com a rede de atenção psicossocial. Como o trecho abaixo deixam claro, a referência e a contrarreferência não funcionam como deveriam, o que torna quase impossível o acompanhamento de melhoras e agravamentos dos assistidos:

- *[...] a gente ainda tem dificuldades com contra referencia dentro da atenção especializada e em relação a saúde mental como, um exemplo como ela estava dizendo tem pacientes que são referenciados ao CAPS da atenção básica, eles saem do CAPS tem alta e agente não sabe, não tem referencia, eles as vezes ta já lá na comunidade de volta e a gente não tem nenhum feedback que ele saiu.*

Adicionam-se as dificuldades relacionadas a referência e contra-referência a precariedade do apoio matricial que também decorre por conta do deficit do NASF, conforme esse outro trecho destaca:

- *O CAPS tá matriciando a rede básica também em relação a saúde mental também e em relação a zona rural como a gente tem esse déficit de cobertura do NASF. Ai o CAPS é o que chama itinerante entre aspas, ai ele esta indo pra da suporte a essas*

áreas que não tem, ou seja consultas compartilhadas, mas não especificamente para grandes assim uma condução, seria mais na pratica da clinica mesmo.

Essas três fragilidades contribuem de maneira substancial para a inexistência de projetos terapêuticos individuais, bem como para problemas como a execução de condutas improvisadas por parte dos trabalhadores e uma estreiteza na forma de conceber as iniciativas de cuidado que se torna, como veremos nas entrevistas, unicamente interventivo e assistencialista. Além disso, a falta de matriciamento adequado e a deficiência da referência e contrarreferência favorecem uma prescrição exagerada de medicamentos, uma capsização da rede de atenção e também a prevalência de atitudes estigmatizantes, na medida em que os trabalhadores, diante de casos complexos, podem se sentir incapazes e estressados. Por fim, a atenção básica ainda não é vista e perde seu protagonismo como gerenciadora do cuidado, se integrando de maneira pouco coerente com as diretrizes oficiais que regulamentam a atenção à saúde mental.

Consequências

As fragilidades comentadas aqui tem consequências severas. A precariedade estrutural e as deficiências ligadas as práticas dos trabalhadores deixam claro que a nível de rede há uma ausência de cuidado integral, portanto, uma assistência aquém do esperado, o que inclusive leva parte da população a optar, ao menos parcialmente, pelos serviço privado, situação que dificulta ainda mais um melhor acompanhamento dos casos.

Além disso toda assistência à saúde mental é permeada pelo problema da medicamentação. O uso do medicamento surge como principal medida de cuidado e as diretrizes terapêuticas encontradas nos paradigmas inaugurados com a reforma psiquiátrica são secundarizadas ou mesmo negligenciadas, conforme indica o trecho destacado:

- *Então a gente tem uma norma de acesso do município que ela já traz umas orientações para os profissionais, alguns protocolos que já foram feitos, pra atenção básica, a gente estimula o uso do caderno da atenção básica o caderno 84 da saúde mental, mas assim o uso é pouco explorado, existe uma prescrição pouco racional dos psicofármacos que vai do psiquiatra ao médico da atenção básica não é só da atenção básica.*

Uma rede com tais fragilidades também apresenta limitações à desestigmatização, na medida em que pode vir a reforçar os ciclos de estigmatização, apresentando-se como um terreno fértil para uma cultura do estigma já enraizada se desenvolver ainda mais, tornando-se cada vez mais difícil sua desconstrução, como parece indicar a declaração abaixo:

- *[...] é a questão mesmo da qualificação de reconhecer eu acho que o estigma é muito por isso né, é algo cultural porque da formação que a gente tem na faculdade [...]*

Por fim, essa cultura do estigma pode vir a se manifestar diretamente no trato com o usuário por meio de uma vontade de domesticar, oprimir e controlá-lo, retirando-lhe a humanidade a voz no processo de tratamento, como mostra a fala de uma usuária:

- *ele tava certo de que eu não era uma pessoa... entendeu? uma pessoa normal, entendeu? não era uma pessoa normal assim.*

Ao ser perguntada sobre como a relação com o profissional da saúde poderia melhorar, em outras palavras, como ela poderia se sentir mais respeitada e cuidada. A mesma usuária respondeu assim:

- *algo mais melhor ainda, né, uma melhoria. uma pessoa escutar bem os pacientes, atender bem, a escutar o problema que esse paciente tem e que não tem... pra ver qual a razão justamente assim pra ver se der pra saber.*

Um comentário como este deixa claro a importância de repensar a prática profissional a partir de uma concepção humanizada de cuidado. Como parte da minha reflexão teórica demonstra, existe uma dimensão simbólica do adoecimento que precisa ser levada em consideração no cuidado, no caso dos transtornos mentais isto é ainda mais claro e ao que parece o gerenciamento da RAPS ainda não se conscientizou de que este elemento é fundamental para a construção de uma abordagem integral de cuidado, pois nenhuma das

falas apresentou algum tipo de preocupação ou iniciativa que apontasse para a fomentação de sensibilidade para isso nos trabalhadores.

Ao referir-se que uma melhora significaria ser escutada bem e atendida bem, a usuária ainda aponta para uma interação que empobrece seu eu e não a entende como alguém que possui algo a dizer, por conseguinte também indica a ausência de uma prática de assistência agregadora de uma agenda de superação da estigmatização, que equalize o status de trabalhadores e usuários transformando-os em colaboradores mútuos e que torne os profissionais sensíveis culturalmente para criar pontes de comunicação, elemento fundamental para o tratamento e que existe somente quando o requisito da escuta atenta é cumprido por parte dos envolvidos (HINSHAW, 2010).

Levando isso em consideração, é possível afirmar que há uma desconexão entre aquilo que está delineado nas diretrizes e a realidade empírica da assistência à saúde mental. Os trechos analisados sinalizam que o exercício profissional dos integrantes da RAPS não está de todo enraizado nos preceitos amparados por uma perspectiva humanizada da saúde mental. A própria coordenação, em minha interpretação, apresenta dificuldades para entender as especificidades e demandas que a assistência à saúde mental possui. Esclarecido o desenho que se encontra nos municípios de Agrestina e especialmente de Caruaru, volto minha análise para o núcleo duro do meu interesse, isto é, as considerações dos trabalhadores da atenção básica sobre seu cotidiano no exercício do seu trabalho.

5.2 Analisando as Entrevistas: a atenção básica pela ótica de quem faz.

A partir de agora, discuto as entrevistas com os profissionais da atenção básica de fato. Como já falando anteriormente, o intuito foi analisar como esses trabalhadores veem sua prática e concebe a saúde mental, relacionando isso com questões ligadas ao fenômeno da estigmatização. Para compreender como tais atores sociais, ligados ao sistema médico ocidental e mais especificamente inseridos em um cenário que se propôs repensar a loucura e o seu lugar social, compreendem o cuidado às pessoas com transtornos mentais foi necessário empreender a análise dividindo-a em alguns passos.

Primeiramente, foquei na questão da formação profissional por entender que é a partir dela que um indivíduo tem acesso ao conhecimento que conduzirá o seu exercício profissional, neste sentido, a maneira como ele compreende, por meio da sua formação, seu papel, os transtornos mentais e também o usuário sintetizam as representações e parte do

estoque de conhecimento que é entendido como legítimo para a sua função. É por meio desse conhecimento também que o trabalhador contribui para a formação de uma realidade clínica, inserindo a “enfermidade” em uma categoria e trazendo sentido para o usuário e para ele mesmo no tocante as maneiras de tratar o mal. Portanto, compreender como se dá a formação profissional é tentar constituir uma espécie de imagem que permitirá tomar consciência do quanto no cotidiano da atenção básica os profissionais tomam para si a perspectiva de cuidado preconizada nos documentos oficiais, evitando cair em compreensões estigmatizantes.

Posteriormente, a análise dá atenção para a maneira como os trabalhadores concebem os transtornos mentais. O objetivo aqui foi saber se há ou não um alinhamento relacionado ao pensamento dos profissionais entrevistados com aquilo que está posto no pós-reforma psiquiátrica. Compreender a forma como os trabalhadores definem os transtornos mentais é acessar, ao menos panoramicamente, representações sociais que organizam suas condutas de cuidado e identificar quais suas raízes e de que perspectivas elas se aproximam no que toca a um “espírito” mais comunitário de cuidado ou um “espírito” asilar. Investigar as concepções de transtorno mental sustentadas é apreender, portanto, o que justifica, ou melhor, as boas razões que levam até os comportamentos estigmatizantes ou aos comportamentos de combate ao estigma.

No terceiro momento da análise, o meu olhar se volta a impressão que os trabalhadores têm da prática do cuidado em seu cotidiano. Por meio de suas falas, foi possível compreender e conceituar o cuidado oferecido, entender o julgamento de quem faz a atenção básica sobre circunstâncias que compõem a realidade do serviço e de que maneira a zona rural é percebida no processo. A investigação da prática profissional foi um passo importante para entender como se opera “na realidade” um serviço que é basilar para a nova maneira de compreender a nova assistência às pessoas com transtornos mentais.

Por fim, na quarta sessão será fruto de investigação pormenorizada o fenômeno do estigma. Aqui, será discutido como o estigma e a ausência de uma agenda para combatê-lo são consequências de outros fatores relacionados ao cotidiano do cuidado à saúde mental e como a estigmatização se espalha por variadas dimensões da existência dos usuários da rede de atenção psicossocial. Cada uma das sessões correspondem a um dos eixos de análise do quadro abaixo e destrincham as categorias textuais citadas.

Quadro 4 – Análise das Entrevistas das Equipes da Atenção Primária

Eixos	Elementos dos Eixos
Formação Profissional	• Falta de formação profissional • Formação profissional precária
Concepção de Transtorno Mental	• Transtorno como algo de difícil definição • Transtorno como um mal originário de diversas causas • Diferenciação entre loucura e transtorno
Prática Profissional e Cuidado	• Cuidado empobrecido • Demanda por cuidado integral • Rede de assistência precária • Zona rural como cenário contraditório
Estigma e Desestigmatização	• Estigma comunitário • Estigma familiar • Estigma profissional • Autoestigma • Falta de Promoção à Saúde Mental

Fonte: NASCIMENTO, 2020

Formação Profissional

Como tentei demonstrar anteriormente, existe um amparo documental que serviria de instrumento pedagógico para o exercício do cuidado à saúde mental e seu entendimento na atenção básica. A formação deveria ser não somente dada na construção do ator enquanto trabalhador, mas continuada durante toda sua vivência profissional, conforme preceitua os documentos e o próprio ideal da reforma psiquiátrica. Neste sentido, a formação profissional teria como finalidade permitir a construção de um repertório de conhecimentos capaz de ampará-lo da melhor maneira possível em seu cotidiano de cuidados à pessoas com transtornos mentais.

Em uma linguagem schutziana, significaria munir *o estoque de conhecimentos* desses trabalhadores com os recursos que no sistema médico ocidental, mais especificamente aqueles do paradigma psicossocial, seriam necessários e mais efetivos para identificação e tratamento das demandas ligadas aos transtornos mentais e os sofrimentos causados em decorrente deles. Não se trata de desconsiderar qualquer competência leiga que eles apresentem, mas por meio da formação profissional, enquanto processo de socialização, garantir o acesso a uma *expertise* capaz de lidar com os transtornos mentais em conformidade com os paradigmas propostos, especialmente no tocante a promoção do bem-estar e respeito ao usuário. A realidade, contudo, que encontrei nas comunidades que me serviram de campo em Agrestina e Caruaru apresentaram quadros bem diferentes do esperado, pois, seja qual fosse a trajetória e

carreira profissional do trabalhador o que encontrei nas falas orbitaram duas categorias: *falta de formação e formação precária*.

Falta de Formação Profissional

Alguns dos relatos registrados em entrevistas desenham um quadro muito distante daquilo que deveria ser o modelo ideal de assistência à saúde mental na atenção básica no que se refere a formação profissional de seus trabalhadores. De agentes de saúde ao médicos, a falta de uma perícia e de uma educação capaz de prover um suporte para o entendimento e exercício prático do cuidado preconizado nos documentos oficiais são explícitas. No campo, encontrei um profissional médico sem qualquer formação relacionada à saúde mental ou mesmo à saúde da família, enfermeiros sem nenhuma capacitação no que toca ao cuidado para com pessoas acometidas com transtornos mentais e agentes de saúde que, em casos mais extremos nem sequer passaram pela formação básica de seu cargo, conforme apontam as falas abaixo:

- - *Tu tem alguma formação em saúde mental?*
- *Saúde mental? Não.*
- *Algum curso, alguma capacitação?*
- *Não. Saúde Mental, Não.*
- *E qual a tua especialidade? É Saúde da Família?*
- *Sou gastropediatra*

L.G., Profissional Médico

- - *Tu teve algum treinamento em saúde mental?*
- *Eu nem lembro. [...] Eu sei que eu tive o curso de Agente de Saúde, que também entre um pouco nesse meio.*
- *Mas depois disso, não teve nenhum treinamento?*
- *Não lembro não.*

J., Agente de Saúde

- - *Tu tem algum treinamento em saúde mental?*
- *Não, pela prefeitura não, eu vou iniciar agora no final desse mês.*

D., Enfermeira

- - *Em termos de formação, preparação para lidar com a pessoa que tem transtorno?*
- *Não, a gente não teve treinamento não.*

J., Agente de Saúde

- - *E seu processo de formação?*
- *Eu não cheguei a ter esse processo porque eu entrei como suplente. Primeiro quem entrou foi um rapaz [...] Aí saiu e eu entrei no lugar. Aí a enfermeira foi me orientando mesmo, porque eu não passei por esse treinamento não.*

L., Agente de Saúde

Formação Precária

Outros entrevistados apresentaram em seus relatos algum tipo de formação profissional que contemplasse o âmbito da saúde mental, sendo a formação obtida considerada pontual e superficial. De acordo com um dos entrevistados, seu contato com uma formação relacionada à saúde mental orbitou principalmente em torno da medicação enquanto elemento central do cuidado, característica dominante na maioria das formações em saúde mental. Em menor grau, os entrevistados também afirmaram ter tido algum tipo de instrução sobre o funcionamento do CAPs, mas não das atribuições da própria atenção básica.

Já em um determinado caso, a pessoa perguntada, embora tenha afirmado que passou por um treinamento semelhante a outra entrevistada, não soube detalhar o que havia aprendido no treinamento, o que, perdoe-me a irreverência em um trabalho de envergadura tal como uma tese, seria cômico, se não apontasse para uma realidade temperada com elementos de tragédia. Para outros, uma formação mais atenta às questões de saúde mental só se tornou uma realidade por meio de um processo de aprofundamento profissional que, em sua maioria, não teve ligação direta com seu vínculo com a atenção básica, conforme as falas deixam claro:

- - *Tu tivesse algum treinamento em saúde mental?*
- *Sim, com certeza. Fomos treinados e fizemos o curso por seis meses de agente de saúde. Durante esse período do curso que a gente teve uma parte que existiu isso também, que teve essa aula também. [...] falando de algumas coisas, até porque não daria para fazer só de transtorno, de distúrbio mental.*

Ant., Agente de Saúde

- - *Tu tem alguma formação em saúde mental?*
- *[...] eu já fiz um curso técnico de enfermagem, pela faculdade.*
- *[Na formação de agente de saúde] tu teve alguma orientação para saúde mental?*
- *Só as capacitações que a prefeitura dá [...] mais sobre medicação, né? Quais os tipos de medicação. [...] o funcionamento do CAPS.*

A., Agente de Saúde

- - *Tu tem alguma formação em saúde mental?*
- *Tive sim*
- *Tu poderia dizer um pouco sobre?*
- *É... saúde mental é... (risos)*

A. N., Agente de Saúde

- - *[...] a minha história na graduação em relação aos transtornos de saúde mental foi uma coisa bem pontual, assim, uma matéria de um semestre em que a prática foi muito escassa, muito ruim e acabei me aproximando mais na residência [residência que foi em saúde da família] mesmo, né? [...] todos os meus optativos do final do internato foram na unidade básica, só que a abordagem do preceptor enfim não era, a gente não via muito essas questões, era mais focado mesmo em hipertensão, diabetes [...] entrando na residência [...] acabou que meu primeiro caso, o preceptor passou para mim e a primeira pergunta que ele falou foi “você gosta de depressão?” [...] acabou que a maioria dos meus pacientes eram pacientes de saúde mental, então na residência eu consegui ter uma aproximação maior e eu quebrei o meu medo em relação ao cuidado desses pacientes, né?*

J., Médica

Os trechos que afirmam a falta de preparação do profissional e a descontinuidade, escassez e superficialidade das formações deixam claro que a primeira característica capaz de ser inferida das falas é a negligência da saúde mental na formação dos trabalhadores. Essa deficiência reverbera em uma prática precária, reducionista e/ou improvisada, como será exposto logo mais. Importante ressaltar também a centralidade do medicamento na formação, o que pode ser percebido pela ausência nas falas de qualquer menção a outro tipo de terapêutica. Como busquei demonstrar, o medicamento pode ser um importante aliado no tratamento de transtornos mentais, mas ele somente não cumpre os requisitos de um cuidado pensado à pessoa em sofrimento.

Um outro aspecto que chama a atenção é a possibilidade do próprio ambiente de formação conter elementos que contribuem para processos de estigmatização. Seja através da pormenorização das questões relacionadas à saúde mental e seus cuidados ou mesmo comportamentos como aqueles do preceptor da médica “J”, que, embora não seja possível afirmar com toda certeza, pareceu, de acordo com o relato, apresentar uma conduta discriminatória com os casos de problemas relacionados com transtornos mentais os direcionando para a médica entrevistada.

Apesar disso, o mesmo relato aponta para algo fundamental já constatado na literatura: vencer a lógica do estigma depende, dentre outras coisas, de contato social e educação. A experiência da médica demonstra que vencer a lógica do estigma se dá por meio de aproximação e experiências partilhadas. Mesmo sem grande ajuda no que toca ao preceptor de sua residência, a frequência de contatos positivos e uma disposição aberta demonstram-se como elementos contribuidores para a dissolução de uma das raízes da estigmatização.

Se uma boa formação em saúde mental permite que o espaço do cuidado se torne um cenário para *equalização do status* onde equipe e usuários se percebem como colaboradores no processo terapêutico, a falta de um aprendizado sobre as complexidades do cuidado à saúde mental pode levar ao reforço de estereótipos estigmatizantes e a possibilidade da prática de estigma profissional, expressa mais diretamente por meio de atitudes de repulsa e exclusão ou de maneira mais indireta através da indiferença, omissão ou limitações relacionadas ao espaço (HINSHAW, 2010).

Como veremos mais à frente, muitos desses aspectos puderam ser identificados nas entrevistas, mas outros problemas também decorrem da deficiência dos trabalhadores. A falta de uma formação robusta implica na manifestação de referenciais reducionistas de cuidado ou

mesmo em uma inaptidão, a qual, inclusive, torna-se um ingrediente de angústia para o próprio trabalhador desejoso de fazer o seu trabalho. Como é possível perceber nas falas destacadas, alguns trabalhadores percebem os limites que uma formação precária impõem e a necessidade de um treinamento capaz de munirlos com os instrumentos necessários para um cuidado mais bem feito:

- *Eu acho que a gente necessita mais de uma formação, falando sobre paciente mental [...] Se a gente tivesse uma capacitação falando sobre isso, a gente saberia melhor como tratar essas pessoas. É estilo de capacitação para tuberculose. Hoje, a gente saber lidar com isso, mas saúde mental a gente não tem. Então a gente fica meio vago durante uma visita domiciliar. Você fica sem saber o que fazer.*

“A”, agente de saúde

- *A gente sente essa necessidade de um treinamento, vamos supor assim, regular [...] para as equipes se juntarem com os profissionais psiquiatras, também o psicólogo, a equipe do NASF, a gente fazer uma coisa mais abrangente. Eu acho que a gente necessita disso. [...] um respaldo maior pra gente atender esses pacientes.*

“E”, enfermeira

O problema da falta de uma formação que permita aos profissionais um entendimento mais amplo do adoecimento e uma percepção mais clara da pluralidade de dimensões que circundam a experiência do adoecimento está na construção de uma imagem das pessoas com transtorno mental por meio de estereótipos negativos que levam à desumanização, ao empobrecimento do atendimento e da própria terapêutica. O empobrecimento da terapêutica reforça o estigma esboçado pelos estereótipos sustentados e torna-se uma dificuldade para a construção de uma agenda de desestigmatização, impedindo que se concretize o ideal proposto pelo modelo psicossocial.

A formação profissional é a base para um cuidado empobrecido ou integral, conforme se apresente precária ou não. Sua importância é crucial se levarmos em consideração que a prática de assistência é comunitária e supostamente desinstitucionalizada. Na ausência do espaço asilar que coroa a carreira moral da pessoa com transtorno, a assistência livre dos muros, mas composta de trabalhadores mal formados, torna-se parte de uma nova trilha para

a carreira moral da pessoa com transtorno mental que, mesmo não sendo mais isolada, encontra grilhões mais sofisticados na maneira como é vista, tratada e fatalmente evitada, inclusive nos espaços de cuidado, o que consequentemente significa maior frequência de estigmatização (MARTINS, 2003; TEIXEIRA; AN LIN, 2013).

Concepção de Transtorno Mental

A primeira consequência, facilmente percebida, da ausência de uma formação em saúde mental mais robusta é a maneira como os entrevistados concebem o transtorno mental e suas causas. Entender como eles percebem tal fenômeno remete a discussão sobre representações sociais, pois é por meio de tais concepções que os trabalhadores deixam claro suas crenças e seus valores, as quais servem de guias para sua operação de compreensibilidade do mundo. Como vimos anteriormente, a compreensão do mundo não se dá de maneira “vazia”, mas enraíza-se em representações sociais que auxiliam na nomeação e definição dos aspectos da realidade que nos cercam. (SEGA, 2000; MOSCOVOCI, 2007; SPINK, 1993; JODELET, 2001).

Enquanto uma espécie de interface entre a coletividade e o indivíduo, as representações sociais fazem parte de nossas formações, de nossos estoques de conhecimento, sendo plurais e também orientadores da comunicação e da ação. Considerando isso, parte do processo profissional de controle de conhecimento é garantir ao ator social ter acesso a todo um conjunto de conhecimentos ligado a sua profissão conforme aquilo que orienta sua *expertise*, inclusive representações sociais consideradas legítimas. Neste sentido, a *expertise* forneceria ao ator uma leitura de uma determinada situação em conformidade com um determinado conhecimento considerado por ele e pela sociedade como uma perícia, isto é, um conhecimento capaz de administrar a situação da melhor maneira possível.

Não se trata de uma negação indiscriminada de concepções de mundo e práticas em prol de uma uniformidade qualquer, mas de um processo de leitura do mundo, por meio de estoques de conhecimento, que, advindo de uma socialização específica, restringiriam essas concepções de mundo e também as práticas, em um determinado contexto, aquelas em conformidade ao papel ocupado pelo ator social detentor de uma *expertise*. Desse modo, mesmo alguém acredite que uma oração pode ser capaz levar à cura miraculosa, sendo médico, não abrirá mão de seu conhecimento para tratar uma doente e, mesmo que faça uma

oração por ele, não deixará de solicitar exames e tratá-lo com os medicamentos que julgar necessário.

Quando se trata de saúde mental não é diferente. Em minha interpretação, uma boa formação entregaria concepções das causas e dos transtornos mentais mais próximas do esperado pelos paradigmas de cuidado atuais, todavia, as entrevistas não refletiram isso. Um conjunto de concepções divergentes foi encontrado, inclusive, se apresentando não somente como diferente do entendimento sustentado oficialmente, mas também umas das outras. Há também, nas várias entrevistas, sinais de insegurança, medo e incerteza na construção do entendimento sobre o que é loucura ou transtorno mental, indicando que de maneira latente uma lógica estigmatizante se opera. De modo geral, as informações puderam ser sintetizadas nas seguintes categorias: *definição de transtorno mental como algo desafiador, transtorno mental como mal originário de muitas causas e diferenciação entre loucura e transtorno*.

Transtorno como Algo de Difícil Definição

Embora seja impossível afirmar que uma formação robusta implicaria na não-existência ou término de dificuldades nesse âmbito, as entrevistas demonstraram que pensar o transtorno mental enquanto uma categoria é algo que orbita entre a indiferença, o reforço de estereótipos negativos e um entendimento que encara sua definição como algo desafiador e difícil. Sobre esse último aspecto, a fala da médica J. ilustra muito bem como, mesmo para uma médica e estudiosa da saúde, essa é uma realidade desafiadora, marcada por receios:

- - *O que é loucura, transtorno mental para tu?*
 - *Na verdade assim, eu tenho [...] um misto de dificuldade, de não querer encaixar ou dizer que o paciente tem um diagnóstico de transtorno de ansiedade, de esquizofrenia, ter um diagnóstico do que [...] classifica como DSM, [...] para mim, um simples conflito familiar já pode ser [...] considero um transtorno mental no sentido que desorganizou aquele paciente, em relação ao que ele fazia em relação ao modo de vida que ele levava [...] É muito ampla essa pergunta (risos). Porque é para gente, né? Isso também passa do pressuposto nosso, né? Do que a gente considera desorganização, do que eu considero desorganização, talvez, para aquele paciente não seja. É, mas para mim transtorno mental é aquele paciente que tem essa dificuldade de se organizar [...] fazer as coisas que ele deseja os objetivos.*

Como se pode perceber, existe uma hesitação na construção de um diagnóstico. Por um lado, isso pode ser explicado porque o diagnóstico claro frequentemente é difícil, tendo em vista a maneira como a maioria dos males mentais se apresentam na atenção básica, mas, por outro lado, afirmar e rotular que alguém é ou não uma pessoa com transtorno mental é dificultoso também porque está relacionado a uma dimensão social, uma dinâmica que relaciona norma, desvio e biografia, o que fica claro na parte final da fala quando lemos o critério último para definição de uma pessoa com transtorno mental, isto é, a desorganização. A desorganização, enquanto característica fundamental do transtorno, surgiu em outras falas, mas aqui possui uma peculiaridade que destaca-se, isto é, a consciência por parte da entrevistada que toda desorganização é perspectiva e por isso relacional.

A dificuldade, que todos que lidam com transtorno mental supostamente deveriam ter consciência, da loucura é que ela não pode ser pensada fora de um referencial, o qual se compõem de mais do que um indivíduo e a equipe de saúde. Embora todo tipo de adoecimento supõe um nível de desorganização das dimensões humanas, desde a biológica até a simbólica, a loucura possui a particularidade de ligar-se a comportamentos e condutas desviantes, os quais são definidos por meio de negociações interacionais, contextos e perspectivas determinadas social, cultural e historicamente (BECKER, 2008). Neste sentido, como bem demonstra o trecho da entrevista, os transtornos mentais possuem uma dimensão social preponderante que impacta o diagnóstico e o tratamento das pessoas que sofrem com eles.

Levando isso em consideração, o fato é que mesmo no caso da entrevistada, médica de família com certa experiência em cuidado à saúde mental e consciente que toda desorganização psíquica de um indivíduo não se explica somente nele, ainda há uma evocação da loucura enquanto uma falha do indivíduo em integrar-se ao meio. Em outras palavras, a pessoa com transtorno mental seria um fracassado em sua sociabilidade (PELBART, 1989). Todavia, é necessário ressaltar, o entendimento do transtorno mental enquanto desorganização não é por si só negativo, pois, pode ser pensado através de uma perspectiva humanizadora.

Assim, em uma perspectiva mais humanizada, a desorganização à ser tratada não é somente do indivíduo porque é a sociedade como um todo que necessita ser organizada. Neste sentido, organizar a desorganização psíquica está na reinserção do indivíduo e promoção do seu bem-estar do mesmo modo que está na desconstrução de conjunto de relações entre instituições, práticas e saberes reducionistas, o que invariavelmente significa romper com os

ciclos do estigma e promover equalização do status e troca de experiências, baseada em associativismo e contatos sociais positivos, constituindo uma agenda para desestigmatização.

Transtorno Mental como um Mal Originado de Inúmeras Causas

O desafio encontrado pelos profissionais de delimitar o que é ou não um transtorno mental não se explica somente pela relação entre norma social e comportamento potencialmente desviante, pois remete também a pluralidade de crenças sobre as diversas causas e origens dos transtornos mentais. Mais do que simplesmente ligada às dinâmicas interativas de um encontro social e a gramática das expectativas envolvidas de acordo com os papéis que cada ator assume na situação, o desafio aponta para uma característica cultural, historicamente enraizada, que sintetiza uma série de representações sociais da figura do louco e do desatino.

Como foi possível ver no capítulo teórico, ao longo do tempo uma variedade de respostas foram dadas para perguntas como “o que leva uma pessoa a enlouquecer?”; “como se origina a loucura?” e “o que diferencia um são de um louco?” e todas elas apontam para aquilo que Foucault esclareceu, isto é, a compreensão do louco e da loucura se dá sempre por meio de aspectos que vão além do sujeito e de sua condição. Neste sentido, investigar sobre como pessoas entendem os transtornos mentais não é somente empreender uma tentativa de compreensão sobre o fenômeno, mas também se configura como um esforço para entender como as pessoas agem diante dos transtornos.

No contexto do meu campo, os entrevistados, ao tentarem dar conta da origem ou causa da loucura, apresentaram argumentações que tem na figura do indivíduo e do seu fracasso a agulha e a linha que tecem a trama composta pela ordem e desordem, pelo controle e descontrole. Em minha perspectiva, esse fracasso individual estaria ligado a falta de inaptidão em seguir as regras e condutas sociais, portanto, a falha e ao desencaixe do conjunto de diretrizes que orientam encontros face a face e situações sociais (GOFFMAN, 2011). Portanto, como será possível perceber nas próximas linhas, o desencaixe social, ou seja, a quebra das regulações sociais, seja isso provindo de um mal hereditário ou não, é o principal elemento para o estabelecimento da loucura, mesmo entre os profissionais.

1. Loucura como hereditária

Apenas uma das entrevistadas deixou explícito que a loucura poderia ser hereditária, descrevendo o transtorno mental como um mal dos nervos passado de pais para filhos e que precisa de controle para que o indivíduo acometido viva normalmente. A concepção da hereditariedade dos transtornos mentais se apresenta como parte integrante do imaginário social e do senso comum, o que não é um problema. Além disso, como ventilei na discussão teórica a influência orgânica para o surgimento dos transtornos é uma hipótese válida, mesmo que considerada ineficiente sozinha.

Levando isso em consideração, é possível afirmar que tal entendimento se apresenta como um ponto de conexão entre um conhecimento científico e o senso comum, provavelmente ocorrendo através do acesso não sistemático às informações através dos meios comunicação, das conversas e da própria experiência da entrevistada em seu cotidiano profissional. Essa mescla produz um conhecimento leigo que dentro do estoque de conhecimento à mão da entrevistada é usado como código de interpretação para os fenômenos que ela testemunha em sua prática.

Ainda de acordo com a entrevistada o transtorno mental não possui somente a hereditariedade como causa, mas, ainda assim pode se apresentar como uma deficiência dos nervos. Em casos como esses, a loucura é derivada de um acidente ou se manifesta como um incidente, que inflige um dano profundo aos nervos. De todo modo, na visão de nossa entrevistada, a loucura, a despeito de suas origens, relaciona-se com uma espécie de impedimento e um potencial descontrole, consequentemente com a perda do status de normalidade, conforme se vê no trecho destacado:

- - *O que causa a loucura? O que explica a loucura ou o transtorno?*
 - *Esse senhor é um caso que já vem, parece que é de família, entendeu? [...] é hereditário, né? Não sei. Os filhos dele também tem esse problema. Já veio, né? É diferente do caso do meu esposo [...] foi causa de acidente. Tem gente que faz, é normal, faz cirurgia e depois fica com problema para dormir, fica nervoso, existem várias. Cada caso é um caso que tem uma história. Tem outros que começa tomando [medicação] a partir de ataque epilético [...] depois fica necessitando porque tem que tomar mesmo, que essa doença é bem dos nervos mesmo.*

“B”, agente de saúde

2. Loucura como um mal de raízes sociais

Mais comumente encontrada nas respostas foi uma concepção da loucura enquanto um mal de raízes sociais. Conforme os diversos relatos, os transtornos mentais são desenvolvidos como consequência de problemas de convivência sucessivos e constantes, mais especificamente aos problemas do cotidiano que acabariam gerando algum tipo de sofrimento psíquico, conforme as falas destacadas abaixo permitem perceber. Neste aspecto, as definições se aproximariam mais daquela definida pelos documentos oficiais como sofrimentos psíquicos comuns, que são males profundamente ligados a trajetórias de vida marcadas por mazelas sociais e que não necessariamente demandam medicação ou acompanhamento psiquiátrico/psicológico rígido:

- - *O que causa a loucura? O que explica a loucura ou o transtorno?*

-A loucura, para mim, acho que vem, assim, da convivência. Porque se você vive num ambiente que todo dia você tem atrito, todo dia você tem aperreio, todo dia você não tem tranquilidade, se você não tem paz, eu acho que vai chegar uma época que você vai entrar em depressão, e que pode levar você a loucura [...] E aquela pessoa vai impressionando, impressionando e tem uma hora que perde o controle mesmo.

“M”, agente de saúde

- - *O que causa a loucura?*

-Eu acredito que sejam vários problemas que vão se encadeando, né? Vão deixando aquela pessoa deprimida. Aquela pessoa vai ficando isolada e colocando várias situações na cabeça e guardando para si mesmo, não procura uma resolução.

“Ma” agente de saúde

A entrevista de um dos profissionais médicos, mesmo que marcada por um tom de incerteza, deixa mais claro essa dimensão social do surgimento do transtorno mental. A causa da loucura estaria ligada a ruptura dos laços sociais, a falta ou empobrecimento do afeto e também as relações sociais que dão sentido a biografia e a carreira social de um indivíduo. Os transtornos mentais ligam-se a rupturas com pertencimentos institucionais e os papéis sociais que performatizamos no mundo social:

- *-O que causa a loucura?*

-Não sei se é carência afetiva, isolamento social, não sei se é de repente algum distúrbio familiar, que de repente as famílias estão se quebrando muito, né? Eu acredito que seja falta de foco das pessoas. As pessoas não têm foco. Trabalho, família, casamento, padrão social, padrão econômico. Não tem foco. Aí, isso deixa as pessoas vazias por dentro. Eu sinto isso nos pacientes.

Mesmo que as entrevistas levem ao entendimento que os transtornos mentais são um mal de raízes sociais, um outro dado chama bastante atenção: a loucura não é percebida como um infortúnio que acomete qualquer um, mesmo que, ironicamente, qualquer um possa vir a manifestá-la e ninguém seja realmente intocável. Assim, resta-nos a perguntar se não é qualquer um, mesmo que haja perigo para todos, quem manifesta um transtorno?

De acordo com os entrevistados, um problema de saúde mental se apresenta naquele ator que perdeu o controle, que deixou-se levar, que não tem foco, não tem fé ou é fraco ante as vicissitudes da vida. Enquanto isso, a saúde mental é compreendida como ausência de preocupação, que não é o mesmo que falta de problemas, mas é uma postura individual de não entrega, de luta constante, de vínculo e vontade de trabalhar e certa indiferença com os problemas da vida, conforme se percebe nos trechos de entrevistas abaixo:

- *-O que causa a loucura?*

-Eu acho que vem através da preocupação da família em relação ao trabalho [...] se preocupando com alguma coisa, botando na cabeça levando a isso. Saúde mental é a pessoa viver [...] Bem, saúde tranquila sem tá com preocupação alguma.

“A”, agente de saúde

- *[...] na vida, a gente pode chegar a usar esse tipo de medicação. Se a gente não tiver, primeiramente, fé em Deus, [...] uma boa fé em Deus... e nunca se entregar a tristeza, sempre lutar, [...] vai trabalhar e vai conseguir. Mas, se a gente começa a se prender a uma dificuldade [...] ficou desempregado, você começa a pensar que nunca vai arranjar serviço, vai ficando, termina acontecendo de tomar a medicação controlada, fica em certas condições que não possa até viver em comunidade, em sociedade.*

“J”, agente de saúde

Para a maioria dos entrevistados, o transtorno psíquico possui um ingrediente social de cunho moral, pois se relaciona com uma postura inapta dos indivíduos perante o mundo. Tal inaptidão, pode estar ligada a trajetória de vida do indivíduo que foi incapaz de prepará-lo suficientemente ou a falta de vínculos religiosos verdadeiros ou fortes. De toda forma, o transtorno é produto de um fracasso e uma característica denotadora da fraqueza de um indivíduo. Vale a pena destacar, inclusive, que tanto as falas que remontam a um fator hereditário quanto aquelas que ligam os transtornos às raízes sociais ecoam um mesmo quadro que finca-se na questão da fraqueza.

A fraqueza do indivíduo, sua falta de fibra diante dos rigores da vida é um propulsor para o esfacelamento da sanidade. Tal quadro lembra bastante aquele encontrado por Denise Jodelet (2015, p. 282) entre os habitantes de Ainey-Le-Chateau. De acordo com a pesquisadora os moradores explicavam a existência do transtorno do que desatinados que lhes eram confiados da seguinte forma:

[...] a maneira pela qual alguém foi preparado para a vida podem predispor para a doença e explicar como um mesmo acontecimento traumatizante tenha um efeito diferencial, segundo o passado de cada um. Válida principalmente para os casos de choque afetivo, essa interpretação supõe a privação de uma força de caráter positivo [...] A doença parece dever-se, em certos casos, à existência de uma negatividade, potencial ou efetiva, correspondendo a predisposição a ficar doente a um caráter geneticamente determinado, como sugere tudo aquilo que a noção de “nervoso” veicula.

Posturas que encarem os transtornos mentais como problemas ligados ao fracasso individual não auxiliam na melhoria da qualidade de vida de pessoas com transtorno mental, ao contrário, favorecem o surgimento e aumento de casos de estigmatização. Quando algum tipo de comportamento desviante das normas sociais advém de uma situação ou de uma condição fora do controle do ator social existe uma tendência de sua audiência responder com sentimentos de simpatia e compaixão, mas, quando os comportamentos bizarros ou considerados impróprios, como muitas das atitudes de pessoas com transtorno mental, são entendidos como controláveis se gera com muita frequência rejeição e hostilidade (HINSHAW, 2010).

Como ficará mais claro no decorrer das análises das entrevistas, o entendimento dos problemas mentais como fruto de uma vontade fraca não segue reações rígidas, mas apresenta reações complexas e ambivalentes, pautada em julgamentos contraditórios que pendulam

entre a pena e a culpabilização. O cenário do cuidado à saúde mental é marcado por reações de estigmatização instáveis que variam entre a empatia e a repulsa (HINSHAW, 2010). No entanto, como será possível perceber, há uma linha fronteira ténue que faz com que a empatia ceda lugar para a repulsa e a hostilidade: a diferenciação entre transtorno mental e loucura.

Diferenciação entre Loucura e Transtorno

Talvez o fato mais curioso que as entrevistas permitiram perceber foi a diferenciação entre loucura e transtorno psíquico. Boa parte dos entrevistados deixou a entender que todo transtorno pode vir a ser loucura, embora nem sempre isso tenha de ocorrer. O transtorno, como tentei demonstrar no último tópico, é produto da fraqueza individual, podendo estar ligado a uma carência que impediu o ator de construir uma defesa contra os desafios da existência, um infortúnio ou mesmo uma degeneração hereditária. O transtorno está ligado a conduta dos indivíduos face à vida e sua dificuldade de encaixe e de sua formação enquanto ator social (JODELET, 2015; GOFFMAN, 2011).

As entrevistas analisadas parecem apontar para ideia que um transtorno mental é um mal corrigível e superável, inclusive por recursos não medicamentosos. O transtorno mental é um sofrimento que desloca a pessoa do normal em um grau que não necessariamente a leve a ser considerada uma pária social, o que não quer dizer que não haja estigmatização ou consequências para sua sociabilidade, mas que para tais pessoas é mais fácil ocultar sua condição, bem como superá-la de alguma forma, assim, mesmo que alguém com transtorno seja reprovável, pois não é normal, ele ainda é quase normal. A loucura, por sua vez, é o mal incorrigível, a descompensação que deve ser contida e o louco aquele que deve ser controlado de toda forma, sendo, ao que parece, a medicação a forma mais humana de controle.

1. O transtorno mental e a pessoa com transtorno

Um primeiro ponto a ser ressaltado foi a ocorrência, em alguns casos, da equivalência entre o termo transtorno mental e loucura. Aparentemente, para alguns entrevistados, a fronteira que dividiria alguém com problemas de saúde mental e alguém realmente louco é cinza e difícil de demarcar, dependendo de uma análise que necessita conhecer um pouco mais a biografia da pessoa em questão. Apesar disso, foi possível perceber que, na maioria das argumentações, os dois termos representavam coisas diferentes, embora invariavelmente

ligadas. Alguém com transtorno poderia vir a se tornar louca, mas certamente isso não é uma regra, conforme o entendimento dos entrevistados.

Diante disso, enquanto termos analíticos, resolvi dividi-los em duas categorias. A divisão justifica-se porque, na maioria das falas, expressões como “problema de saúde mental”; “transtorno do sono”; “depressão”; “ansiedade” ou qualquer outra parecida não estavam ligadas necessariamente ao afrontamento das regras sociais de maneira intensa, mas a um estado de sofrimento largamente tratado por meios medicamentosos. Neste contexto, para a maioria dos entrevistados, os usuários sofriam e fracassando no lidar com seus sofrimentos acabavam por ter problemas mentais. Eles não eram “pessoas normais”, mas também não eram encaixados como loucos de fato, como deixam claro as seguintes falas:

- *O que tu entende por saúde mental?*

- É porque... assim, tem várias etapas, né? Tem aquelas pessoas que são realmente doente mentais. Eu tenho esquizofrenia na minha área e tem outros que tomam medicação por causa de transtorno do sono, que é tratado como saúde mental também, mas é diferente, né?

“L”, agente de saúde

- *[...] Tem um tipo realmente que é saúde mental e tem aquele tipo de pessoa que tem depressão, né?*

“M”, agente de saúde

Como se percebe, não necessariamente quem tem depressão, ansiedade ou algum transtorno de sono é louco. A loucura é algo pior do que o transtorno e quem possui algum tipo de desordem mental não necessariamente a manifesta, apesar de correr o risco. Pude perceber, portanto, que na prática profissional existe, mesmo que de forma irrefletida, uma espécie de divisão entre os usuários da atenção básica. Tal divisão constituía-se não necessariamente pelo uso ou não de medicamentos, embora a possibilidade de passar um tempo sem utilizá-lo fosse um critério para a distinção de acordo com alguns trabalhadores.

Se o medicamento por si só ou mesmo a falta dele não é a única variável explicativa dessa divisão, qual seria a característica central que serviria de critério? O que a figura do “esquizofrênico” e do “realmente com problemas de saúde mental” evocam na reflexão dos

trabalhadores da atenção básica? A resposta está não somente no uso de psicofármacos e na clara marca que o psicotrópico atribui ao seu usuário, se encontra também na conduta dos atores sociais e não somente das pessoas com transtorno, mas nos profissionais e na comunidade, como a fala abaixo sinaliza:

- - *Você acha que essas pessoas têm transtornos? Essas pessoas que tomam esses remédios para insônia?*
- *Não. Fora Seu A., que é um paciente específico na minha área, as pessoas não têm transtorno, até porque são pessoas que lidam muito bem com a família. É aquela questão que eu já falei [...] por conta de falta de dormir a maioria toma por questão disso, entendeu?*

“A”, agente de saúde

A rotulação de alguém como louco ou a definição da loucura não está somente na constatação da existência de algum tipo de sofrimento ou de uma realidade clínica que legitime ou administre o consumo de medicamentos, mas também está em uma percepção relativa a conduta das pessoas com algum transtorno. Mais do que ser menos normal, mais do que possuir um comportamento levemente desencaixado, o louco é um infrator que executa um ato desviante intolerável. Assim, para que a loucura seja entendida como tal se depende da reação das pessoas, pois o que torna um transtorno mental loucura não é sua definição pura e simplesmente, mas sua identificação como desvio. Neste sentido, as palavras de Becker (2008, p. 25) se aplicam bem e podemos afirmar que, no que também toca a loucura, “devemos reconhecer que não podemos saber se um dado ato será categorizado como desviante até que a reação dos outros tenha ocorrido”

A distinção criada pelos trabalhadores, na minha perspectiva, aponta para um arranjo onde, na falta de uma formação sólida, há uma tendência de ler as situações dos problemas mentais levando em consideração outros componentes do *estoque de conhecimento* correspondentes a perspectivas distantes daquelas encontradas nos documentos oficiais. Com isso, os trabalhadores orientam suas condutas de forma que paradigmas oficiais e outros esquemas e modelos se mesclam, produzindo interpretações plurais, contraditórias e também invocadoras de representações sociais sobre a loucura enraizadas no imaginário social.

Com isso, constitui-se uma gramática interacional que, regendo as relações entre usuários e trabalhadores, permite aos segundos evocar os estereótipos do louco e criar uma divisão ambivalente dos pacientes por meio da rotulação bem-sucedida do desvio. Consequentemente, essa qualidade relativamente volátil torna o entendimento das estratégias de cuidado complexo e aponta para uma realidade onde o estigma, enquanto reação ao desvio, se apresenta granulado, às vezes mais intenso, outras menos, mas ainda assim presente, mesmo que não percebido, conforme veremos adiante.

2. A Loucura e o Louco

Se o transtorno pode se tornar loucura, mas não necessariamente é, o que o torna loucura então? De forma resumida, a loucura para os entrevistados se apresentou como um comportamento explicitamente desafiador da ordem social, que reforça estereótipos negativos presentes no imaginário definidor da figura do louco. Ao que parece, a deficiência do conhecimento formal sobre transtornos mentais e cuidado à saúde mental deram espaço para que os atores sociais respondessem aos desafios do cotidiano por meio de um conjunto de conhecimentos que misturam o pouco da formação que tiveram com os estereótipos tradicionais associados ao louco.

Desse modo, qualquer conduta que se enquadre como um ato diferente, uma conduta perigosa, imprevisível ou mórbida se mostraram fundamentais para se fazer a distinção entre aqueles que possuem transtorno e aqueles que são loucos. Levando isso em consideração uma das primeiras imagens invocada como um critério de distinção é a imagem da violência:

- - *O que caracteriza a loucura?*
 - *Quando vem agressão, quando não quer te ver [...] Então, eu acho que seja loucura quando a pessoa não quer se cuidar ou fica agressivo por algum motivo ou tem algum distúrbio que não reconhece as pessoas.*

“A”, agente de saúde

- - *[...] são pessoas que tem aquela crise, que fica agressivo, não tem noção do que faz. Eu tive vários casos desses na minha área. Já tive uma paciente que passou dois anos internada na Tamarineira, em Recife. [...] transtorno mesmo.*

“L”, agente de saúde

A imagem da violência não vem sozinha, mas é acompanhada pela imagem da desconfiança:

- - *Qual a dificuldade de trabalhar com pessoas com transtorno?*
 - [...] *a dificuldade é aquela coisa, que tem hora que você não pode confiar bem neles. Tem hora que eles estão muito amigáveis, tem hora que eles não estão amigáveis com a pessoa. Qualquer coisa eles se irritam, ficam irritados e agressivos. Até verbalmente, em palavras, eles são agressivos.*
- “J”, agente de saúde*
- - *O que é que causa a loucura?*
 - *O que causa? Porque tem assim, tem o esquizofrênico, né? Tem a esquizofrenia [...] o louco mesmo, que realmente precisa de medicação. E eu não tenho isso. Eu não trabalho com esse tipo de pessoa, né?*

“R”, agente de saúde

Sentimento de temor relativo a potencial violência e a sensação de desconfiança não se apresentam sem que haja uma justificativa no discurso, ou seja, algo enraíza nas mentalidades essas emoções direcionadas aos usuários. Conforme a análise desenvolveu-se, foi possível perceber que o perigo e a imprevisibilidade que acompanham a imagem do louco relaciona-se com entendimento da loucura enquanto falta radical da razão. Quem toma medicamento, deste modo, não pode ser considerado automaticamente louco porque só será visto assim caso alguma de suas atitudes apontem para a falta da razão. A loucura é sempre contextual. Todavia, vale ressaltar, que o medicamento é um sinal ambivalente, pois pode ser interpretado como a última âncora da razoabilidade. O louco, por conseguinte, não tem discernimento, nem autocontrole e está alheio a razão, como demonstra a fala de alguns agentes de saúde:

- *[percepção sobre usuários atendidos] Na minha área tem dois casos, pessoas loucas mesmo. Se você disser que isso aqui é água, eles não sabem que isso aqui é água. Tem um que não fala de jeito nenhum. É louco, louco, [...] E o outro ele fala, só que ele só fala besteira. Só em olhar para ele, você já sabe que é louco mesmo. (risos) Mas, fora isso, são pessoas que são acompanhadas por medicação controlada, por depressão, essas coisas...*

- - *O que é a loucura?*

-É a pessoa que tá fazendo uma coisa que não tá em si, né? Não sabe o que tá fazendo. [...] a saúde mental mesmo é pessoas que já vem com problema de transtorno, assim, que não sabe o que tá fazendo. Pode até matar e não ter noção, não sabe o que tá fazendo.

A concepção do louco como alguém sem razão aponta para uma compreensão asilar da loucura semelhante aquela presente entre os alienistas do final do séc XVIII e início do séc XIX, discutida por Castell (1978). O transtorno mental, se não tratado, superado ou controlado, leva a insensatez e ao comportamento incivilizado, dado por decorrência da alienação das faculdades da razão. Neste sentido, conforme apontam os trechos em destaque, a identificação do louco como aquele que apresenta falta da razão se dá pela quebra radical das regulações sociais, seja na inabilidade de sustentar encontros ou pelo descontrole violento. Independentemente se as situações foram pontuais, existe a possibilidade do ator social ser marcado de forma efetiva e permanente com o rótulo desviante de louco.

- - *O que significa loucura?*

- Eu acho que é quando a pessoa tá descontrolada. [...] porque tem um tipo que realmente é saúde mental e tem aquele tipo de pessoa que tem depressão, né? [...] Quando você vê que uma pessoa de loucura, ela tá... ela fica... na minha área mesmo tem uma pessoa que tem esse problema, ela fica nua, ela se corta, ela sai a noite, não tem medo de nada.

“M”, agente de saúde

O retrato que é pintado do louco e a imagem que se sustenta da loucura impactam de maneira profunda o exercício profissional desses trabalhadores e consequentemente a realidade dos usuários. Na distinção entre aqueles que são quase loucos e aqueles que são loucos mesmo, se exercita a lógica asilar que expusemos na discussão teórica, neste sentido, os descontrolados e verdadeiramente loucos são um tipo de gente que não se quer ter por perto, mesmo que se tenha que cuidar deles. Eles devem ser contidos, controlados, pois, a loucura se desenvolveu ao ponto do *self* degenerar-se de tal forma que, nas palavras de um

dos entrevistados, “[...] termina acontecendo de tomar medicação controlada, fica em certas condições que não possa até viver em comunidade, em sociedade”.

Como se pode perceber, ao menos em parte dos trabalhadores, especialmente os agente de saúde, a distinção entre transtorno e loucura, bem como a sustentação de uma imagem negativa da loucura opera uma divisão moral entre os usuários, apontando a existência do estigma profissional. Essa divisão moral se configura em um entendimento, muitas vezes não irrefletido e naturalizado, que existem usuários inaptos a viver em sociedade e existem aqueles capazes disso, como o trecho abaixo deixa explícito:

- - *Loucura? Todo aquele ser humano que não consegue viver dignamente numa sociedade e com tudo ao seu redor.*

“J”, agente de saúde em Agrestina

Todas as características identificadas, de acordo com a teoria já discutida, contribuem para os processos de estigmatização e reforçam minha argumentação sobre o estigma em ambientes profissionais. As falas que ligam os transtornos mentais à violência reforçam o estigma porque a ideia de periculosidade fortalece um entendimento de ameaça potencial e intrínseca do louco, que, aliás, não condiz com a realidade, já que o número de pessoas com transtorno mental que cometem crimes é baixíssimo (SCHEFF, 1984; HINSHAW, 2010).

Aquelas que versam sobre a imprevisibilidade e a quebra das normas sociais indicam o medo que os atores sociais possuem da ruptura da tessitura social sustentadora do mundo cotidiano e da atitude natural por comportamentos perturbadores. Portanto, me parece que na falta de um referencial que possibilite um “trato seguro” com pessoas com transtorno mental, o estigma pode ser pensado como um recurso para a preservação da estabilidade, uma resposta para a sensação de temor e perigo que pessoas consideradas bizarras tendem a causar (HINSHAW, 2010).

O Transtorno Mental como um Desequilíbrio Biopsicossocial

A última concepção de transtorno mental encontrada explicitamente, mas somente em uma única entrevista feita com uma enfermeira, aproxima-se daquela sustentada pelas diretrizes oficiais e compreende de forma sistêmica os transtornos mentais. Embora o elemento da desorganização ao modo de vida - uma referência clara às normas sociais -

permaneça como critério fundamental para a identificação da loucura, a fala ainda assim foi a que apresentou a definição mais complexa de transtorno mental:

- - *O que é transtorno mental? Loucura?*
 - *Num ponto de vista mais amplo, eu acho que é uma descompensação biopsicossocial. Ela atinge tudo. Porque quando atinge o psíquico, vai atingir o biológico e o social, o convívio dele. [...] esse transtorno tanto pode ser congênito, como pode ser desencadeado por diversos fatos, como perdas, traumas, traumas de acidentes [...] No geral, para mim, é isso. Se vai ter controle ou se vai ter uma cura, aí é uma coisa mais ampla, bem específica da área da psiquiatria. [...] agora que acredito que o gatilho, mesmo a pessoa tendo uma tendência genética, tenha tido pai e mãe depressivos, se isso por si só desencadeia ou se tem um fator externo... eu acredito que o fator externo é primordial, o ambiente que a pessoa vive, essa questão dos traumas e das perdas.*

“E”, enfermeira

Como se percebe, o trecho ecoa um entendimento dos problemas mentais como um fenômeno amplo, que não se limita a uma única dimensão do ser humano, mas o desorganiza em todos os níveis. Neste sentido, o transtorno é um desequilíbrio que articula a dimensão biológica e social por intermédio do psíquico e do simbólico (CAILLÉ, 2003). Tal compreensão, permite uma abertura da terapêutica para outros caminhos que levem em consideração outras formas de cuidado, inclusive, a entrevistada deixa isso claro em outro trecho da entrevista, apesar de reconhecer que em seu cotidiano profissional pouco é feito para que caminhos terapêuticos alternativos ao medicamentoso se tornem frequentes.

A entrevistada também pareceu ser a única mais próxima ou consciente das discussões teóricas sobre a origem e a causalidade dos transtornos mentais, reconhecendo aquilo que já discuti sobre a dimensão biológica do transtorno mental, isto é, a compreensão que os fatores biológicos não são capazes de explicá-los por completo e que o ambiente é um fator importante para o surgimento deles e para uma explicação mais coerente de tais fenômenos (FREITAS--SILVA; ORTEGA, 2016; EATON, 2001). Tal concepção deveria ser uma bússola na maneira como os projetos de cuidado e o entendimento de assistência são construídos, mas a enfermeira não nos apresentou nenhuma argumentação mais direta que fizesse essa ligação.

Curiosamente, mesmo sendo aquela que apresentou uma resposta mais próxima do esperado teoricamente, a entrevistada afirmou que o transtorno mental e suas características são um objeto do saber médico, especificamente da medicina psiquiátrica. Ao fazer isso, apontou que os processos cognitivos que envolvem o ato de rotular, classificar, providenciar explicações convincentes socialmente e de tratamento são um exercício especificamente da médica da equipe. Portanto, a autoridade legítima de determinação do transtorno e de seus aspectos está com os médicos, mesmo que os documentos apontem que a construção da terapêutica e o entendimento dos impactos e desdobramentos do transtorno mental devem ser pensados de forma multidisciplinar. Há, portanto, no sistema médico ocidental ainda uma naturalização do centralismo da administração do cuidado como papel majoritariamente ocupado pelos médicos.

Essa centralização do médico no oferecimento do cuidado é um dado importante porque aponta para uma dificuldade de compreensão da saúde para além das alçadas da medicina. Inclusive, essa centralização fica clara também quando percebemos que a pluralidade de concepções expostas, as quais muitas favorecem a estigmatização, mesmo que oriundas de outros referenciais, não contestam que os cuidados dos transtornos mentais são de alçada médica, independentemente se alguns relatos pareçam indicar que outros saberes podem ser auxiliares no processo. No fim das contas, o processo de engolfamento por parte do saber médico do fenômeno da loucura se deu de maneira bastante eficiente, pois, mesmo que haja uma “aura insólita” que circunda o louco, ainda é a medicina que deve controlá-la e contê-la. Se a desrazão é quase mística, a razão da medicina deve desencantá-la, contendo-a da forma que for possível.

Como se poderá perceber também nas sutilezas do próximo tópico, seja bem ou mal formado, o médico é o responsável pela diretriz do cuidado, com isso, a prática profissional dos outros trabalhadores, bem como a conduta dos usuários está intrinsecamente ligada à ele, de forma hierarquizada. Ao rotular, classificar e providenciar as explicações necessárias, o médico mesmo que busque outros conhecimentos de seu *estoque de conhecimento* que não aqueles ligados ao paradigma atualmente compreendido como correto para o trato dos transtornos mentais, ainda será visto como o principal representante do sistema médico ocidental. Portanto, ele será compreendido como aquele ator que tem o necessário para definir as atividades ligadas ao tratamento, o que também influencia no enraizamento do estigma (SCHUTZ, 1979; KLEINMANN, 1978).

Prática Profissional e Cuidado

As experiências que compõem nossa vida e o conhecimento que acessamos por meio de nossas relações sociais marcam a forma como enxergamos o mundo nos mais variados aspectos. Essa maneira de conceber o mundo nos ajuda a montarmos os *scripts* de ação e conduta, administrando o que é relevante ou não em conformidade com aquilo que o cenário social monta enquanto palco e contexto. Nossa ação se junta com a ação de outros compondo a malha do tecido social que chamamos de realidade. Portanto, todos nós estamos empenhados a sustentá-la em todas as esferas da vida, inclusive no trabalho, cenário onde fazemos a "sociedade caminhar".

No mundo do trabalho, os atores sociais são responsáveis, por meio do seu conhecimento, pela resolução de problemas, contribuindo para o fortalecimento do tecido social, para sensação de segurança e para organização social. O exercício profissional dos trabalhadores da atenção básica é um exemplo disso, todavia, como desejo demonstrar a partir de agora, isso não se dá exclusivamente por meio dos paradigmas inaugurados com reforma psiquiátrica. Os trabalhadores da atenção básica fazem uso de práticas diversas, garantindo uma mescla de perspectivas, inclusive aquelas asilares e estigmatizantes.

O que fiz até o momento nesta análise foi apontar as raízes da prática profissional dos trabalhadores entrevistados e também a discussão teórica que os documentos oficiais sustentam apresentam sobre o trato dos transtornos mentais. Falando resumidamente dessas, o conceito de cuidado que é possível de se extrair de suas linhas se delineia por meio de uma perspectiva de saúde inclusiva do diferente e dignificante. O cuidado preconizado, se aproximando daquilo que pensa Martins (2011), constitui-se de um exercício do fazer saúde que amplia o atendimento médico pela consideração de múltiplos fatores que não só o corpo. Em suma, um dispositivo mediador que envolveria participação solidária na promoção do bem viver.

O SUS, a atenção básica e a reforma psiquiátrica, portanto, advogam uma perspectiva ampla de cuidado, a qual deveria ser o principal guia para a prática profissional dos trabalhadores, mas, como veremos a partir de agora, nas equipes entrevistadas a assistência oferecida não exemplifica esse ideal. A falta de formação dos entrevistados e a dificuldade institucional de promover a educação permanente causam impacto, influenciando negativamente a prática desses trabalhadores e consequentemente o cuidado oferecido à população assistida. Considerando isso, foi possível sintetizar as entrevistas nas seguintes

categorias: *cuidado empobrecido, demanda por cuidado integral e funcionamento precário da rede.*

Cuidado Empobrecido

Denomino cuidado empobrecido todo exercício de cuidado que não leva em consideração que uma doença, síndrome ou transtorno mental possuem dimensões múltiplas, que vão além daquelas biomédicas e perpassam por dimensões experienciais. Geralmente encerrando a enfermidade na dimensão orgânica ou fisiológica, o cuidado empobrecido é o cuidado alheio a dimensão humanística da saúde, portanto, não se entende enquanto mediação, mas se propõe como uma intervenção do médico, ator social ativo, sob o paciente, ator social passivo.

O cuidado empobrecido pode se apresentar de muitas formas, utilizando métodos e instrumentos diversos, bem como pode estar ligado a uma concepção de tratamento/cura específica. Todavia, uma de suas maiores características - se não a maior - é o empobrecimento e/ou negação da subjetividade do paciente. Na contemporaneidade, no que toca aos transtornos mentais, o cuidado empobrecido é acompanhado de um ou mais desses fenômenos: lógica asilar, medicalização da vida e estigma

O cuidado empobrecido foi mais uma das características possíveis de serem observadas na prática profissional e no exercício de cuidado oferecido pelas equipes entrevistadas. Como veremos a partir de agora, ele pode ser identificado em quatro pontos específicos que fazem parte do cotidiano dos trabalhadores, os quais são: *abordagem reducionista do paciente, multidisciplinaridade precária e centralidade da medicação na terapêutica.*

1. Abordagem reducionista do paciente

Um aspecto básico que desenha um cuidado empobrecido é a forma reducionista como um paciente é visto por aqueles que o assistem. A leitura das entrevistas levou-me a perceber que o cuidado à saúde mental não era apresentado como algo feito para além do paciente. Na argumentação dos entrevistados não houve qualquer sinal que indicasse que a assistência era exercido eficazmente em uma perspectiva sensível a sociabilidade dos usuários, levando em consideração ele e aqueles que são de seu convívio.

Além disso, uma desatenção para com a história dos pacientes foi comumente percebida e vale a pena ressaltar que não se trata do não conhecimento de fatos biográficos, mas da ausência de uma escuta atenta aos sofrimentos. Como discutido anteriormente, uma escuta qualificada e uma atenção às sociabilidades são fundamentais para uma compreensão de cuidado mais rica, especialmente na atenção básica onde os transtornos mentais se relacionam com as dores do cotidiano. Não obstante, as abordagens de cuidado vivenciadas pelos usuários demonstram-se alheias a essas características e marcadas por uma espécie de indiferença, conforme a fala abaixo ilustra:

- - *Aí você foi pro médico e o médico fez o diagnóstico em Caruaru, passou o remédio né?*
- *Passou o remédio e disse passou aqui pro posto né?*
- *Aí depois desse remédio que passou pela primeira vez teve outra vez que procurou o médico pra falar do problema ou marcar uma consulta só remédio?*
- *Não a gente sempre procurou.*
- *E o médico só na consulta...*
- *Só falava a mesma coisa só passava a mesma consulta e passava a receita pra comprar o remédio.*

“J”, usuário

- - *A senhora tem dois médicos tem um de Caruaru e tem esse daqui né?*
- *É*
- *[terceira pessoa] mas esse ela só vai quando o remédio termina e não vai pra caruaru pra pegar receita.*

“T”, usuária

Embora não seja possível afirmar diretamente e com plena certeza que este tipo de comportamento é o comum da realidade vivida por todos os usuários nas duas unidades básicas de saúde pesquisadas, especialmente na localizada em Caruaru onde a médica se mostrou preocupada com a abordagem e acompanhamento aos usuários, algumas das situações registradas nas entrevistas nos permitem dizer que existe abordagem reducionista ao paciente:

- *[sobre o cotidiano de trabalho] - o papel do agente de saúde, infelizmente, só é encaminhar para consulta médica. A médica, independente do paciente, ela faz a consulta na casa dele ou então consulta aqui [no posto]. Então praticamente só é medicação.*

“A”, agente de saúde

- *[sobre o cotidiano de trabalho] - [...] Eu pergunto: “J... , passasse? Visitasse? Está precisando voltar para o psiquiatra? A medicação dele como é que está?” [...] A gente tem que ter essa visão. Os que estão estáveis: “tá tomando a medicação direitinho? Como é que tá? Está dormindo?”*

“E”, enfermeira

- *[sobre o cotidiano de trabalho] - [...] tinha um livro aqui que o antigo médico fez que os agentes de saúde renovavam as consultas e ele carimbava e colocava as caixinhas dos agentes e o paciente vinha aqui e só pegava a receita e ia embora, né? Tá sendo o meu maior gasto de energia [...] tentar fazer os pacientes se vincularem na unidade não no sentido de só dessa renovação de receita [...] a consulta é necessária não para gente ver só a questão do transtorno, mas ver o paciente como um todo.*
- É uma questão desse posto ou é um defeito estrutural do atual modelo de atenção da saúde da família, quer dizer, problemas de treinamento, você identifica algum tipo de problema organizacional no ponto de vista da concepção do modelo?
- Eu acho que é um defeito da organização mesmo. Essa ideia de que o posto de saúde está ali para fazer o cuidado do paciente é uma ideia que tá sendo disseminada mesmo, acredito, de 4 anos para cá [...]

“J”, médica

Como se percebe, não parece haver grande interesse pelo cotidiano dos usuários, apenas pelas suas fraquezas e doenças, o que vai de encontro com a perspectiva dos documentos sobre a atenção básica analisados. A abordagem reducionista feita ao paciente indica um exercício profissional alheio aos paradigmas que sustentam o ideal de cuidado à saúde mental como algo amplo. Percebe-se que a prática profissional cotidiana dos entrevistados não é aquela voltada para o acolhimento, integração e ressocialização. Portanto,

não se olha para o paciente como sujeito, mas como receptáculo de uma doença, que passa a ser o real alvo da atenção, inviabilizando a construção de estratégias mitigadoras do sofrimento que a acompanha a pessoa com transtorno.

Nesse processo, um elemento importante, que é o entendimento mais sofisticado de território, não é levado em consideração. Mesmo que as diretrizes da atenção básica deixem claro que o território não é somente uma delimitação em quilômetros de uma região, na prática se ignora que o território possui uma dimensão existencial composta dos espaços e dos processo de circulação das subjetividades das pessoas. Mas, podemos perguntar, o que isso diz sobre o estigma? Em especial sobre a sua possibilidade no ambiente profissional?

A abordagem reducionista dos pacientes perde de vista a compreensão que territórios passam por transformações, mudanças que envolvem as relações que pessoas e grupos estabelecem entre si. Partindo disso, não se percebe que ao se tratar de transtornos mentais, um problema que impacta diversas ordens da existência humana, é necessário levar em consideração a geografia social estruturadora e organizadora da vida de um indivíduo. Não fazer é abrir mão de entender as pessoas com transtorno mental como pessoas, correndo-se o risco de compreendê-las somente a partir do seu transtorno.

Neste sentido, uma abordagem assim é um indicativo de estigmatização, pois, quase como uma adaptação da carreira moral do doente mental exposta por Goffman (1974), tal maneira de olhar o paciente contribui para um quadro de mortificação e reorganização do eu em torno do transtorno mental. Aponta, mesmo que de forma irrefletida, para uma lógica asilar persistente que se manifesta na tentativa de controle e tutela de alguém que é supostamente incapaz, entendimento presente em alguma das entrevistas. Uma abordagem reducionista é um sinal bastante claro do estigma profissional, pois indica que as narrativas das pessoas com transtorno mental não são consideradas significativas por aqueles que deveriam considerá-las uma parte importante do exercício do cuidado (HINSHAW, 2010).

Obviamente, uma abordagem reducionista do paciente também implica em maiores dificuldades em iniciativas de desestigmatização, pois podem significar tentativas de construção de distanciamento social, o que impacta na percepção dos leigos e no autoestigma (LOCH, ROSSLER, 2017). Além disso, denotam uma inabilidade no quesito da competência cultural, que é fundamental para a compreensão de como as pessoas entendem seus sofrimentos e para a fomentação do respeito, bem como aponta para uma limitação no tocante a possibilidade da pluralidade de métodos e tratamentos (HINSHAW, 2010). Fica então uma

questão importante: na falta de diferentes abordagens de tratamento, na presença de uma redução da pessoa ao seu transtorno e da desatenção para com suas narrativas, qual é o principal instrumento de cuidado na prática profissional dos trabalhadores da atenção básica? Como os próprios trechos destacados nesta sessão demonstram, o principal recurso da terapêutica é a medicação.

2. Centralidade Medicamentosa

No marco teórico, eu discuti brevemente a relação entre transtornos mentais e psicofármacos, apontando para como os medicamentos passaram de um instrumental adicional para a verdadeira e efetiva resposta ao problema. O desenvolvimento das drogas ligadas ao tratamento dos transtornos mentais permitiram uma melhor qualidade de vida, mas também significaram o enraizamento dos entendimentos biomédicos na explicação das desordens mentais, mesmo que tal dimensão fosse insuficiente para a explicação do fenômeno. Remédios passaram a ser a resposta para os transtornos mentais, pois, tais males nada mais seriam que uma doença como outra qualquer, possuindo como particularidade sua ligação com as alterações anatômicas, químicas e encefálicas (MILLER, 2014; BEAR; CONNORS; PARADISO, 2002).

A popularização do uso dos medicamentos de forma geral, mas especialmente dos psicofármacos convergem e fortalecem o fenômeno mais amplo da medicalização da vida, isto é, da leitura das experiências humanas enquanto questões médicas. Em minha pesquisa, a centralidade medicamentosa é um exemplo desse fenômeno que não se restringe às problemáticas da saúde mental, mas que com essas se sofisticava e torna-se peculiar na medida que não somente controla transtornos, mas também potencializa felicidade e performance nas mais diversas áreas da vida. A medicalização da vida é parte de uma transformação sociocultural que torna o referencial médico e consequentemente tudo que o orbita como forma “natural” de interpretar e resolver questões e problemas compreendidos agora - ou não tão agora assim - como doença.

Como veremos nos trechos das entrevistas destacados, as dores do cotidiano passam a ser assunto médico, lidas por vias da medicina e entendidas como capazes de serem resolvidas por via medicamentosa. Ironicamente, o sofrimento, enquanto assunto do sistema médico, não necessariamente se torna assunto à ser tratado com o médico. Em outras palavras, o mal estar é interpretado por meio de uma cultura médica, muitas vezes apreendida pelos leigos que

tratam de passá-la adiante uns para os outros. Neste sentido, deseja-se frequentemente o artefato que leva à cura, independentemente da receita prescrita pelo médico. Metaforicamente falando, se quer o milagre, mas não necessariamente o santo.

Portanto, a centralidade do medicamento reforça, nessa conjuntura, a medicalização da vida e também expressa um outro problema derivado que é a medicamentalização, responsável pelo entendimento simplista de que o remédio é o meio mais rápido e eficaz para a resolução de problemas e para o bem-estar. Como os trechos destacados das entrevistas explicitam, o cotidiano da atenção básica orbita na distribuição e uso dos medicamentos como ferramenta mais pragmaticamente mais apropriada:

- *[sobre o uso de psicofármacos] - [...] as outras experiências que eu tive de saúde mental era isso tinha um dia de renovação de receita desses pacientes e que eles iam ali pegar receita e iam embora e não tinha mais outra forma de abordagem [...] vendo o relato, eu tenho certeza que isso não acontece só aqui em Serra Velha, inclusive, agora na educação permanente, a gente começa a conversar com os outros profissionais e a gente vê que é uma rotina basicamente, não posso falar de todos porque não conheço todos os postos daqui, né? Mas, o que predomina é essa forma de abordagem do paciente.*

[...] a maioria das pessoas, principalmente daqui, acreditam que só vão melhorar se usar medicação e não pensam em outras formas terapêuticas [...] a maioria acredita que o medicamento vai tirar ele daquela condição. Muitos aqui usam a medicação, a mesma dosagem há muito tempo e por que o médico falou que ele vai usar pelo resto da vida, ele vai usar pelo resto da vida. Independente de chegar outro profissional e falar que aquele remédio não está ajudando.

“J”, médica

- *[sobre o uso de psicofármacos] - Eu posso te dizer que a maioria absoluta, 80% à 90% , querem remédio. Ele vem aqui procurando remédio [...] Ele não pensam em um psicólogo ou terapia, eles não pensam. Eles não têm essa cultura. Eles querem remédio mesmo. Eles já chegam pedindo mesmo, já chegam pedindo.*

“L.G”, médico

- - *Qual o teu trabalho?*

- *Meu trabalho é: eu vou “e aí tá tomando a medicação? Tá tomando a medicação, tá tomando na hora certa?”, entendeu? Vejo a data que precisa voltar para o psiquiatra, entendeu? Aí é quando eu venho para o pos e a enfermeira faz o agendamento para voltar.*

“A. N”, agente de saúde

- *[...] Eu sempre bato nessa tecla [...] o paciente só deixa para procurar o médico ou uma receita quando o medicamento já está acabando, aí sempre bato na tecla com os agentes de saúde: “fala para eles quando tiver faltando assim 10 comprimidos, 11, 12, já pedir a receitinha. Às vezes ele pode não vir [...] a gente pode não ir naquela área, né? Mas, em cada posto que a gente vai, ele já vê, passa a medicação e encaminha os que necessitam.*

“E”, enfermeira

A centralidade medicamentosa, assim como a redução do paciente ao transtorno, possui um impacto em questões ligadas ao estigma em diversas camadas. Primeiramente, em variadas passagens das falas, o medicamento ocupa o lugar que um dia pertenceu a camisa de força e as correntes, servindo, portanto, de instrumento de controle e contenção. A centralidade medicamentosa, mesmo que não seja percebida assim pelos atores sociais, evoca a imagem do louco descontrolado e perigoso, fazendo do psicofármaco o último baluarte da razão.

Se de um lado é possível afirmar que medicalização da vida torna possível que o psicofármaco seja compreendido como um amortecedor de sofrimentos, não resolvendo o problema, mas atenuando seus desdobramentos ou mesmo uma espécie de pílula mágica; por outro lado, é um recurso de controle, pautado em desejos de manicômio, que tem por finalidade garantir a estabilidade para os sãos que precisam conviver com o perigoso transtornado, como os seguintes trechos apontam:

- - *tu acha que essas pessoas precisam de que tipo de cuidado?*
 - *Assim, é... ser acompanhada realmente pelo médico que se especializou para isso, tomar as medicações direitinho e que a família também possa ajudar, para que aquelas pessoas não se descontrolem ou parem de tomar a medicação.*

“M”, agente de saúde

- - *Como você vê os medicamentos usados por essas pessoas*
 - *Eu acho que é uma ajuda muito grande. Tem uns casos que podem ser diminuídos, às vezes até tirados. MAs acredito que tem casos que não se pode tirar de jeito nenhum*

“M”, agente de saúde

É possível dizer que o medicamento não é só um recurso de controle e uma tecnologia que remete à um conjunto de conhecimentos enraizados em uma concepção específica de tratamento. O medicamento também é um recurso em encontros sociais, um marcador no processo de sustentação da identidade social, se pensamos ele a partir de uma perspectiva goffmaniana. Dessa maneira, assim como ocorre com outros elementos que vão emanar uma carga de informação nas interações, tais como roupas ou tatuagens, o medicamento emite informações de um ator social para outro, independente que se queira ou não ou que se esforce para manter uma imagem específica, pois “[...] qualquer mensagem que um indivíduo envie provavelmente será qualificada e modificada por muita informação adicional que outros recolhem simultaneamente” (GOFFMAN, 2011, p. 25).

Em uma perspectiva clássica, nas interações entre pessoas acometidas com transtornos mentais e aquelas não acometidas, o medicamento pode servir para as últimas como o indicativo da identidade estragada das primeiras. Portanto, tê-lo em mãos ou revelar que se faz uso deles pode significar a frustração dos encontros sociais por meio da perda da fachada, isto é, da imagem que gostaria de se sustentar e consequente sensação de desencaixe. Neste sentido, o medicamento ou a informação do seu uso podem indicar a infração das regras de sociabilidade sustentadas por um grupo.

A infração, por sua vez, pode levar a um desencaixe, na medida que signifique a frustração do que era esperado no encontro. Neste sentido, contrasta-se identidade social virtual e identidade social real, o que leva a pessoa a perder “uma imagem do eu delineada em termos de atributos sociais aprovados” (GOFFMAN, 2001, p. 14), consequentemente

quebrando sua fachada. Com isso, rompe-se o encontro social, pois, a manutenção da fachada é uma condição para a interação social que é o ingrediente fundamental dos encontros (GOFFMAN, 2011). O fiasco do encontro é a porta de entrada para a rotulação e, caso esta seja efetiva, para o estigma.

O uso dos medicamentos e a centralidade medicamentosa ganha ainda mais importância na nossa reflexão porque o estigma vivido por pessoas com transtorno mental é de tipo latente, portanto ocultável. A discrepância entre a identidade social virtual e a identidade social real, princípio do estigma, é possível de ocultação no caso de pessoas com transtorno mental, tornando a manipulação da informação sobre o defeito fundamental. Todos os símbolos de estigma, incluindo o medicamento, que é um deles, devem ser ocultados, mas isso tem um preço. O encobrimento leva geralmente à ansiedade, a vergonha e a uma tensão muito maior do que o normal em relação ao controle dos elementos da situação (GOFFMAN, 2017).

No encobrimento, a administração e eliminação dos símbolos do estigma são fundamentais. Dentre as estratégias, pode haver o evitamento de lugares e ocasiões onde fatalmente ocorrerá problemas ou descrédito identitário. Em uma das comunidades pesquisadas, por exemplo, durante algum tempo o atendimento e entrega de receitas eram feitos em um dia específico da semana, o qual ficou conhecido como “o dia do doido”, o resultado não poderia ser outro se não a delegação, por parte de quem tomava psicofármacos, à terceiros da visita ao posto, uma clara estratégia de manutenção da identidade social, na medida que “outros julgam os indivíduos socialmente pela companhia com a qual ele é visto [...]” (GOFFMAN, 2010, p. 117). Mas esse não é o único relato de como o medicamento serve de símbolo de estigma, conforme pode-se perceber logo abaixo:

- *Tinha um jovem na minha área... escondia que tinha problema [...] tomava duas medicações a noite para dormir [...] e no correr do dia. Ele saía para festinha, chegava lá:*
“tu vai beber?”
“não... quero não”
“tu tá tomando remédio controlado?”
Vai para um ambientezinho que tinha bebida de álcool, oferece duas ou três vezes e a pessoa rejeita:

“Tá tomando remédio para tu tá rejeitando?”

Aí, esse rapaz bebia para a sociedade ver que ele não estava é tomando medicação nenhuma

“J”, agente de saúde

A centralidade medicamentosa, portanto, é um agravante das situações de estigma e não corresponde aquilo que se espera, isto é, uma melhora do indivíduo com transtorno mental que se traduzirá na sua normalização. Se ela permite o controle das crises, a contenção da loucura, tal forma de cuidado é incapaz de atuar em um elemento agravador do próprio transtorno, que é a sensação de desumanidade que muitas pessoas que possuem um transtorno e tomam medicação experimentam, como o relato abaixo deixa claro:

- *Ela se acha que é diferente porque ela toma medicação para fazer um tratamento. Ela se sente, sei lá, “ah, eu sou louca e num sei o quê”*

“A. N”, agente de saúde

Ironicamente, no entanto, no meu campo, o medicamento não somente apresentou essa característica clássica, mas mostrou-se como algo liminar. Os psicofármacos não se apresentaram somente como um indicativo da identidade deteriorada dos atores sociais, eles também se apresentaram, em um caso específico, como um elemento normalizador. Essa normalização só foi possível na medida que todos os moradores de um determinado local faziam uso de medicamentos, como fica claro abaixo na fala de uma das agente de saúde:

- - *O pessoal tem preconceito?*
 - *Não, na minha área, não.*
 - *Você mora aqui?*
 - *Moro na minha área*
 - *Não tem comentário? Aquele fulano...*
 - *Não. Até porque o lugar que eu vou, a maioria ali é tipo, vamos dizer uma vilinha, todos aqueles ali tomam. Todos. Quase uma família só.*

Tal como qualquer ato desviante, usar um psicofármaco só pode ser considerado um desvio social e um símbolo de estigma se aqueles envolvidos na situação aplicarem o rótulo de forma bem-sucedida. Neste sentido, se Goffmann estiver correto na sua maneira de compreender o *self*, isto é, enquanto algo relacional e produzido de maneira interacional e não isolada, é preciso compreender que um mesmo caractere pode servir, conforme a situação, de elemento normalizador ou símbolo de estigma, conforme demonstra outro trecho da entrevista citada anteriormente:

- - *E como é o perfil dos usuários que tu atende?*
- *A maioria dos meu realmente, é porque assim, se eles ficam sem tomar eles ficam como se fala, quase loucos. É uma coisa fora de... o médico, quando a gente vai, ele diz: “pronto, hoje eu só levo receituário azul, porque ali ninguém pede outra coisa”*

“A. N, Agente de Saúde

Não entender esses nuances interacionais por falta de um repertório capaz de despertar uma sensibilidade acurada para o significado social do remédio, ao meu ver, é um fator contribuidor da estigmatização dos indivíduos com transtorno mental, na medida em que impede o trabalhador de compreender o aspecto informacional do medicamento, bem como reforça por esse mesmo aspecto informacional os estereótipos que sustentam seus preconceitos. Sociologicamente falando, mais do que um recurso para o tratamento químico de uma “doença”, um medicamento possui propriedades interacionais que impactam a maneira como grupos sociais se veem e são vistos, o que pode implicar no agravamento dos sofrimentos ligados ao transtorno, dependendo da situação.

Por fim, duas outras consequências merecem ser citadas, mesmo que não venham a ser trabalhadas por questão do meu recorte: a dependência que o uso longo e frequente dos medicamentos ocasiona e o “tráfico” de psicofármacos. A centralidade medicamentosa criou um quadro de abuso de medicamentos sério nas comunidades dos entrevistados que dificilmente será resolvido de maneira simplista, cabendo as equipes fazerem o que podem para administrar a situação. Paralelo a isso, os usuários construíram espontaneamente um verdadeiro sistema de acesso e distribuição de medicamentos por meio das suas configurações reticulares, reforçando a interpretação do psicofármaco como a pílula resolvedora de problemas, conforme os trechos deixam claro:

- *[falando sobre uso de medicamentos] - até na minha área já aconteceu caso de morrer um parente, de se estar nervoso, aí a vizinha: “ah, tá sem dormir? Toma esse comprimidinho” e aí já causa a dependência. Vai tomar, vai dormir e vai achar que aquele problema vai resolver e vai ficar dependente do remédio. Vem para o médico, chega na médica e diz: “eu preciso que você passe tal remédio para mim” e o médico não sabe, pensa que já foi avaliado vai e passa.*

“B”, agente de saúde

- *[falando sobre uso de medicamentos] - Já cheguei aqui com um monte de gente dependentes de fato, entendeu? Já cheguei aqui com um monte de gente tomando remédio de longa data e a gente fica com dificuldade de tirar o medicamento. Tenta tirar e a pessoa fica desesperada, agoniada.*

- Usa mais tempo do que precisa?

- Com certeza. Usa muito mais, por conta própria. Às vezes conseguiu não sei como, clandestinamente, né? Não vem ao médico e fica usando durante anos. E quando a gente tirar, não consegue. Aí o psiquiatra pede para ficar mantendo, uma dose baixa, mas manter.

“L. G”, médico

Demanda por um Cuidado Integral

Embora impossível de negar que o cenário de minha pesquisa seja marcado por uma perspectiva de cuidado empobrecido, não se pode afirmar que não haja uma percepção e uma demanda pela superação desse tipo de abordagem de cuidado e de suas consequências. Não se trata, portanto, de uma não percepção de determinadas possibilidades, ao menos em alguns dos casos, mas sim de uma falta de ferramentas para implementação de uma perspectiva de cuidado mais ampla. Em outras palavras, existe a consciência da dificuldade que inerente ao serviço de assistência às pessoas com transtorno mental, mas a carência de maneiras de formas de atenuá-la.

Consequentemente, o meu campo de pesquisa se apresentou como complexo e por vezes contraditório. Práticas de cuidado empobrecidos se misturam com iniciativas e compreensões que se opõem a elas. Trabalhadores que desejam ver estratégias mais amplas de cuidado serem postas na prática, reproduzem reducionismos, se orientam e reforçam estereótipos, bem

como naturalizam hierarquizações. Diante de um contexto como esse, uma pergunta paira no ar: quais são as razões dessas contradições?

Em minha perspectiva, as práticas comuns são embebecidas de “boas razões” que as justificam, ou seja, se faz uso do medicamento ou de uma determinada abordagem porque os fins justificam esses meios. As razões, como não era de se surpreender, advêm de referenciais outros que não aqueles que sustentam as diretrizes atuais de cuidado. Como perceberemos nos tópicos deste eixo de análise, o cenário no qual a pesquisa foi feita não pode ser pensado como algo preto e branco, mas como algo cheio de nuances acinzentadas, onde convicção e prática nem sempre concordam entre si.

Há, dessa maneira, na disposição de um repertório diverso de significações, um conflito representacional e uma mistura de paradigmas na operacionalização da conduta social. Assim, ao mesmo tempo que um entrevistado relata toda sua prática de cuidado centrada no uso da medicação, afirma também que o medicamento não é suficiente e pode se mostrar como um elemento negativo no cuidado. Portanto, o entrevistado se comporta e conduz a prática como se o medicamento somente fosse o suficiente, mesmo sustentando uma compreensão que contradiz isso. Ao que parece, o entrevistado não toma sua compreensão crítica ao uso do remédio como orientação de sua prática porque não consegue percebê-la como um instrumento ao “alcance de suas mãos”.

Obviamente, a raiz desse problema é o itinerário formativo desses trabalhadores, como tentei demonstrar no primeiro eixo. Fica agora a questão: o que está imbricado com o cuidado empobrecido? Isto é, o que também se sustenta no cotidiano desses profissionais que vai em contramão a isso? A resposta é uma consciência da demanda por cuidado integral, a qual foi de ser percebida por mim nos seguintes pontos que serão abordados agora: *cuidado como algo além da medicação; necessidade de cuidado multidimensional e proximidade como elemento fundamental*.

1. Cuidado como algo além da medicação

O primeiro sinal de uma espécie de consciência sobre as faltas da prática de cuidado exercida pelas equipes entrevistadas são as diversas considerações feitas por parte desses profissionais em relação ao uso do medicamento enquanto ferramenta terapêutica. Existe uma espécie de impressão que o medicamento não é o único caminho, muito menos o melhor caminho em parte dos casos. Se existe, em especial entre os médicos e enfermeiros

entrevistados a percepção da medicalização enquanto problema fomentador de uma cultura do medicamento, há também, em graus de discernimento variados, um germe de um entendimento mais complexo sobre as possibilidades de outras abordagens de cuidado, como é possível de se perceber logo abaixo:

- *[falando sobre uso de medicamentos] - A medicalização é um fenômeno que aconteceu que é permanente [...] eu acho que a gente está caminhando para modificar um pouquinho quando a gente fala de práticas integrativas, quando a gente da unidade de saúde acredita em outras formas de tratamento também consegue passar isso para a comunidade, possa modificar um pouquinho essa história de que o centro do tratamento é o uso da medicação.*

“J”, médica

- - *Eu queria saber tua visão sobre os medicamentos.*
- *Minha visão, assim, infelizmente, eu tenho uma visão um pouco negativa. Assim, uma vez que um paciente psiquiátrico inicia uma medicação psiquiátrica, geralmente, ele vai manter essa medicação a vida inteira dele ou essa ou outra [...] aí é uma coisa que eu vejo como uma coisa sem volta. A medicina está sempre avançando, cada dia novas pesquisas, novas medicações. Mas é bem séria essa dependência química de medicação psicotrópica, é dependência mesmo. Eu acho bem triste.*

“E”, enfermeira

- - *A senhora acha que poderia ter outro tipo de tratamento diferente fora o remédio?*
- *Eu acho que devia assim, um acompanhamento maior de médico, pessoas assim, capacitadas para conversar, orientar e ver se aquele paciente pode aos poucos, ir diminuindo aquela quantidade de medicamento ou se pode até chegar um ponto de deixar de tomar.*

“B”, agente de saúde

As falas indicam que mesmo com a utilização do medicamento sendo predominante há uma constatação, às vezes mais elaborada, às vezes menos, que o entendimento da clínica onde o remédio se ancora não é o suficiente para lidar com os transtornos mentais. Palavras como “conversar”, “orientar”, “práticas integrativas” apontam para a insuficiência de um cuidado que divide “doença” e “doente”, que coloca o usuário entre parênteses, no lugar da passividade. De maneira paradoxal, os entrevistados nos deixam entender, embora isso não esteja explicitamente exposto, que a prática de um cuidado empobrecido convive com uma espécie de entendimento de que a melhor maneira de se entender saúde, doença e cuidado é de forma relacional.

Dessa maneira, em minha interpretação, existe uma semente dentro das equipes entrevistadas, mesmo que não enraizada por meio da formação, de uma compreensão do cuidado enquanto prática relacionada a existência de vínculos e a escuta, isto é, um cuidado e mesmo uma cura que perpassa por simbolizações do sofrimento e de inter-relações que ligam os indivíduos. Todavia, essa semente não é o suficiente para romper com a prática de um cuidado empobrecido, ancorado na medicação e fechado a subjetividade como elemento importante da constituição da cura/resiliência. Inclusive, parte dessa insuficiência não está somente em dificuldades mais estruturais da assistência ou na conduta profissional dos trabalhadores, manifesta-se também na própria resistência dos usuários.

De toda forma, mesmo que a realidade clínica dos transtornos mentais no sistema médico ocidental ainda presente, graças a formação empobrecida dos profissionais e trabalhadores inseridos no sistema, um tom bastante marcado por cores desumanizantes, as entrevistas apontam sinais de que os trabalhadores lampejam uma compreensão de que a saúde e o seu trato não podem ser resumidas a uma técnica amparada na racionalidade instrumental manifesta no uso de medicamentos (KLEINMAN, 1978; MARTINS, 2003). Contudo, estar ciente não é o suficiente, necessita-se de uma articulação prática que quebre com a lógica medicamentosa, algo que constatei como deficiente em meu campo.

Não obstante, pensar o cuidado para além da medicação é um começo e um importante fator para a possibilidade de promoção de uma agenda de superação do estigma, pois permite, na recuperação do simbólico como parte do experienciamento da terapêutica, trabalhar tanto a competência cultural quanto modelos alternativos de tratamento. O cuidado para além da medicação é aquele que transcende o remédio pelo remédio e se ampara na relação de confiança recíproca, na atitude de fé e no clima de afeto profundo entre equipe e

usuário. Em outras palavras, até mais poéticas, é o processo de desatar nós por meio da experiência vivida, ou seja, por instrumentos terapêuticos horizontalizados, não somente centrados na figura do médico e uma sensibilidade aos repertórios culturais e sua capacidade de promoção de bem-estar.

Em minha perspectiva, o que falta não é a potencialidade, mas a instrumentalização da concepção do exercício do cuidado para além da medicação na prática cotidiana do trabalho que, como alguns relatos apontam, não são entendidos como parte da função da equipe. Tomando isso em consideração, no próximo tópico será alvo de minha análise o desdobramento da constatação do cuidado como algo além da medicação, isto é, o que significaria, como se daria e por quais razões não se consegue suprir a *necessidade de cuidado multidimensional*.

2. *Necessidade de cuidado multidimensional*

Se há um entendimento que a medicação enquanto cuidado não é suficiente, existe, portanto, uma compreensão da necessidade da ampliação do cuidado para outros tipos de intervenção que não somente aquela feita por vias químicas. Aliás, se há o entendimento da insuficiência medicamentosa há também uma semente de compreensão sobre o cuidado como algo além do controle. Neste sentido, alguns questionamentos são instigados: o que deveria ser, ao menos, atrelado a medicação? Como ou por quem esse cuidado deveria ser feito?

Sobre o primeiro questionamento, fica claro que as equipes entendem que o cuidado ideal não pode ser aquele reduzido a esfera biomédica, circunscrito ao indivíduo enquanto organismo biológico, mas deve se ampliar para outras dimensões do ser humano, se configurando como um cuidado humanista, como é possível ver nas falas abaixo:

- *[sobre outras possibilidade de tratamento] Se abrisse um local para ensinar essas pessoas a bordar, pintar, fazer alguma coisa. Eu acho que assim, tanto ia usar como terapia ocupacional como ia mudar a vida delas. Elas iam se sentir úteis na comunidade, iam se sentir acolhidos. E eu acho que iria melhorar bastante.*

“L”, agente de saúde

- *[sobre outras possibilidade de tratamento] Eu acho que ajuda. É tratamento. Ajuda. A partir do momento que o paciente conhece, tem conhecimento [...] eu acredito que eles auxiliam o tratamento e às vezes acho, do meu ponto de vista, que esses tratamentos adjuvantes podem evitar o uso de uma medicação mais séria, controlada [...] Não quer dizer que não vá precisar que o médico prescreva alguma coisa. A gente não tá querendo dizer isso. Mas, que auxilia. Terapia floral, acupuntura, medicações homeopáticas, eu acho tu associado ótimo. Caminhar é a melhor terapia. Terapia ocupacional, fazer o que se gosta um crochê. Tudo auxilia no tratamento psiquiátrico.*
“E”, enfermeira

Os trechos citados, me parecem apresentar uma compreensão mais sofisticada de “cura”, embora nem sempre fruto de reflexão acurada. Sofisticada porque não a compreende como somente física, orgânica e neuroquímica, mas como social também. Neste sentido, os trabalhadores apresentaram um entendimento de cura como “um processo que se refere ao corpo físico, mas igualmente ao corpo social e, mediante a esse, dirige-se às representações psíquicas e emocionais dos indivíduos e grupos” (MARTINS, 2003, p. 206). Assim, se percebe um pensamento da saúde mental como um fenômeno integral que só pode ser cuidado plenamente a partir da diversidade disciplinar, conceitual e política (MARTINS, 2003).

Aqui, inevitavelmente, nos confrontamos com a segunda questão, isto é, pergunta sobre de quem deveria ser a responsabilidade de implementar esse cuidado integral. Tal questionamento é provavelmente a raiz do paradoxo entre um cuidado empobrecido e a consciência dos trabalhadores da necessidade de um cuidado multifacetado na assistência ao usuário. A convivência dessas duas percepções contraditórias está entranhada na falta de formação dos trabalhadores, que limita a equipe de se ver como um grupo detentor de múltiplo saberes e de se verem, ao menos em sua maioria, como capazes de despertar na comunidade suas potencialidades de fomentação de resiliência. Mesmo no caso do reconhecimento das potencialidades da comunidade e da compreensão que o cuidado não deve se limitar ao medicamento há uma dificuldade de construção de estratégias, como aponta a fala abaixo:

- *Eu ainda não consegui ter ideias para isso, de pensar no grupo de saúde que não fosse o foco de saúde mental que falasse sobre outras coisas para entrar nisso. Já pensei, mas não se concretizou sabe? [...] eu ainda não consegui brecha para conseguir colocar o estudo em prática assim. Pelas conversas que eu já tive com a população [...] é uma comunidade que tem muito potencial no sentido de se autocuidar mesmo.*

“J”, médica

A falta de reconhecimento da potencialidade comunitária ou a dificuldade de implementação de um cuidado mais amplo, inclusive explorando essa potencialidade, possuem como consequências frequentes a transferência para outros profissionais da melhoria do cuidado e o reforço de uma perspectiva centralizadora do cuidado no médico. Mesmo que não haja obstáculos para a sensibilidade dos trabalhadores de perceberem que o que é feito é o que se pode e não o que é ideal, constrói-se um olhar estreito sobre a prática de assistência na atenção básica, que impossibilita que eles imprimam seu exercício das características necessárias para um cuidado humanizado. Com isso, a transferência da atribuição da oferta de um cuidado integral para um profissional capacitado é consequência mais comum:

- *[sobre tratamento não medicamentoso] Eu acho que devia assim... é... ter um acompanhamento maior de médico, pessoas, assim, capacitadas para isso aí [...]*

“B”, agente de saúde

- *[sobre a relação entre saúde mental e atenção básica] Assim, contemplaria melhor se tivesse um profissional psiquiatra que desse um suporte maior, seria uma coisa mais completa.*

“E”, enfermeira

Obviamente o problema não se concentra apenas em itinerários formativos. Há questões estruturais que não podem ser ignoradas, as quais reforçam e contribuem para esse quadro. A saúde mental enquanto objetivo de uma prática requer dedicação e empenho intenso por parte das equipes e as entrevistas apontam para precariedade do exercício do trabalho em diversos âmbitos. Há um baixo prestígio profissional para aqueles que trabalham na atenção básica, quando se compara a outras ocupações na área de saúde, materializado especialmente

na condição salarial, existe um conjunto de dificuldades relacionadas ao próprio cenário onde as equipes estão lotadas e também uma inegável realidade de sobrecarga profissional. Como o trecho destacado abaixo permite inferir, o trabalho passa a ser quase sacrificial, uma espécie de doação:

- *[As peculiaridades do cuidado e do atendimento de saúde mental] a questão da saúde mental é uma coisa que a gente não fica restrito só no paciente [...] a gente tem que conseguir identificar a rede dele, adentrar muito mais na questão do conhecimento da família mesmo e a gente acaba, eu acho, tendo que doar muito para tentar fazer esse acompanhamento, para tentar resgatar o que algumas coisas desse paciente provocaram esse transtorno. Eu acho que é uma demanda maior para você [...] um cuidado maior em relação a esse paciente, normalmente envolve mais outras pessoas da equipe [...] eu vejo que a saúde mental demanda outros elementos da equipe.*

“J”, médica

Todos esses elementos citados se não originam, reforçam situações de estigmatização. Excluir, abordar com indiferença ou construir abordagens de assistência menos custosas, no tocante a dedicação, do que se esforçar no exercício de um cuidado mais humano é reflexo do despreparo de quem diante de um grande desafio não sabe o que fazer. Uma formação desfalcada e um ambiente de trabalho desafiador são fatores de estresse e adoecimento, elementos que impactam negativamente na qualidade do trabalho. Embora perspectivas humanísticas sejam pedras angulares de uma saúde de qualidade, elas sozinhas não resolverão o problema, em especial da estigmatização. Em suma, como já apontamos no capítulo teórico, a resolução da estigmatização depende de intervenções multifacetadas, inclusive aquelas voltadas para melhoria das condições de trabalho (HINSHAW, 2010).

3. Proximidade como elemento fundamental

No meio dessa mistura de percepções e vivências, é possível apontar ainda que alguns dos funcionários sustentam como elemento fundamentador de um cuidado qualitativamente mais positivo a proximidade com os usuários. Um relacionamento estreito por parte da equipe e dos usuários é algo importante porque se trata de um ingrediente constituidor de uma rede social voltada ao bem-estar, estando, como vimos, dentro dos preceitos da atenção básica de

modo mais amplo. Por meio das redes sociais, consequentemente da proximidade entre as pessoas, nos diz Martins (2009), campos de reciprocidade podem ser formados, confiança e fidelidade potencialmente geradas e o acesso à recursos de apoio são construídos. Embora de maneira um tanto que precária, tais elementos são levados em consideração por alguns membros das equipes entrevistadas e em especial pelos agentes de saúde, como se pode perceber abaixo:

- - *Como é que tu enxerga teu papel nesse tipo de caso?*
- *O papel do agente de saúde é formar vínculos com a família e determinar certa confiança na família para que possam confiar na gente e contar seus problemas para gente trazer para unidade.*

“A”, agente de saúde

- *[sobre a prática do trabalho em saúde mental] - A gente vai descobrindo. Relato de família [...] E o que a gente faz? A gente de imediato encaminha para o posto [...] a gente detecta assim, por exemplo, se vê um comportamento diferente, essas coisas. Aí a gente vai e chama mais a atenção daquela família. O que é que tá acontecendo com aquela família [...] Eu converso, converso com a família, vejo que vou escutar, vão me relatar o que tá acontecendo.*

“L”, agente de saúde

Se percebe, neste sentido, que mesmo sem conseguir articular todas as potencialidades possíveis há uma compreensão sobre como o (re)estabelecimento de laços - em especial com familiares - pode significar uma âncora para assistência à saúde. Assim, sem se darem conta, ao falarem de vínculos, escuta ou de formação de grupos para discussão de saúde com a comunidade, os trabalhadores apresentam no cotidiano de sua prática a influência de entendimentos que compreendem o ambiente e os círculos sociais dos usuários como elementos importantes para um cuidado mais amplo.

A proximidade como elemento importante da assistência à saúde mental também é um fundamento para a agenda de desestigmatização, pois é um ingrediente para a equalização do status. Quando pessoas se veem como colaboradoras e como iguais em poder e status social constroem-se uma via para o apoio social e o fortalecimento da resiliência (HINSHAW,

2010). Como afirma Pescosolido *et all.* (2008, p. 437), “se as interações são gratificantes e enriquecedoras, o efeito do contato será a redução do estigma” , ou seja, se há vínculo de confiança e respeito entre equipe e usuário os elementos simbólicos da assistência tornam a terapêutica muito mais efetiva no que se propõe (MARTINS, 2003).

Mas, para isso, faz-se necessário uma consciência que nem toda aproximação significa um contato positivo, auxiliador na desestigmatização ou enriquecedor do cuidado. Contatos sociais negativos entre profissionais e usuários podem significar, inclusive abandono do tratamento e reforço do estigma, especialmente do autoestigma (HINSHAW, 2010). A fala em destaque é um exemplo de como o contato social negativo desencadeia o autoestigma e este leva a resistência do tratamento ou seu abandono. O papel dos coparticipantes do mundo de uma pessoa com transtorno mental é frequentemente desconsiderado nas estratégias de cuidado, mas, como se percebe, é fundamental porque pode adensar o sofrimento que acompanha o transtorno mental:

- *[sobre as dificuldades da assistência em saúde mental] - Você traz o paciente, ele passa pela médica, ela medica um caso, às vezes não consegue aqui e encaminha para o outro médico [...] eles não querem ir, desistem. “Eu não tô doido, tão me tratando feito como se fosse um louco”. A desvantagem é grande, eles botam na cabeça que acham que eles estão ficando loucos ou que as pessoas pensam que eles são loucos. Aí terminam não indo. Aí para gente é difícil correr atrás de novo desses pacientes*

“M” agente de saúde

Levando em consideração os pontos já tratados nesta análise, especialmente aqueles ligados a concepção do transtorno mental, torna-se muito curioso o entendimento de alguns trabalhadores sobre a necessidade de aproximação e a importância dos laços como parte do cuidado. Como é possível a convivência de uma compreensão do louco como alguém que deve ser afastado e a compreensão de que a resolução de problemas mentais se dá mais facilmente pela aproximação com a família, o ganho da confiança e a construção de laços? A existência dessas duas realidades apresenta um cotidiano marcado pela incoerência e pela falta de reflexão dessas contradições. Aparentemente, no cotidiano de trabalho, a ponte entre essas duas questões é esquecida e o desejo de afastamento só ocorre quando, de alguma maneira, o usuário apresenta uma conduta evocativa de um estereótipo ameaçador. De certa

maneira, em minha interpretação, a aproximação e contato com a comunidade são os caminhos para o evitamento de problemas mais sérios, uma forma de garantir que a loucura não se desenvolva.

Funcionamento Precário da Rede

No início da análise, ao voltar minha atenção para as falas dos coordenadores e para os documentos oficiais, apontei que o sistema de referência e contrarreferência é problemático e que existe uma sobrecarga profissional, acompanhada de um quantitativo de trabalhadores pequeno diante da demanda. Além disso, as falas dos coordenadores deixaram claro uma realidade marcada pela falta de comunicação e pela dificuldade de territorialização. Além disso, a zona rural, na perspectiva dos gestores, bem como suas especificidades estariam muito mais relacionadas a desafios que deveriam ser superados do que potencialidades a serem exploradas.

Mesmo que, a primeira parte desta análise já tenha apontado que a rede de atenção psicossocial é claramente deficiente, escolho correr o risco de soar repetitivo e retomo o tópico para agora discutir a percepção dos trabalhadores entrevistados sobre o funcionamento da rede, a questão do espaço rural e como isso impacta o seu cotidiano. Acredito que voltar a atenção para suas impressões seja importante porque são eles que estão na “ponta da lança”, tendo que lidar com as dificuldades que as limitações mais amplas trazem, além disso, as entrevistas permitiram também compreender como essa deficiência se torna ingrediente para práticas que promovem a estigmatização. Considerando isso, foi possível dividir o tópico em dois pontos: *a percepção da referência e contrarreferência precárias e a percepção da zona rural como cenário do cuidado.*

1. Referência e Contrarreferência Precárias

Como destaquei no início da análise, a atenção básica preconiza a diversidade profissional e a articulação do cuidado por meio de uma perspectiva multidisciplinar. Nisto, existe uma expectativa que ela organize o fluxo de encaminhamento para os demais níveis de atendimento. Em outras palavras, o controle e a alimentação correta das informações dos usuários é uma das responsabilidades da atenção básica e ingrediente fundamental para o bom funcionamento da rede pública de saúde, inclusive nos casos de saúde mental e uso de psicotrópicos.

Contudo, o que encontrei no meu campo de pesquisa está muito longe daquilo que os documentos delineiam como o ideal. Como também já foi visto, a gestão reconhece que houve, até o período pesquisado, negligência no que toca a referência e contrarreferência. Como veremos, as equipes entrevistadas reconhecem, vivem e materializam em suas experiências cotidianas de trabalho os efeitos e consequências dessa negligência. Os usuários do serviço também são impactados por essa precariedade e acabam vivendo trajetórias frágeis e descontínuas de cuidado.

A precariedade da rede se torna ainda mais grave quando, como os trechos destacados demonstram, entrevistados mostram diferentes níveis de conhecimento sobre seu funcionamento e o papel que ocupam nela. Alguns trabalhadores desconhecem completamente o significado dos termos referência e contrarreferência, enquanto outros constatarem que parte do problema está na falta de comunicação ou precariedade dessa comunicação entre os níveis de atenção e setores institucionais. Independentemente de que nível de conhecimento se esteja falando, a consequência se materializa em muito esforço, assistência desfalcada e iniciativas improvisadas e pouco efetivas:

- - *Você sabe o que esse negócio de referência e contrarreferência?*
- Não.

“A”, agente de saúde

- - *A equipe costuma receber contrarreferência? As informações quando eles são atendidos em outros lugares vem para equipe?*
- *Vem, assim, através de agente. [...] a gente vai quando eles são atendidos, a gente vai e procura trazer uma resposta, tanto ao médico quanto para enfermeira.*
- *O agente de saúde procura saber lá no Centro de Especialidades?*
- *[...] eu sempre converso com eles. Se eles tiverem uma consulta na próxima semana, depois da consulta eu vou na casa e pergunto se mudou a medicação, se vai continuar, se vai parar. Aí a gente vê, a gente sempre procura saber o resultado. [...] E assim, às vezes a gente não procura saber diretamente lá, a gente vê com o paciente, o resultado que ele teve, se deu certo [...]*

“M”, agente de saúde

- - *O retorno tem contrarreferência? A comunicação do psiquiatra que atendeu com o médico aqui por exemplo?*
- [...] *eu acho muito difícil essa comunicação do psiquiatra com a atenção básica. Eu não acho fácil.*
- *Então no cotidiano de vocês, vocês não percebem essa coisa...*
- *Não, eu não percebo não. É como se fosse assim, o paciente passa no psiquiatra que passa a medicação, fala com o paciente e não manda esse retorno pra gente.*
- *Retorno só o papel da medicação?*
- *Isso, para ele pegar a medicação. [...] “pronto você vai pegar no posto, pode renovar a receita. Volte daqui a seis meses, um ano.”*
- *Quer dizer que você está na rede, mas você tem pouca comunicação é isso?*
- *Muito pouco, às vezes eu nem sei se seria uma falha da rede ou minha já por a gente não ser capacitado com saúde mental [...]*

“D”, enfermeira

Considero a forma como a atenção básica e sua assistência à saúde mental são pensadas nos documentos como um esforço de humanização do sistema médico ocidental e da maneira como este responde as enfermidades que enfrenta. Neste sentido, trata-se de uma “reorientação cultural” do sistema que passar a levar em consideração mais do que os referenciais organicistas e intervencionistas da perspectiva biomédica (KLEINMANN, 1978). Nesse processo, a maneira como o sistema médico ocidental no Brasil se redesenha está interligado com um modelo de gestão de saúde misto que tenta unir tecnificação com humanização, abarcando ao mesmo tempo uma perícia médica acadêmica e científica e os potenciais comunitários advindos das relações e saberes construídos no mundo da vida (MARTINS, 2003).

O contexto da assistência à saúde no Brasil parte de perspectiva de saúde predominantemente anatomoclínica, mas se abre para um entendimento coletivizado e aglutinador de perspectivas outras que não necessariamente passam pela medicina hegemônica (MARTINS, 2003). Todavia, como o próprio Martins (2003) afirma e as entrevistas demonstram, esse redesenhamento e as mudanças que advém com ele não ocorrem de modo uniforme. Falando especificamente do cuidado à saúde mental, prevalece um processo de reinstitucionalização via CAPs, o abuso da prescrição de medicamentos e a

carência de preparo das comunidades, especialmente na falta de espaços de convivência capazes de criar romper com o engessamento da institucionalização (FONTE, 2012).

Se há nos documentos um entendimento mais amplo, a prática profissional e as formações do trabalhadores, no meu campo, não são marcadas por essa perspectiva mais rica de cuidado. consequentemente, nem a estrutura institucional e nem os trabalhadores apresentam os recursos que seriam utilizados para a concretização dessa visão. O cotidiano profissional passa, com isso, a ser marcado por improvisações, conexões fragmentadas entre os pontos da rede e ser reforçador de uma lógica empobrecida e pouco efetiva de saúde. Resumidamente, a precariedade da rede centraliza o cuidado no médico enquanto administrador de receitas e ainda reforça uma desconfiança no serviço público, bem como a busca pelo serviço médico em clínicas particulares, o que dificulta ainda mais o funcionamento da atenção básica, conforme nos relata “J”, médica, em uma de suas falas:

- *[sobre referência e contrarreferência] - quando eu cheguei não tinha comunicação nenhuma, assim, era o posto de saúde como referência dessas trocas de receita e pronto. Não tinha referência, não tinha contrarreferência, não existe essa comunicação, né? [...] Não tem essa integração, assim, pela minha avaliação, não existe isso, a maioria a gente chega a encaminhar e não recebe a contrarreferência [...] tem outra questão também grande que é a questão privada [...] a maioria dos pacientes fazem esse acompanhamento do especialista na rede privada e aí essa contrarreferência não existe.*

A rede de assistência à saúde no meu campo também apresenta problemas no matriciamento, como já havia indicado, o que complica todo o processo de cuidado e impede a construção de projetos terapêuticos mais ricos e individualizados. A precariedade da rede é um obstáculo para a concretização de um cuidado mais dialógico e uma fomentação para situações que reforçam a medicalização porque impede que os profissionais construam ações conjuntas. No fim das contas, o problema de falta de comunicação impede o esclarecimento do desenho de funcionamento da assistência, a própria execução dele e a superação ou atenuação dos problemas advindos dos itinerários formativos dos trabalhadores. Em suma, a rede é marcada por problemas não somente financeiros, mas também problemas de dimensão micro relacionados a comunicação das equipes.

- - *vocês têm alguma comunicação com essa equipe do NASF?*
- *Tem, mas é raro.*
- *Para discutir os casos...*
- *Nada, isso aí não tem não. Isso aí é tudo na teoria só, porque quando eles implantaram, prometeram isso, mas na prática não tem. Eles vêm aqui, fazem as visitas domiciliares nos pacientes que precisam mais de apoio psicológico, nutricional, mas não vem fazer uma reunião com a equipe do PSF, não fazem.*

“L.G.” Médico

A estigmatização encontra neste cenário um terreno fértil, pois uma rede fragmentada não dá conta da agenda para a superação do estigma, já que esta necessita de ações coordenadas e conjuntas entre as partes responsáveis pela assistência e os vários setores da sociedade. Sem a articulação entre os diversos atores que compõem a rede, se diminui a chance de preparo no que toca aos quesitos de métodos e procedimentos disponíveis. Os trabalhadores, com isso, não encontram caminhos que permitiriam a formação de uma abordagem mais específica para cada caso. Consequentemente, o cotidiano do trabalho não dá condição para que eles se sintam mais preparados e por isso menos ansiosos e tensos (HINSHAW, 2010).

Uma rede precarizada fomenta sentimentos de desamparo e tende a favorecer iniciativas atomizadas caracterizadas pela improvisação, o que reforça a homogeneização e empobrecimento dos cuidados ofertados. Além disso, uma rede não estruturada também dificulta o suporte mútuo que os trabalhadores poderiam se dar. Apoio e partilha contínua de experiências servem de oportunidade para construção de estratégias e diminuição de estresse, portanto, uma arma para diminuição da estigmatização. A ausência disso leva à sobrecarga profissional e a fadiga, os quais intensificam as chances do estigma (HINSHAW, 2010).

2. A Percepção da Zona Rural como Cenário do Cuidado

Embora não tenha recebido atenção de forma muito detalhada de minha parte, o que talvez seja o principal ponto fraco do meu trabalho, a zona rural e sua relação com o exercício profissional dos trabalhadores surgiu de forma espontânea nas entrevistas. Como dito na sessão metodológica, ambas as equipes atuavam na época em áreas rurais e lidar com as especificidades desse cenário fazia parte do cotidiano dos profissionais.

Trabalhar em um contexto rural nem sempre é fácil, especialmente se você não está familiarizado com o cenário e advém de uma região metropolitana ou mesmo da capital. Embora a maioria dos trabalhadores fossem da região, afinal em grande parte eram agentes de saúde, nas entrevistas ficou explícito que compreensão desse espaço pelas equipes é fincado em características majoritariamente negativas, delineada com imagens que remontam a um lugar de poucas oportunidades, sem grandes atrativos e coberto de marasmo.

Assim como é percebido o cenário, também são as pessoas. Os habitantes da zona rural são indivíduos acomodados, postura que advém de uma espécie de abatimento invariavelmente ligado à percepção do espaço rural como um espaço marcado pela pobreza e por um povo sem condições de acesso aos recursos de melhora. Além disso, aos habitantes das comunidades atendidas pelos profissionais é atribuída também uma passividade que, de certo modo, é depreciativa, pois está relacionada a falta de instrução. Porém, tal passividade é considerada positiva na medida em que permite um controle mais fácil e uma maior adesão ao tratamento proposto, conforme as falas destacadas permitem perceber:

- *[falando sobre outras formas de tratamento] Para ocupar mesmo a zona rural é difícil, né? Porque têm uns que gostam de academia e não têm condições de irem. Aí esse grupo religioso também é falho, muitos não têm... tem assim, no sábado a missa católica para ir. Tem o culto nas evangélicas. E uns vão [...] Eu acho que... não sei por onde começar para essas pessoas ficarem melhor de vida, né?*

“R”, agente de saúde

- - *Eles sabem que tem terapia, a possibilidade?*
- *Sabem. Mas eles se acomodam justamente por morar no sítio, né? O acesso, né?*
- *Mas por que se acomodam?*
- *Por morar no sítio. Eu acho que seja isso.*
- *Dificuldade de transporte?*
- *É. Dificuldade. Não tem um acesso muito favorável, entendeu?*
- *O modo de vida é diferente?*
- *É diferente. Elas se isolam, elas ficam ali naquela vida ali, em casa, aí o remédio é tudo.*

“A.N” agente de saúde

- *[falando sobre o cotidiano do trabalho] Eu estou aqui há quatro anos nesse PSF, essa zona rural é muito diferente da urbana. Tem menos pacientes resistentes, tem mais pacientes que aderem ao tratamento e mais pacientes que melhoram aqui na zona rural do que na urbana que trabalhei. [...] Aqui é muito mais fácil. Não sei se a questão cultural, né? Por eles terem um padrão econômico mais inferior, um padrão mais respeitoso. Eles são muito mais respeitosos na zona rural do que na zona urbana.*

“L. G.” Médico

Outro aspecto que as falas permitem inferir é o entendimento da zona rural como despossuída de recursos para a melhora do bem-estar. Características geralmente entendidas como positivas, tais como a paz e a tranquilidade são vistas como ingrediente para o tédio e para um lugar marcado pela falta de atividades ocupacionais para os usuários. Embora parcialmente verdadeira, a falta de atividades não é suficiente para justificar a visão empobrecida do espaço rural. Tal perspectiva dificulta, inclusive, a busca de potencialidades tanto para o enriquecimento do cuidado quanto para o combate ao estigma, já que se mostra desatenta as dinâmicas do território e dessa forma não se propõe a buscar e trabalhar suas potencialidades.

Mesmo que, como a fala destacada abaixo, se reconheça a existência de práticas não farmacológicas e não médicas, inclusive as considerando como recursos não desprezíveis, não se tem consideração suficiente pelos conhecimentos, competências culturais e hábitos das pessoas da zona rural para se desconstruir uma visão assistencial unilateral e fechada às contribuições dos saberes leigos que permeiam a comunidade. A comunidade é o ambiente onde os usuários que serão alvo da assistência vive, portanto, não é um território vivo, dinâmico e potencialmente agregador do bem-estar:

- - *Eles relatam práticas não farmacológicas?*
 - *Muito, muito. Eles já chegam na primeira consulta falando “já tentei usar chá de erva doce, tentei uma mistura de raízes, mas não deu certo”. A maioria fala que não deu certo.*
 - *E eles perguntam o que é que você acha...*
 - *Não, não, não. Eles já chegam falando que isso é o certo, que isso ia resolver. E vem procurar nossa ajuda profissional. Já estão no segundo estágio, né?*

- *E no campo da religião, também falam da ajuda religiosa?*
- *Muito, muito. Benzedeira tem muito aqui na área. Tem pastores que querem resolver através da fé, né? A gente não despreza, lógico, porque isso pode animar mesmo. Mas muitos relatam isso com certeza.*
- *Você discute isso com eles?*
- *Não discuto. Eu respeito.*

L.G. Médico

A percepção sustentada da zona rural aponta para uma compreensão estreita de território, distanciada da preconizada nos documentos da atenção básica. Ao compreender o território assistido como o local onde se trabalha e não como um local a ser trabalhado, as equipes tomam consciência de certas situações, tais como a rede de partilha de medicamentos entre os usuários, mas interpretam isso como situações irremediáveis por eles, cabendo-lhes muitas vezes a administração da situação ou a indiferença. O mesmo acontece com certos abusos cometidos por familiares para com os usuários atendidos, como veremos no eixo que discute de forma mais detalhada o estigma.

De maneira geral, o entendimento do que deve ser feito no trabalho é circunscrito ao paciente e a maneira como este se relaciona com seu transtorno, não envolvendo o ambiente que o cerca. Em minha interpretação, há uma compreensão implícita na maioria dos profissionais que na zona rural só se doa e se ensina, mas nada se aprende ou se pode encontrar de útil no tocante ao cuidado à saúde, especialmente a saúde mental.

Estigma e Desestigmatização

Até aqui eu tentei demonstrar como as variadas características da atenção básica no meu campo de pesquisa implicariam em maior ou menor chance de estigmatização ou de uma agenda de superação do estigma. Cada eixo anterior e categoria trabalhada me serviram para demonstrar a complexidade inerente a qualquer ambiente que lide com a assistência à saúde e a importância da constituição de um saber que, agregando-se aos estoques de conhecimento dos trabalhadores, oriente uma prática consciente de potencialidades e coerente com os paradigmas ligados as perspectivas inauguradas com a reforma psiquiátrica.

Nesse eixo, apresentarei como o estigma se manifesta e de que maneira os trabalhadores lidam ou não com esse problema. Como primeiro passo da análise, posso

afirmar que o estigma não somente está presente no meu campo de pesquisa, mas também manifesta-se de forma variada no que toca aos seus tipos possíveis. Inversamente proporcional a isso são as iniciativas que poderiam ser pensadas como integrantes de uma agenda para sua superação e combate. Nenhuma das equipes entrevistadas apresentou qualquer iniciativa de combate ao estigma ou de desconstrução de estereótipos e preconceitos ligados à saúde mental e aos transtornos. Levando isso em consideração, para uma melhor apresentação de minha análise, o eixo está dividido em algumas categorias que são: *Estigma Comunitário, Estigma Familiar, Estigma Profissional, Autoestigma, Ausência de uma Agenda de Combate ao Estigma: falta de promoção à saúde mental.*

Estigma Comunitário

Goffman (2010, p. 58), em seu livro sobre estigma, diz:

o que pode ser dito sobre identidade social de um indivíduo em sua rotina diária e por todas as pessoas que ele encontra nela será de grande importância para ele [...] a informação cotidiana disponível sobre ele é a base da qual ele deve partir ao decidir qual plano de ação a empreender quanto ao estigma que possui

Considerando isso, torna-se mais fácil entender que lidar com a comunidade e executar tarefas normalmente feitas de forma habitual podem se mostrar algo desafiador para alguém que possui alguma característica considerada negativa. Mesmo que seja um atributo facilmente ocultável e encoberto nos encontros com pessoas desconhecidas ou não tão próximas, a pessoa detentora de tal característica necessita de um economia interacional particular para não vir a ser desacreditada., sua postura, portanto, é sempre de prontidão e alerta, o que pode desvelar em uma tensão perceptível também à audiência. Em casos onde o nível de intimidade é maior, a tendência é que o atributo seja conhecido, assim como a história relacionada e que o descrédito seja aplicado quase automaticamente. De toda forma, independente do caso, o envolvimento em sociabilidades primárias e secundárias pode ser afetado pelo medo ou certeza de ser estigmatizado, o que dificulta a vida em comunidade.

Na zona rural, essas dinâmicas são intensificadas na medida em que a demografia e a organização do espaço difere da zona urbana, pois há menor impessoalidade e maior possibilidade de coincidência de grupos. Levando isso em consideração, é muito maior a possibilidade do estigma comunitário ser mais explícito, todavia, poucos entrevistados

reconheceram que a comunidade estigmatiza os usuários atendidos, negando que a existência das situações de estigma ou ressaltando sua pouca frequência:

- *[falando sobre preconceito e estigma] Da população eu não tô lembrando de nenhum caso de preconceito em relação a esses casos. Até porque essa área é tão unida, todo mundo se conhece, todo mundo é amigo, não percebi nenhum caso em que o paciente deu problema para população, nem a população tem preconceito com o paciente.*

“L.G”, médico

Os argumentos geralmente apresentaram uma espécie de oscilação entre um simples negação da realidade do estigma, um despercebimento do fenômeno ou uma tentativa de mostrar que se tenta ao máximo combatê-lo. Em minha interpretação, especialmente as falas dos profissionais que têm um contato mais reduzido com a comunidade mesclam a consciência mais geral que um comportamento discriminatório é errado e deve ser combatido com uma dificuldade de identificar as condutas estigmatizantes na comunidade, o que com frequência leva a impressão de sua inexistência do estigma e da falta de necessidade de um combate mais enfático.

Além disso, elementos claros de uma sociabilidade marcada por uma solidariedade mecânica, para usar um linguajar durkheimiano, são utilizados como argumentos para a raridade da manifestação de condutas estigmatizantes. Assim, um povo unido, composto por pessoas que se conhecem e são amigas, não apresentaria o perfil de estigmatizador. Todavia, conhecer pessoas e ter sociabilidades mais estreitas por si só não garante a ausência do estigma, faz-se necessário um processo de troca de experiências horizontalizadas e um aprendizado que desconstrua entendimentos que hierarquizam pessoas por meio de suas condutas e dissolvam percepções reforçadoras de estereótipos ligados a representações sociais da loucura ainda fortes no imaginário social (HINSHAW, 2010). Na falta de tal entendimento, uma entrevistada apresentou um relato contraditório e afirmou a não existência ao mesmo tempo que reconheceu a sua manifestação:

- *Eu não escuto ninguém falar “oh, fulano de tal que digamos assim é, descompensado...” naquele popular que todo mundo usa “é doidinho”, não. Não usa. Se vier para mim com esse termo é combatido logo. Não. Acho que um transtorno mental, uma pessoa com depressão, que o pessoal tem aquela visão que quem tem depressão... aí a gente vai e explica que nem todo transtorno mental é uma loucura e o que é loucura? A gente pergunta a eles, né? E as ideias são muito deturpadas, são ideias assim, divergentes, diferentes, assim, são pacientes que têm transtornos estão precisando fazer um tratamento psiquiátrico e eles podem responder bem, vão responder bem, estáveis. [...] E a gente diz “não” é um paciente que toma medicação controlada, como qualquer doença que se precisa tomar [...] mas eu não escuto não, estigmatização não. Pelo menos, só se for entre eles lá, mas quando a gente chega, não. Mas pode existir, né?*

“Ed” enfermeira

As palavras da enfermeira são bastante úteis para demonstrar como o estigma pode ser um fenômeno fluído e contextual, dependente de marcadores que podem variar de acordo com a percepção da audiência. Embora eu tenha demonstrado como a medicação pode vir a ser considerada um agente normalizador em um determinado contexto, o uso de remédio controlado também pode se apresentar, aos olhos da comunidade, como um sinal material de uma condição negativa invisível, como deixa claro o relato. Neste sentido, mesmo que uma pessoa se comporte como o esperado, o medicamento funciona como um sinal que legitima a aplicação do rótulo de louco e toda a conduta preconceituosa, que é orientada por esteriótipos fundamentados em representações sociais da loucura que, nas palavras da própria enfermeira, são muito deturpadas.

A questão da fluidez do estigma fica ainda mais explícita se considerarmos os depoimentos de quem está diariamente na comunidade, servindo de ponte entre unidade de saúde e usuários. Assim, embora tanto a enfermeira quanto o médico da unidade em Agrestina tenham afirmado não saberem da existência de nenhum grande episódio de estigmatização, os agentes de saúde confirmam que há estigma comunitário e apresentam relatos bastante explícitos, conforme se pode ver na fala abaixo:

- - *Essas pessoas sofrem preconceito da comunidade?*
- *Dois sofrem. Eles sofrem, ninguém quer chegar perto deles. Ninguém confia uma criança, um adolescente [...]*
- *Então você acha que o preconceito é muito forte ainda na sociedade?*
- *É muito forte, o preconceito fala mais alto do que a própria medicação.*
- *Tu poderia dar um exemplo prática de como acontece o preconceito?*
- *Chamam de louco. A pessoa toma medicação fica depressivo, “não isso é um louco, não é alguém que se pode confiar, a palavra dele não vale porque se ele esquece de tomar a medicação, amanhã ele não vai confirmar o que falou hoje” [...] Vila é um circo, se propaga muito ligeiro essa conversa e a pessoa vai cada vez mais se deprimindo.*

“J”, agente de saúde

O que falas como essa nos ajudam a entender? Em primeiro lugar, elas nos ajudam a compreender o impacto que sociabilidades em territórios menos densamente povoados trazem no que toca ao estigma. O desenho das sociabilidades em contextos não metropolitanos pode significar maior possibilidade de rotulação e consequentemente de estigmatização, pois existe uma maior tendência à partilha dos espaços, proximidade e convivência entre as pessoas na construção de seus círculos sociais. Além disso, a difusão de informações é mais rápida e uma má fama pode levar uma pessoa com transtorno mental a experimentar evitamentos por parte da comunidade.

Em segundo lugar, elas apontam, especialmente a fala do agente de saúde, para a necessidade de se compreender o quão necessário é a reflexão do papel das crenças e dos valores no caminho da aceitação ou no descaminho da rejeição das pessoas. Especificamente sobre o estigma, é necessário sempre lembrar que “a reabilitação e luta contra o estigma não depende apenas dos tratamentos médicos” (HINSHAW, 2010, p. 152), pois está relacionada também com processos de objetivação e a ancoragem e as categorias fundamentais que nos orientam na nossa ação no mundo (JODELET, 2001).

Há, na estigmatização, um processo complexo que, inclusive, abarca a sua própria negação. Neste sentido, as falas do médico e da enfermeira fazem coro com outras em tantas situações que apontam para uma necessidade de demonstração de que está tudo bem, que aqui ninguém estigmatiza, ninguém é preconceituoso e esse problema não existe. Entender as

razões dessa necessidade requereria dados que as perguntas não foram capazes de acessar. Terreno mais firme, contudo, é apontar que essas negativas são o “outro lado da moeda” da fala do agente de saúde. Analisadas juntas, elas ajudam a compreender que o estigma possui camadas mais ou menos explícitas, dependendo da situação e de quem está nela.

Em outras palavras, para explicitamente estigmatizar é preciso ter certeza da concordância da audiência ou, pelo menos, de sua maioria ou da parte considerada “mais poderosa”. Partindo disso, o estigma comunitário pode nunca ter sido visto ou testemunhado pelo médico e pela enfermeira porque os “nativos” estavam incertos sobre como eles reagiriam. Os “de fora”, como pessoas do município de Floresta, lugar onde trabalhei em 2018, podem e geralmente não tem a mesma forma de ver o mundo que os “nativos” e não entenderiam as razões pelas quais se trata fulano ou ciclano assim.

O mesmo não vale para o agente de saúde que, além de estar em “campo” com maior frequência é obrigatoriamente um “nativo”, alguém da comunidade e que sabe como as coisas são, logo, a prontidão - para usar um termo goffmaniano - baixa e as situações sociais afrouxam no que toca as “formalidades”, tornando possível que o agente tenha testemunhado e acessado mais naturalmente as histórias sobre eventos de estigmatização. Em suma, quando se está diante de alguém que se convive e se identifica como parte do lugar, caem-se as máscaras de polidez comumente utilizadas com os “de fora”.

Pode-se dizer que o estigma em nível comunitário ajuda a compreender o o impacto que a variação do cenário interacional opera sobre ato de estigmatizar. Como qualquer desvio, o ato que leva ao estigma e a rotulação dele são dependentes do que acontece na situação, mesmo que também amparados inter e subjetivamente por representações sociais, conhecimentos e experiências que compõem nossos estoques de conhecimento. Neste sentido, Goffman (2017, p. 149) está certo ao dizer que “o normal e o estigmatização não são pessoas e sim perspectivas que são geradas em situações sociais durante contatos mistos em virtude de normas não cumpridas [...]”.

O cerne da questão é que o estigma possui mecanismos subjacentes que podem passar despercebidos, inclusive para aqueles que no seu cotidiano profissional deveriam criar ferramentas para sua superação. O impacto disso é a vivência de uma tensão latente no tecido das relações sociais, levando consequentemente o indivíduo estigmatizado ao retraimento de seus círculos sociais, bem como a vivência de sentimentos como vergonha, insegurança e desconfiança, tornando o evitamento ou uma postura defensiva - por vezes interpretada como

um sinal reforçador da condição de estigmatizado - como o repertório de conduta mais imediatamente disponível e frequente (GOFFMAN, 2017).

Estigma Familiar

Durante a graduação, minha primeira pesquisa sobre estigma tinha por objetivo investigar o seu desenvolvimento nas redes de sociabilidade primária (familiares, amigos e vizinhos) de pessoas com transtorno mental. Naquele trabalho, constatei que o estigma estava presente nas relações sociais mais íntimas dos portadores de transtorno. Seus acompanhantes, familiares, vizinhos e amigos operavam, de forma irrefletida ou não, evitamentos e construíam barreiras invisíveis com justificativas diversas, indo desde “precisamos protegê-lo” até ele “não pode participar porque faz vergonha”.

Levando em consideração que a reforma psiquiátrica teve como grande ganho a promulgação de uma lei que estipulou a territorialização, a exploração dos recursos comunitários e a participação da família como colaboradora da terapêutica e de uma sociedade sem manicômios, dados como os que consegui na minha pesquisa são importantes termômetros para a se perceber os avanços e as limitações da constituição de uma sociedade pós-asilar e de um modelo de saúde não segregador.

Agora, depois de alguns anos, no contexto empírico atual da minha tese, continuo a me deparar com a problemática do estigma familiar e forma duplamente mais problemática. Em primeiro lugar porque, como os meus óculos levam-me a analisar os trabalhadores, me espanta a maneira como o problema é visto, ou melhor, não visto por eles. Em segundo lugar, pela maneira que o estigma familiar se manifesta na minha realidade de pesquisa. Uma manifestação explícita, gráfica e desumanizadora, como alguns dos relatos podem ilustrar:

- *[falando sobre um dos usuários que atende] É deficiente mesmo. Se ele chegar em algum canto, em qualquer canto, ele tira a roupa. E a medicação não resolve. O pai até um quarto para prender, quando? Depende do mês [...] ele tá mais agitado.*

“J”, Agente de Saúde

- *- O que tu acha do preconceito com essas pessoas que tem esse tipo de problema? Questão do estigma...*

- Muitos preconceitos vem de casa. Os familiares ficam com vergonha de sair, de apresentar. Quando chega visita isola no quarto para a visita não ter muito contato com aquele paciente.

“L”, Agente de Saúde

As falas delineiam um contraponto a visão comumente associada a família. Em seu ensaio sobre família, Bourdieu (2008, p. 129) afirma que no processo de se constituir enquanto tal, a família opera um movimento que leva a “[...] transformar a obrigação de amar em disposição amorosa e a dotar cada um dos membros da família de um “espírito de família” gerador de devotamentos, de generosidades, de solidariedades”. Outros autores apontam para a família como um espaço de intimidade, de aprendizado carregado de emoção, por isso, um espaço de afetos, idealmente livre de motivações amparadas no ganho (BAUMAN; MAY 2010; BERGER; LUCKMANN, 1985). Embora isso seja verdadeiro, o contrário também é e o espaço familiar pode se demonstrar como alheio aos gestos de generosidade, se transformando em palco das mais diversas violências.

A violência em âmbito familiar possui várias causas e se manifesta de modos diversos. Não obstante, o tipo e a causa, ela está enraizada em questões ligadas ao exercício do poder e a desigualdade, bem como a maneira como a subjetividade é formada. Em uma perspectiva psicossocial, Jodelet (2001) que argumenta atos violentos e discriminatórios, inclusive aquelas em âmbito familiar, obedecem um desenho específico. Eles se formam tendo por base a construção de uma alteridade produzida a partir de representações sociais que garantem uma determinada imagem negativa. Os estereótipos advindos dessa imagem são utilizados para excluir moralmente pessoas da normalidade, pois elas passam a ser consideradas opositoras dos valores aceitáveis. De acordo com autora, esse movimento é desumanizador e acompanhado pelo medo e/ou o desprezo, legitimam a violência, seja de que tipo for.

Considerando isso, o que ocorre com pessoas sofredoras de algum transtorno mental é uma confirmação de que laços primários não são sinônimos de contatos sociais positivos e que os círculos sociais mais próximos podem ser cenários de situações devastadoras. A intimidade familiar não isenta os atores de sustentarem representações sociais que legitimem atos violentos e estigmatizantes para com pessoas com transtorno mental. Porém, o que anseio não é puramente reafirmar essa constatação, mas discuti-la levando em conta sua implicação para o trabalho.

Em primeiro lugar o estigma familiar opera-se por meio de uma lógica comum aos outros tipos de estigma. Todavia, as falas citadas nos são úteis para explicar como essa lógica de fato se manifesta. A lógica do estigma está amparada em características densamente enraizadas na construção social, indicadores sociais utilizados como categorias de conhecimento orientadoras de ação, mas que paradoxalmente estão naturalizadas. Neste sentido, a lógica do estigma frequentemente está dentro do ambiente daquilo que Schutz, como demonstrei no início do marco teórico, chama de atitude natural. Essas categorias de conhecimento ou indicadores sociais, como queira chamar, podem variar, mas estão comumente ligados a quebra de algum tipo de código social e calcam-se nas esferas do medo ou ameaça, da anomalia e do bizarro, bem como da quebra das regulações sociais (BERNOIST, 2007; HINSHAW, 2010). Resumidamente, excluir aquilo que rompe com a normalidade, que se torna estranho, é natural e importante para o reestabelecimento da ordem.

Considerando isso, as falas explicitam que o estigma familiar relatado apresenta todas as três dimensões inerentes a lógica do estigma. Na primeira fala, pode-se perceber que a atitude paterna é tomada para evitar que as anomalias da loucura sejam vistas, já que estão presentes na conduta de seu filho, conforme o trecho indica. Além disso, prender alguém por agitação aponta para um sentimento de medo, uma ideia de ameaça advinda, neste caso, de características comportamentais e mesmo fatos biográficos que serviriam de indicativos de que a pessoa em questão é indigna de aprovação e potencialmente danosa para ela mesma e/ou para outros. Já a segunda fala, que explicita a questão da vergonha, também auxilia no entendimento que o estigma familiar pode ser resultado de uma avaliação dos atos como inaceitáveis, pois se chocam irremediavelmente com o que é considerado normal socialmente (BERNOIST, 2007).

Mas, porque a família prefere esconder? Porque prender, quando em outra situação isso poderia ser pensado como algo condenável? As razões são muitas e difíceis de serem postas aqui com certeza indiscutível. Apesar disso, é muito possível que os familiares sustentem valores que legitimam a conduta de encarceramento como forma legítima de lidar com a trágica condição de louco de um familiar. Para além dessa hipótese, a palavra “vergonha” aponta para uma razão mais precisa para a ação perpetrada pelos familiares. A quebra de uma regulação social opera em um encontro social um sentimento de censura, de onde se origina a vergonha que, por sua vez, se manifesta em constrangimento e este muitas vezes é contagioso. Nas palavras de Goffman (2011, p. 97), “[...] se o indivíduo pelo qual

sentimos constrangimento [...] é percebido como um representante responsável de alguma facção ou subgrupo [...] então é provável que os membros dessa facção se sintam constrangidos e se sintam por si mesmos.”

O estigma familiar, como encontrado nas falas, é um recurso para que se evite em um encontro social a vivência, pela família, de um constrangimento. Ao mesmo tempo, ele também se manifesta como um recurso de controle da própria ansiedade ante a manifestação de algo a ser temido, isto é a loucura. Mesmo que evite certas situações constrangedoras, esse tipo de estigma não evita que a família seja estigmatizada pela comunidade, nem que, a partir da existência de uma marca potencialmente capaz de ser estigmatizada em algum de seus integrantes, ela também venha a experimentar como uma emoção contínua - e não somente como reação de uma situação ou encontro - a crença de que aquele que possui a marca - no caso da minha pesquisa um o transtorno mental - é a “vergonha da família” e precisa por isso ser censurado.

A manifestação do estigma familiar, em especial por terem sido registradas nas falas dos trabalhadores, comunicam algo sobre esses trabalhadores. Nas maioria dos relatos que apresentaram histórias de estigma e âmbito familiar, não houve qualquer reação ou consideração que expressasse alguma iniciativa de combate ou prevenção de casos como esses. Ao que parece, para muitos seria natural esse tipo de comportamento, o que, levando em consideração o que parte dos trabalhadores descreveu em sua concepção de transtorno mental, já era esperado por mim. No entanto, isso não atenua a gravidade de uma conduta que dentro de um modelo humanizador se apresenta como naturalizante do estigma. Em uma das entrevistas, por exemplo, a estigmatização familiar sofrida pelos usuários não somente não é compreendida como uma dificuldade, como é entendida como uma facilitadora do trabalho:

- - *Me diga uma coisa, quais são as dificuldades de trabalhar com essas pessoas?*
- *Eu não acho dificuldade não. Eu vou para casa, aí a pessoa que tem o problema é o filho e eu já vou conversar com o pai e com a mãe. Por exemplo, essas pessoas que são deficientes eu não tenho acesso assim para conversar porque eles não têm acesso ao que eu falo.*

“J”, agente de saúde

Mas, vale ressaltar, há exceções. Em uma das entrevistas, foi possível perceber uma certa sensibilidade para com o estigma familiar, entendendo-o como um problema:

- - *O que tu acha desse paciente em relação a esse preconceito [estigma familiar]?*
- *Isso prejudica bastante o paciente, né? Porque ele se sente excluído.*
- *Tu acha mesmo que quando ele tá em crise, deveria estar...*
- *Sendo acolhido. Porque às vezes ele tá agressivo porque é tratado com agressividade. Se ele tá em crise e você tenta amenizar, conversar, acarinhar, acho que essa crise reduz [...] Você está em crise, não sabe o que está fazendo e muitas vezes é xingado, maltratado, batido. Eu acho que essas pessoas prejudicam mais ainda.*

“L.” Agente de Saúde

Estigma Profissional

A comunidade é palco de estigmatização, a família também e a assistência em saúde mental, em nosso caso, a atenção básica não é um ponto fora da curva. Como tentei ir demonstrando a cada eixo temático, o estigma está intimamente ligado a perspectiva e concepções sobre o transtorno, a precariedade formativa, a construção plural de uma representação social da loucura e, por fim, as perspectivas de tratamento não abarcantes da dimensão cidadã da existência humana. Em suma, apontando diversos aspectos importantes na análise da atenção básica me forcei a mostrar como cada um impactava a questão da estigmatização.

Nas linhas anteriores, minha análise focou em demonstrar como o indivíduo e a saúde são tomados, enquanto alvos de intervenção e cuidado, de forma bastante reducionista. Agora, proponho a explicitar como o trabalho na assistência à saúde mental, em sua finalidade de organizar parte da vida e normalizá-la, se encontra uma naturalização do estigma às pessoas com transtorno mental. Como se poderá perceber nas próximas linhas, o estigma profissional é um problema frequente e irrefletido, figurando em alguns casos como parte inerente ao exercício profissional.

Entretanto, ressalto, que não nem todos os trabalhadores apresentaram relatos de estigmatização e que há uma espécie de verticalização da frequência do estigma profissional, o que sugere uma espécie de proporcionalidade entre estigma e baixa formação, embora eu não acredite que isso seja única variável explicativa no meu campo (HINSHAW, 2010). De toda forma, nas entrevistas analisadas sinais de estigmatização eram mais presente e explícitos

conforme menor é a formação. Seja qual for o grau da formação do trabalhador, uma coisa me parece bastante certa em relação as entrevistas feitas: o cenário da atenção básica estudado exemplifica a existência do fenômeno em espaços onde ele não deveria existir supostamente.

Sobre isso, a primeira coisa a ser registrada é que, em algumas das situações, o estigma profissional foi difícil de ser percebido diretamente, pois se manifestou em um discurso profissional, confundindo-se com o correto modo de ver as coisas e de conduzir o trabalho. Neste processo, o estigma profissional está arraigado no próprio olhar médico da loucura e se torna contribuidor para que um status social específico da pessoa com transtorno seja reforçado. Por vezes, inclusive, o profissional que estigmatiza o faz (des)amparado pela sua trajetória profissional e nem sequer percebe o estigma que aplica. Em relação a isso, a fala dos médicos entrevistados, já citada aqui, é ilustrativa:

- *falando sobre estigma - Não. Sinceramente, eu não estou lembrando, em quatro anos eu nunca... aqui é tranquilo. Não tem nenhum paciente descompensado também e isso é uma coisa boa. Nenhum paciente em surto psicótico, esquizofrenia, em surto. Não tem. Estão todos controlados.*

“L.G.”, médico

Ao falar da não existência do estigma que, como já demonstrei, existe em sua área de atenção, o médico estigmatiza. Mas, como isso ocorre? Primeiramente, por meio do uso da palavra “descompensado”; segundo, pela forma como utiliza expressões como “surto psicótico” ou a palavra esquizofrenia”; por fim, a maneira como relaciona a docilidade dos usuários e a inexistência do estigma. Ao se referir a docilidade, o médico demonstra, pela negação, um preconceito com pessoas com transtorno mental. Ele prejudica de modo a ligar o descontrole aos transtornos mentais. Portanto, se há controle do transtorno não há condições do louco ser estigmatizado, pois está dentro dos conformes.

Ao fazer uso de expressões como “surto psicótico” e trazer no seu discurso a figura do esquizofrênico, articulando uma consideração sobre estigma e transtorno mental, deixa escapar a sustentação de um estereótipo presente em sua forma de organizar a compreensão dessas questões. O médico, ao fazer uso da imagem do esquizofrênico, constrói um entendimento do louco como uma pessoa violenta, fora de si, descontrolado. Sua fala, mais do que apontar para referenciais médicos atuais, está embebida de uma perspectiva clássica da

loucura e de um imaginário leigo que entende o esquizofrênico como um perigo, tal como a figura comum representada em uma série de obras fílmicas e literárias.

O médico também se trai ao usar a palavra “descompensado”, que, também usada pela enfermeira sua colega de trabalho, é empregada em igual contexto para referir-se a não existência de estigma na comunidade, conforme se pode ver abaixo:

- - *Eu não escuto ninguém falar “oh, fulano de tal que, digamos assim, é descompensado”*

Ao que parece, o uso, em ambos os casos, da palavra “descompensado” é feito como adjetivo para falar de pacientes difíceis, carentes de uma maior atenção. Em outras palavras, aqueles em que o rótulo de louco e descontrolado poderiam ser bem sucedidamente aplicados. A fala do médico, mesmo que curta, ainda deixa claro que caso houvesse um paciente menos tranquilo, o estigma ocorreria, o que leva a seguinte pergunta: o estigma é culpa de quem é estigmatizado? Aparentemente, a fala do médico responsabiliza a pessoa estigmatizada pelo estigma, pois o desequilíbrio é seu.

Pode-se dizer que a não reflexão por parte dos trabalhadores desses aspectos do seu cotidiano, aponta para um estoque de conhecimento não municiado de instrumentos capazes de serem utilizados para a construção da reflexão sobre a prática no que toca a possibilidade de cometerem estigma. Ao fazer uso de uma “gramática” que aprenderam por meio das experiências e da *expertise* profissional, os trabalhadores criam de forma implícita e não percebida mecanismos, espaços e condutas que legitimam ou concedem espaço para a existência de situações de estigma. Resumidamente, há por meio disso a criação de fronteiras que constituem uma dicotomia entre um “nós” e um “eles”, mas de uma forma tão natural e normalizada que geralmente passa despercebida.

Apesar disso, assim como ocorre com o estigma comunitário, a manifestação mais explícita do estigma profissional apresenta o mesmo movimento, portanto, depende da audiência para ocorrer, pois possui um caráter contextualmente interativo. Essa característica é importante porque demonstra que, mesmo com a falta de instrumentos de cuidado mais humanos, profissionais que estigmatizam têm uma noção que seus atos podem se configurar como condenáveis e servirem de justificativa para sanções negativas. O próprio senso comum

permite o entendimento que certos comportamentos e conversas requerem certa discrição ou legitimação dos pares para serem feitos em público.

Essa dinâmica do estigma é um dos elementos que dificultam a implementação de iniciativas de desestigmatização. Como pesquisas que lidam com preconceito e discriminação demonstram, é preciso uma certa perícia para revelar comportamentos e opiniões condenáveis, pois as pessoas convenientemente as escondem. Considerando que o cotidiano profissional da atenção básica já é marcado por uma demanda extenuante, identificar e desconstruir práticas estigmatizantes é um trabalho árduo e custoso para um trabalhador da saúde, especialmente se levarmos em conta que discussões humanísticas na saúde não estão plenamente alicerçadas em todas as carreiras que compõem o sistema médico (RIOS, 2010; AYRES *et al.*, 2013). Sobre isso, a fala da médica, já citada no decorrer desse trabalho, é ilustrativa:

- *Entrando um pouquinho nas questões do estigma [...] O sistema e a equipe não tava organizada para lidar com esse estigma também, né? A maioria pensa que é doido [...] o estigma que eu vejo é da equipe [...] “esse paciente é doido tá me enchendo o saco pra trocar essa receita, ele não vem para consulta, só trocar a receita” [...]*

Como a fala esclarece, a equipe estigmatiza, mas na maioria das vezes de forma parcialmente explícita, pois a maior parte dos comentários e considerações mantém-se restritas ao círculo da própria equipe. A estigmatização, na visão da médica, opera como consequência do despreparo para lidar com a questão, o que é uma confirmação do que diz parte da literatura abordada na discussão teórica. Apesar de aparentemente não se tornar clara para os pacientes, isso não significa que as opiniões negativas e estigmatizantes dos trabalhadores não sejam sentidas pelos usuários. Como já apontei e ainda gostaria de comentar, o autoestigma existe e parte de sua ocorrência se deve ao tratamento que os usuários recebem.

Apesar de nenhum dos entrevistados declararem explicitamente que estigmatizam, a forma como alguns trabalhadores lidam com pessoas com transtorno mental, em especial os agentes de saúde, aponta para existência de comportamentos estigmatizantes. Como as falas elencadas abaixo nos ajudarão a compreender, as condutas apontam para o seguinte desenho:

rotulação; estereótipo da rotulação; separação em “nós” e “eles”; respostas emocionais e contribuição para perda do status ou discriminação.

1. Rotulação

A rotulação de uma pessoa como louca é a constatação, por meio de um conduta imprópria informada ou testemunhada, de que a pessoa possui uma identidade deteriorada. A rotulação funciona como uma marca e sua atribuição sintetiza uma quantidade informação possuída por quem estigmatiza. A informação é a matéria-prima utilizada dentro de uma interação para construir roteiros de conduta capazes de enquadrar o outro em um papel social moralmente condenável, um processo que, por meio do exercício do poder, ressalta as características reprováveis em detrimento daquelas consideradas positivas.

Quando se trata de estigma profissional, a rotulação ganha ares ainda mais potentes, pois parte de uma informação embebecida de autoridade, na medida que está ligada a um papel social inserido em uma instituição que imbui o ator social de um poder de declaração inerente a sua ocupação. A ocupação que se exerce propicia, portanto, maior possibilidade de uma rotulação efetiva e a certeza de que a rotulação corresponde a verdade. No caso do meu campo, ao exercer seu trabalho sem grande amparo de uma consciência específica sobre o cuidado, o trabalhador da atenção básica exemplifica esse processo:

- *São mental mesmo. Essas pessoas que... dessas pessoas que, como é que se diz, que é louco mesmo.*

“A”, agente de saúde

2. Estereótipo da Rotulação

A aplicabilidade de um rótulo busca legitimidade na construção de uma argumentação que costura fatos pontuais com as interpretações feitas desses fatos por meio de estereótipos alimentados por representações sociais naturalizadas. Essa costura é apresentada como a verdade e implícita ou explicitamente posta como indiscutível e aplicável a todos os casos semelhantes. Em contextos de estigma profissional, os estereótipos evocados e consequentemente a argumentação construída ganham ainda mais força, pois são ornamentados com a “experiência prática do trabalhador”, que vive aquele cenário no seu cotidiano.

No meu campo, foi possível perceber esse processo com evocação de uma imagem da pessoa com transtorno psíquico como alguém infantilizado, desafiante dos limites, violento e que necessita de tutela. Como as falas em destaque demonstram, os trabalhadores reconstituem e atualizam a imagem do louco, a pessoa com transtorno mental é compreendida como era vista dentro dos asilos, isto é, alguém desrazoado, infantil, sem controle, imprevisível, sem temor e sem limites. Enfim, alguém que necessita ser isolado ou não tem condições de viver em sociedade:

- *[...] Não entende nada, feito criança [...] são pessoas loucas mesmo. Se você disser que isso aqui é água, eles não sabem que isso aqui é água.*

“A”, agente de saúde

- *É deficiente mesmo. [...] em qualquer canto que ele chega, ele tira a roupa.*

“J”, agente de saúde

- *Eu tenho um que não dá para viver socialmente [...] é totalmente dependente da medicação [...] Ele tem que tomar de manhã, à tarde e à noite. Se ele não tomar o bicho pega. É mãozada até umas horas.*

“J”, agente de saúde

- *[...] uma pessoa de loucura, ela tá... [...] ela fica nua, ela se corta, ela sai a noite, não tem medo de nada.*

“M”, agente de saúde

3. Separação entre Nós e Eles

A evocação do estereótipo e aplicação de um rótulo possuem a finalidade de estabelecer uma fronteira. O processo de rotulação é uma maneira eficaz de categorizar e organizar o mundo. Quando aplicado a grupos sociais, movimenta-se seguindo algumas diretrizes que buscam dividir e ajuntar pessoas por meio de equivalências de características, ações e intenções consideradas comuns (JODELET, 2001). Portanto, apreende-se e define-se o outro ao mesmo tempo que define-se o nós.

Essa fronteira social sedimenta e legitima a possibilidade de estigmatizar, pois constrói naquele que estigmatiza a certeza de ser diferente do outro, do estigmatizado. O indivíduo que se enquadra no estereótipo, que foi rotulado e ostenta um signo de estigma, faz parte de um tipo de gente que necessita ser evitado, pois, não integra o “nós”. No que toca ao estigma profissional na saúde mental, a separação entre “nós” e “eles” é dupla, pois está relacionada a uma diferenciação de papéis ocupacionais e também ao abismo de um entendimento preconceituoso dos transtornos mentais.

No meu campo, essa divisão se manifesta em uma profunda falta de empatia pelo que sofre, claramente percebida em declarações que fazem uma divisão clara entre entrevistado e usuário e definem algumas pessoas com transtorno como “esse tipo de pessoa”, que tem como uma das características o “só fala besteira”, que, por falta de adjetivo melhor dos entrevistados, configura um exemplo claro da categoria identitária denominada “louco mesmo”. Portanto, na ausência de uma formação embasada nas diretrizes oficiais, pessoas com transtorno mental são encaradas como indesejadas, ridículas, risíveis e essencialmente diferentes:

- *[...] Tem o louco mesmo. Que realmente precisa de medicação. E eu não tenho isso. Eu não trabalho com esse tipo de pessoa, né?*

“A”, agente de saúde

- *[...] É louco, louco, louco. [...] E o outro ele fala, só que ele só fala besteira. Só em olhar para ele, você já sabe que é louco mesmo (risos). Mas, fora isso, são pessoas que são acompanhadas por medicação [...]*

“A”, agente de saúde

4. Respostas emocionais

Ao evocar estereótipos, rotular e estabelecer fronteiras sociais, as pessoas que estigmatizam exercem um movimento de ancoragem, isto é, classificam as informações que lhes são apresentadas por meio daquilo que já lhes é familiar, seja porque foi vivido ou somente conhecido. Por meio da memória coletiva e reivindicando como seu o substrato intersubjetivo da realidade, quem estigmatiza tenta lidar com a alteridade, instrumentalizando

de forma resoluta um conhecimento para fins de normalização da situação social. Esse processo não é racionalmente dado, no sentido de estar isento de emoções, muito pelo contrário, elas fazem parte dessa operação cognitiva.

O que todas as falas que indicam a estigmatização nos auxiliam a compreender é que ao se deparar a infração de uma regra, que abala a atitude natural, o ator se esforça para agir da forma mais segura possível para sua própria identidade social, bem como pessoal. Dessa maneira, seu repertório de ação não está somente marcado pelo uso de representações sociais e pelo conhecimento prático adquirido sedimentados em seu estoques de conhecimento, mas uma série de sentimentos que fomentam também a estigmatização.

Diante do perturbador, o ator instrumentaliza seus repertórios em um esforço de significar e lidar com o não familiar de forma a não ser reprovado por outros considerados como idôneos, por ele mesmo e também com o propósito de afastar todas as emoções negativas que o não familiar venha a promover. Dentre essas emoções, uma é bastante comum em casos de transtorno mental: o medo de ser identificado com aquele ou aquilo que age e promove a perturbação.

No caso de minha pesquisa, a convivência com pessoas com transtorno mental é marcada por desconfiança, chateação, receio, medo e ansiedade, como as falas abaixo ilustram. Em minha interpretação, sentimentos como esses apontam para uma irrefletida condenação do diferente, bem como para marcadores interacionais que delimitam fronteiras identitárias tanto para os usuários quanto para a equipe e para si mesmo sobre o lugar social de pessoa não acometida com transtorno mental:

- *[...] uma pessoa que vivia isolado e ele era agressivo, muito agressivo, eu tinha medo de ir na casa dele [...] além de ter o problema do transtorno, ele bebia. Aí ele pegava a faca quando estava vendo alguém dizia que ia matar...*

“A.N”, agente de saúde

- *[...] Tem hora que eles não estão amigáveis com a pessoa, qualquer coisa se irritam, ficam irritados e ficam agressivos [...] eles são agressivos.*

“J”, agente de saúde

- [...] *Esse paciente é doido tá me enchendo o saco [...]*
“J”, médica, relatando o que testemunhou na equipe.

Tais emoções obviamente não passam despercebidas, ao contrário, promovem reações emocionais nos usuários. Embora não haja dados suficientes para comprovar isso na realidade que pesquisei, se pode dizer que parte da disposição agressiva ou reclusa dos usuários em alguns casos é uma resposta àquilo que vivem em um cotidiano marcado por violência. É bem possível, portanto, que no meu campo as palavras de Goffman (2017, p. 23 e p. 27) também sejam uma realidade concreta, “o indivíduo estigmatizado pode se descobrir inseguro em relação à maneira como os normais o identificarão e o receberão” e ainda “[...] pode-se acrescentar que a pessoa estigmatizada algumas vezes vacila entre o retraimento e a agressividade [...]”

5. Contribuição para Perda do Status ou Discriminação.

Todos os passos anteriores culminam na perda do status e/ou discriminação de uma pessoa com transtorno mental. Quando reações emocionais se manifestam, estereótipos são bem aplicados e um rótulo é usado para identificar comportamentos ou pessoas, a deterioração identitária se completa a pessoa estigmatizada passa a ser vista de forma quase humana ou não humana. Essa perda de status se manifesta frequentemente nos diversos espaços que uma pessoa com transtorno vem a ocupar, pois onde quer que esteja ela se resume a condição de “louco”.

O estigma profissional é um agravador para perda do status e para a promoção da discriminação. No caso do meu campo, o estigma profissional se apresenta também em um processo de institucionalização da perda do status, o que materializa-se em uma prática claramente discriminatória, prática que era feita em uma das unidades e fora interrompida por um dos profissionais médicos entrevistados logo depois que assumiu o seu cargo, o chamado “dia do doido”:

- *desde quando eu entrei, não tem um dia específico para eles virem para essa renovação de receita ou para as consultas [...] o dia do doido...*

A expressão “dia do doido” nos apresenta como o estigma pode institucionalizar-se na falta de uma formação que pense a estigmatização como um problema de consequências reais e profundas. Por meio do elencamento de um dia para atendimento de pessoas com transtorno mental, cientes ou não, estigmatizando propriamente falando ou não, os profissionais, ao contrário do que se preconiza nos documentos oficiais, segregam os usuários com problemas mentais e criam um espaço facilitador da atribuição do rótulo negativo.

Neste sentido, o ambiente de cuidado é transformado em ambiente de vergonha e passa a ser visto como um cenário a ser evitado por aquele que possui o transtorno. Negava-se ao espaço da atenção básica a possibilidade de ser um cenário de reconhecimento da humanidade da pessoa com transtorno mental, transformando assim o ambiente em um local de distribuição de receita pura e simplesmente.

O evitamento de um local como esse era fundamental, pois estar ali significaria admitir e assumir sua identidade deteriorada. O impacto de situações como essa atrelado com sociabilidades primárias também marcadas pelo estigma não poderia ser outro se não o autoestigma.

Autoestigma

O autoestigma faz parte da carreira moral de qualquer pessoa que se vê parte de algum grupo considerado desviante/marginalizado. O autoestigma é internalização por parte do indivíduo da percepção que ele está em uma condição inferior ou que não é uma pessoa de todo normal. Levado ao extremo o autoestigma é quando um indivíduo toma para si o entendimento de que ele não possui os atributos básicos que o levariam a ser respeitado por outros (GOFFMAN, 2011).

Mesmo que não se manifeste desse modo, que a pessoa não venha a se encarar como inferior, o autoestigma pode se apresentar como uma percepção de si mesmo como uma pessoa difícil, complicada, parcialmente fracassada ou diferente. Consequentemente, a autodepreciação, a vergonha, a insegurança e a raiva se tornam frequentes e servem, como em um ciclo vicioso, como elementos reafirmadores da característica negativa.

No meu cenário de pesquisa, não foi possível registrar muitos relatos de autoestigma, um dos motivos, preciso admitir, foi o meu recorte focado de maneira mais especial nos trabalhadores da atenção básica. Outro elemento que serviu de obstáculo foi a distância entre pesquisador e entrevistado em um assunto tão delicado. Assim, falar com um estranho de

como, por conta de um problema, você se sente inferior aqueles que lhe cercam não é fácil, pois gera vergonha e envolve a expressão de sentimento negativo, isto é, o reconhecimento de que você realmente acha há algo de errado consigo.

Apesar das dificuldades, não há indícios de sua não existência, nem que ele não seja uma consequência frequente do convívio com o transtorno em uma realidade tão marcada por outras formas de estigma. Na verdade, os poucos relatos que tive acesso demonstram que o autoestigma é uma realidade e que, como outros tipos de estigma, passa despercebido da assistência à saúde mental. Os trechos abaixo apontam para a presença de um sentimento de diferença e de vergonha, os quais se manifestam em sociabilidades reduzidas, isolamento autoimposto e dificuldade na continuidade do tratamento, na medida que se tenta negar o rótulo de louco por meio da negação da assistência e da necessidade do cuidado:

- *Ela se fecha. Porque como é um transtorno [...] Ela se acha diferente [...] ela se sente, sei lá, “ah, eu sou louca e num sei o que” [...]*

“A.N”, agente de saúde

- *Eles botam na cabeça que eles estão ficando loucos ou que as pessoas pensam que eles estão loucos. Aí terminam não indo [...]*

“M”, agente de saúde

- - *A senhora tem alguma dificuldade de falar com as médicas sobre seus problemas?*
- *Tenho. Eu tenho vergonha.*

“J”, usuária

Levando em consideração que a maioria das falas sobre autoestigma me foram trazidas por trabalhadores, me saltou os olhos a falta de iniciativa para lidar com o problema. A maioria das entrevistas que relataram a ocorrência de autoestigma não traziam comentários sobre uma agenda de combate mais ampla do problema. Não obstante, preciso admitir que ouvi também sobre o esforço da equipe para encaminhar usuários para tratamento psicológico. Como mostra a fala da usuária destacada abaixo, esse recurso é fundamental e proveitoso para o bem-estar do indivíduo. Todavia, o apoio psicológico individual é insuficiente para que uma mudança mais estrutural seja feita e a estigmatização seja mitigada.

- *com a psicóloga foi bom, muito bom a gente conversou bastante precisa meditar, eu conversei com ela pra mim foi o dia mais melhor que eu tive, desde que eu adoeci [...] ela me entende bastante ela me abraçou, chorei, ela me deu um abraço, um carinho que eu nunca tive da minha mãe.*

“J”, usuária

Agenda de Desestigmatização e a Falta de Promoção à Saúde Mental

Uma mudança estrutural significa a construção de iniciativas que abranjam mais do que indivíduos isoladamente. No que toca ao estigma os caminhos não podem levar em conta somente o tratamento e a fomentação da resiliência das pessoas com transtorno mental, pois isso é insuficiente. Como Amarante (1998) afirma, a terapêutica necessária para lidar com os transtornos mentais passa pela construção de novas formas de sociabilidade e também de subjetividades, o que invariavelmente significa uma abrangência para além da intervenção sobre o transtorno.

Sobre isso, Hinshaw (2010) afirma que a superação do estigma depende de múltiplas frentes para que de fato uma agenda de desestigmatização seja concretizada. De acordo com o autor, deve existir esforços comunitários, legislativos, políticos, sociais, profissionais, familiares e pessoais para que a desestigmatização se torne plena e uma realidade mais inclusiva seja construída. No contexto da atenção básica, uma agenda de superação do estigma deve necessariamente ser territorializada para que haja mudanças permanentes na comunidade. Para que isso ocorra, deve haver ampla participação comunitária na ação e no planejamento das estratégias (WAGNER, 2017).

No capítulo onde discuto minhas bases teóricas, aponte algumas características que deveriam fazer parte do esforço para desestigmatização em âmbito profissional, a maioria deles ligados aquela iniciativa que considero ser o principal recurso para desconstrução de um entendimento reducionista de saúde mental e de combate ao estigma, isto é, a promoção à saúde mental. Por meio dessas características, esperava, mesmo com a confirmação da existência do estigma profissional, encontrar sinais de promoção à saúde mental no cotidiano dos trabalhadores, todavia, não foi esse o caso.

Em nenhuma das entrevistas eu pude enxergar sinal de que havia algum tipo de iniciativa minimamente sistematizada que abarcasse de forma clara e explícita qualquer um dos indicadores que discuti no meu marco teórico como sinais de uma prática desestigmatizante. Nas unidades visitadas, onde ocorreram as entrevistas, não se encontrou

nenhum tipo de ação que articulando a equipe de modo a fomentar uma *equalização do status* entre equipe e usuários, na busca de um espaço mais horizontalizado e amigável para as pessoas com transtorno mental.

Nenhum entrevistado citou alguma ação bem-sucedida de *modelo alternativo ao tratamento* medicamentoso ou comentou sobre alguma busca a nível de equipe para *diversificar métodos e procedimentos*, de modo a quebrar os círculos viciosos do estigma e enriquecer o cuidado. O cotidiano de trabalho dos entrevistados também se apresenta desamparado de suporte mais substancial. Em minha interpretação, a equipe tem pouco apoio uns dos outros e especialmente da rede. Por fim, existe uma alienação das possibilidades que a comunidade pode possuir de autocuidado e pouca competência cultural para compreender as especificidades do território e o que isso significa para estigmatização.

De modo geral, o que as falas apresentaram foi uma comprovação de que na minha realidade de pesquisa os referenciais para as condutas acessados nos estoques de conhecimento dos trabalhadores destoam, por inúmeros motivos, dos referenciados no modelo atual e que isso contribui para estigmatização. Inclusive, na completa falta de qualquer ato preventivo e promotor de saúde mental, como indicam as falas abaixo:

- - *E a promoção, tem mais alguma coisa específica da promoção de saúde mental?*
- *Não, que eu saiba não.*
- *Eu queria que você falasse um pouco do lugar da atenção básica na rede de atenção à saúde mental, onde ela se encontra e quais são suas tarefas?*
- *Eu acho que para atenção básica para trabalhar na saúde mental seria mais na promoção mesmo. Em palestras para você falar porque algumas pessoas utilizam a medicação, porque serviu para o outro e vai servir para esse, eu acho que seria mais no trabalho da promoção e prevenção dessas medicações para... em palestras, em visitas domiciliares para ver a real necessidade desse paciente, da medicação ou não, é porque tem pessoas que tomam só para dormir e outras que tomam a medicação e não tem transtorno nenhum. Então a gente podia trabalhar justamente nisso, saber a realidade do paciente e depois trabalhar para que ele não necessite ser um paciente de saúde mental.*

“D”, Enfermeira

- *[falando sobre promoção à saúde mental] Eu e a agente de saúde fazemos umas palestras, como a gente faz palestra para adolescente, tentamos englobar tudo. Tanto risco da gravidez, higiene [...] Agora assim, precisaria de outra equipe que viesse, porque o tempo resumido aqui de trabalho ele é justamente para as coisas preconizadas que a gente tenta bater a meta.*

[sobre a integração do posto com ações comunitárias para o bem-estar] se eles vierem e a gente ficar sabendo, interage. Mas, assim, se vierem procurar o posto, eu vou colaborar de alguma forma [...] Mas, não é rotina não de ter alguma coisa nesse sentido. Nem está no cronograma.

“E”, enfermeira

As duas falas citadas apontam problemas que impactam diretamente na agenda para superação do estigma. Em Caruaru, a enfermeira entrega um cenário totalmente carente de uma política de promoção, mas, não somente isso, pois também deixa transparecer uma compreensão reducionista da promoção à saúde mental. Para ela, promover saúde mental é lidar com o abuso do medicamento, todavia, compreender saúde sem levar em consideração outras dimensões que estão para além do uso e do abuso da medicação é um erro. Como toda a tradição basagliana tenta demonstrar, o cuidado com a saúde mental deve ser feito sempre levando em consideração a dimensão cidadã da existência.

Em Agrestina, a precariedade é semelhante. O assunto da promoção à saúde mental é secundário e a justificativa para isso é que o tempo dos trabalhadores é investido nas metas oficialmente preconizadas que devem ser alcançadas. Porém, quando se lê de forma atenta as diretrizes da atenção básica, se percebe que a promoção à saúde, inclusive a mental, é prioritária. Portanto, a preocupação em fomentar saúde e não só combater doenças, deveria fazer parte do plano de ação da unidade e de suas metas, o que invariavelmente significaria o estabelecimento de iniciativas que impactariam a questão do estigma.

Mas, além disso, foi possível perceber com a fala da enfermeira da comunidade em Agrestina que o trabalho da equipe de atenção básica se dá de maneira isolada da comunidade. O cotidiano resume-se ao oferecimento de um serviço, sem qualquer participação mais substancial da equipe nas dinâmicas que compõem o território. As ações comunitárias identificadas como positivas para o bem-estar da comunidade são poucas e não

tem a equipe como promotora, mais do que isso, a equipe só se envolve se for convidada. Neste sentido, não há iniciativa e se perde uma possibilidade de estabelecer vínculos e maior diálogo com a comunidade. Por fim, a enfermeira ainda deixa claro que não há espaço planejado no cronograma para participação em atividades desse tipo.

O quadro que encontrei no dia a dia das equipes materializa a realidade estrutural da atenção básica à saúde mental que o Estado apresenta. Espaços, iniciativas e ações de inserção social, de fortalecimento e construção de laços, bem como que considerem a cidadania como ingrediente basilar do bem do estar são escassos, para não dizer inexistentes. Resta aos profissionais, em sua demanda diária, construir uma conduta profissional não só humanizada, mas também que sirva de ponte para uma realidade menos excludente. Todavia, uma educação preparadora, capaz de garantir a formação de iniciativas sensíveis à visão holística da saúde é crucial e este é um outro ponto com execução prejudicada. Mais do que isso, uma formação e também condições profissionais engajantes são também fundamentais. Na ausência de um cenário favorável e diante de uma demanda complexa, a sensação predominante não poderia ser outra que não a frustração diante da falha, como a fala de um dos profissionais médicos atesta:

- *[falando sobre promoção à saúde mental] Confesso que diante do que eu encontrei [...] eu ainda não consegui ter ideias para isso, de pensar grupos de saúde que não fosse o foco de saúde mental que falasse sobre outras coisas para entrar nisso ...*

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Meu propósito com essa pesquisa foi contribuir para o estudo da saúde mental enquanto fenômeno social e objeto sociológico. Considerando isso, me propus a investigar as atividades dos profissionais responsáveis pelo cuidado de pessoas com transtorno mental. Meu objetivo foi analisar como esses profissionais entendem sua prática e como elas são significadas, levando em consideração o uso dos seus estoques e conhecimento, bem como a relação delas com o fenômeno da estigmatização e uma agenda promotora da superação do estigma.

Para isso, nós passeamos por considerações sobre a loucura e sua relação com a construção da realidade social, construindo uma argumentação que demonstrasse a razão pela qual se deve compreender a loucura como um fenômeno de nuances históricos que, em certo momento, passou a ser interpretado por meio de sistemas médicos. Como também tentei deixar claro, todo esse processo de reconstruções e reinterpretações permitem a compreensão que o louco, enquanto ator social, é definido e tratado tendo em vista outros elementos além de seu próprio transtorno.

Meu texto também apresentou uma discussão que demonstra como nossas representações sociais influenciam e sofrem influência de nossas experiências, construindo a normalidade, a atitude natural, sendo importante ingrediente para o conhecimento que compõe nossos estoques de conhecimento. Além disso, tentei apontar como utilizamos esse conhecimento para sustentarmos as frágeis cordas daquilo que chamamos de realidade nas mais diversas interações sociais, inclusive aquelas que estão relacionadas ao mundo do trabalho.

A razão pela qual toda essa excursão me pareceu importante é o caráter fugidio que as perturbações mentais possuem e uma premissa que sustento, enraizada na minha formação sociológica, a compreensão que o ordenamento social é construído dialogicamente, de forma interacional, sob as amarras da cultura, da história e da influência do exercício do poder. Em minha perspectiva, a perturbação do ordenamento invariavelmente requer uma resposta, que pode ou não levar a mudança da ordem atual, a loucura, pelas suas características, pareceu-me um terreno fértil para pensar essa questão.

Pensando nisso, a questão do estigma surge como um importante ingrediente, pois ele é uma resposta possível para os elementos desviantes e portanto perturbadores do ordenamento social. Pensar a relação estigma e loucura, desde o começo da minha vida enquanto pesquisador, me pareceu uma forma interessante de estudar como nós, a partir de

nossas ações, administramos, as situações e os eventos “ameaçadores” a naturalidade que julgamos inerente a realidade social. Sob essa perspectiva, estudar o estigma e a maneira como lidamos com ele significou também analisar as medidas mitigadoras como um imperativo.

Estudar a desestigmatização não somente contribui para a verticalização de um conhecimento sociológico mais amplo, como também permite a compreensão de uma questão empírica fundamental, isto é, a maneira como contemporaneamente se lida com o cuidado dos transtornos mentais em uma realidade marcada pelas discussões da reforma psiquiátrica. Por fim, tudo que fiz na minha trajetória acadêmica em meu estudo sobre saúde mental e estigma é muito pouco diante da vastidão das possibilidades que tais fenômenos encerram. Tenho certeza que outros recortes teóricos e metodológicos podem contribuir tanto ou mais do que a minha pesquisa aqui descrita. Dito isso, divido minhas considerações finais em três momentos: *considerações sobre meu campo de pesquisa e apontamentos sociológicos mais amplos e propostas para continuidade de pesquisa.*

6.1 Considerações sobre meu Campo de Pesquisa

No primeiro momento da análise, me propus a investigar os documentos e diretrizes sobre o cuidado em saúde mental na atenção básica de modo a tentar compreender melhor as diretrizes basilares do cotidiano profissional de quem se integra nesse nível de atenção. Os documentos apresentam um entendimento maduro e sofisticado sobre saúde, considerando nisso o papel do indivíduo, comunidade, familiares e sociedade de modo geral. A concepção de cuidado é pensada para além da perspectiva estritamente assistencialista, de cunho intervencionista. A própria compreensão de saúde não está reduzida ao entendimento de um corpo saudável, mas de bem-estar enquanto responsabilidade compartilhada, ou seja, uma questão que rompe as fronteiras do orgânico e se coloca como uma problemática política, amparada em perspectivas democráticas de direito e deveres.

A maneira como a atenção básica relaciona-se com a assistência à saúde mental ecoa, nas suas diretrizes oficiais, os fundamentos gerais tangenciados no parágrafo anterior. Inserida dentro da Rede de Atenção Psicossocial, a atenção básica se apresenta como tecnologia estratégica para uma concepção de saúde mental que se pretende atenta a pessoa de maneira integral. Ao pensar a pessoa não somente enquanto corpo, mas como um indivíduo que possui biografia e laços sociais, as diretrizes apresentam caminhos muito favoráveis para uma

realidade que não se furta a promoção do bem-estar e consequentemente do combate à estigmatização nos seus variados níveis. A saúde é uma dimensão que não se restringe a gestão de cura orgânica nos documentos, pois é pensada de maneira sistêmica levando em consideração, meio ambiente, indivíduo e sociedade.

Ao propor como uma assistência ancorada na dissolução do centralismo terapêutico, no foco na pessoa, no cuidado territorializado e na valorização da subjetividade, a atenção básica cumpre requisitos indispensáveis para a promoção de uma melhor qualidade de vida aos que convivem com algum tipo de transtorno. Dessa maneira, em sua dimensão teórica, a atenção básica à saúde mental oferece os instrumentos necessários para um cuidado mais humanizado, apresentando elementos que favorecem a equalização do status, a promoção de uma competência/sensibilidade cultural, métodos e procedimentos de tratamento não restritos às abordagens medicalizantes e suporte para o aprendizado mútuo e troca de experiência entre seus trabalhadores. Nas diretrizes, a atenção básica amplia a possibilidade de entendimento de uma realidade clínica e reconstrói a lógica do sistema médico ocidental, promovendo um entendimento que rompe com paradigmas asilares.

Falando especialmente do estigma, tais elementos citados são muito importantes para o seu combate, pois permitem quebrar o ciclo de sua lógica interna e orientam o olhar para além da condição negativa imposta por uma identidade deteriorada. Como responsável por parte da reinserção social, a atenção básica se pensa como uma quebra da radicalização das distâncias e rupturas na relação usuário e equipe de saúde. Mais do que isso, se apresenta como partidária de uma concepção de cuidado que vê a cura como um processo referente ao corpo físico e ao corpo social, atingindo também representações individuais e grupais (MARTINS, 2003).

Embora seja importante salientar o avanço que as diretrizes apresentam, assim como também são dignas de honra a lei estadual nº 11.064/1994 e a lei federal 10.126/ 2001, bem como as mudanças positivas ocorridas na vida de pessoas com transtornos psíquicos, a realidade empírica está longe do ideal escrito nas linhas dos documentos. A análise inicial começava a deixar claro algo que já suspeitava no início da pesquisa: o arcabouço teórico da atenção básica não era um problema, pois seria capaz de orientar formações e práticas do cotidiano profissional. O problema estaria em outras questões, mais especificamente nos obstáculos que impedem a ligação entre a conduta profissional e as diretrizes dos documentos oficiais.

Para entender esse processo, tentei, de forma panorâmica, compreender como Pernambuco pensava em seus documentos a gestão de saúde e de saúde mental. Esse procedimento me pareceu necessário porque a despeito do meu recorte, horizonte teórico e perspectiva ligada a uma espécie de sociologia da mente, não poderia me furtar de pensar questões um pouco mais estruturais na medida em que elas mesmas podem refletir concepções e representações da saúde, bem como certamente influenciá-las, de modo a reforçá-las ou enfraquecê-las.

Dessa maneira, mesmo discutindo aspectos como intersubjetividade, cultura enquanto sistema simbólico, representações sociais, estoques de conhecimento, *expertise*, dinâmica interacional e, em sentido mais amplo, a ação dos indivíduos e suas redes de sociabilidade, não pude perder de vista que tudo isso se sedimenta e se estruturaliza, recebendo influência dessa estrutura produzida. Em outras palavras, agência e estrutura são uma espécie de serpente de Oroboros sociológica e diante disso achei importante gastar algumas linhas com os documentos.

Voltando aquilo que a pesquisa me permitiu analisar, no que toca a assistência à saúde mental em Pernambuco encontra-se um quadro que não leva em conta aquilo posto nas diretrizes postuladas nas leis e nos documentos oficiais, falta ao Estado uma política pública suficientemente eficaz que apresente em uma prática eficiente a força que a atenção básica possui nos documentos nacionais. Apesar de ser vanguardista na história nacional no trato à pessoa com transtorno mental, o desenho da rede pernambucana apresenta lacunas importantes na organização da assistência e cuidado à saúde mental e sofre com a centralização do CAPS como principal referência no cuidado.

Toda a estrutura pensada na rede psicossocial pernambucana, de acordo com os documentos analisados, apresenta complicações no que toca aos instrumentos para inclusão de pessoas com transtorno mental, bem como não utiliza todo o potencial da atenção básica. Certamente não é possível afirmar a partir de minha análise todas as causas dessa construção deficitária, mas é possível dizer que o atual desenho da rede e a maneira como a atenção básica à saúde mental tem sido gerida impactam diretamente no cotidiano dos trabalhadores, nos seus repertórios de ação e na estratégia que tomam de forma não positiva.

A maneira como esse gerenciamento se dá impacta também na vida do usuário do sistema, em sua falta de confiança no sistema público, na maior probabilidade de experienciamento de situações agravantes de seu transtorno e de sua condição enquanto pessoa em sofrimento, tais como a estigmatização e o abuso de medicamentos. A falta de

atenção para tecnologias propiciadoras de reinserção social e a distribuição desigual da assistência são variáveis que não devem ser perdidas de vista em uma avaliação mais detalhada da maneira como a atenção básica funciona.

Quando se volta a atenção para os dados referentes a Agrestina e Caruaru, a situação à nível estadual se torna mais clara e ganha corpo. No caso dos municípios, falta por parte das gestões a instrumentalização e os recursos necessários para prover aos trabalhadores as ferramentas ideais para que deem conta daquilo que é preconizado pelo paradigma iniciado após reforma psiquiátrica e registrado nos documentos oficiais. A combinação dessas limitações produz uma estreiteza de compreensão tanto por parte da própria gestão quanto dos profissionais, favorecendo a perpetuação de paradigmas criticados, os quais ainda são fortes e na realidade que estudei.

Mesmo com 19 anos de promulgação da lei 10.216/01, encontrei um entendimento sobre saúde mental reducionista e secundarizado que acaba se manifestando em fragilidades no cuidado e na própria estrutura da assistência à saúde mental disponível. Seja em nível estadual ou regional, a rede não se apresenta, gerencialmente falando, um preparo para se lidar com o estigma ou mesmo para se construir iniciativas mais amplas e concretas que promovam iniciativas de valorização do cuidado e do trabalhador responsável por ele.

Tudo isso que percebi se reproduz com força no cotidiano dos trabalhadores do meu campo, o que desencadeia um cenário marcado por improvisações, despreparo e presença do estigma. Em Agrestina e Caruaru, os profissionais das unidades estudadas apresenta uma formação precária, perspectivas sobre o universo da saúde mental enraizadas em repertórios divergentes daqueles acordados pelo SUS e também uma inabilidade para lidar com questões de promoção à saúde mental, estigmatização e cuidado como conceito amplo e não restringido a dimensão anatomoclínica.

O resultado é uma conduta marcada pelo estigma profissional, estabelecadora de fronteiras entre usuários e trabalhadores, fortemente centralizada no médico e no abuso das medicações, bem como por uma rede fragmentada de diálogo inexistente ou parco. Em relação ao usuário, o impacto se manifesta na vivência de um estigma forte, que se apresenta multifacetado, pois além de provir de profissionais, também é familiar, comunitário e autoimposto. Para além disso, vale destacar a predominância de uma cultura medicamentosa, manifesta por um lado pela rede clandestina de uso e distribuição de medicamentos, pela prescrição constante e pelo cenário de dependência de psicotrópicos e, por um outro lado, pela

falta de vivências de tratamentos não orientados para o uso da medicação e favorecedores da escuta.

Sintetizando tudo isso, poderia apontar o seguinte como resumo das minhas considerações finais sobre minha análise da atenção básica e sua relação com o cuidado à saúde mental e o fenômeno do estigma em Agrestina e Caruaru:

1 - Embora possua uma história de avanços no cuidado à saúde mental, Pernambuco apresenta uma rede de atenção psicossocial que não consegue suprir todas as demandas, nem alcançar o nível ideal de cuidado que os esforços da reforma psiquiátrica delinearam. As carências se espalham em todos os níveis, especialmente no básico e de forma bastante substancial nas iniciativas de inclusão, ressocialização e exercício da cidadania. Por fim, a atenção básica à saúde mental é precária e há diferenças na maneira como funciona em contextos metropolitanos e não metropolitanos. Na construção e no desenvolvimento da rede em nível estadual pouca ou nenhuma sensibilidade para as especificidades do território está presente, além disso, o Estado ainda precisa se desvencilhar de aparatos asilares remanescentes.

2 - No que toca a região de saúde IV, especificamente Agrestina e Caruaru, se pode concluir que há um impacto direto das dificuldades em nível estadual no seu funcionamento. Dificuldades orçamentárias e de gestão se mesclam a um quadro de funcionamento precário da rede, favorecendo um cuidado reducionista não atento às reflexões sobre território e humanização. Agrestina e Caruaru sofrem com uma rede que não dialoga e que, por isso, não permite um acompanhamento mais integral dos seus usuários, os quais frequentemente apelam para consultas privadas, inviabilizando ainda mais o diálogo entre os diversos setores da rede e o gerenciamento do cuidado pela atenção básica por meio das unidades básicas de saúde.

No que toca, portanto, ao funcionamento da rede identifica-se problemas sérios em pontos essenciais para o estabelecimento da atenção psicossocial. Com isso, há uma reação em cadeia que se opera desde o nível estadual, perpassando a dimensão regional até o nível do cotidiano dos profissionais, onde a consequência mais imediata é um funcionamento marcado por grande disparidade entre o que o documento prevê e aquilo que realmente ocorre. A assistência opera-se pragmaticamente a partir do que se tem, fazendo-se o que se pode de

melhor, o que invariavelmente significa a perpetuação de práticas antagônicas aquelas ligadas aos paradigmas humanísticos.

3 – Produz-se no contexto da assistência um cuidado reducionista ancorado no uso exacerbado de medicamentos e marcado pela falta de iniciativas não medicamentosas. A rede também não oferece suporte ou apoio aos trabalhadores, pois apresenta uma grande precariedade no que toca a referência, contrarreferência, matriciamento e educação permanente em sua maior parte. Destaca-se também que profissionais são mal formados, não participam de formações continuadas, se sentem incapazes, sustentam referenciais que produzem um cuidado empobrecido, que não garantem ferramentas necessárias para implementação de estratégias mais efetivas no que toca ao uso do território, valorização da subjetividade e humanização do tratamento.

A falta de formação reverbera também na inexistência de qualquer iniciativa em termos de promoção à saúde mental e maior proximidade com a comunidade, pois entende-se o exercício do cuidado por meio de uma perspectiva restritiva de saúde. De certa maneira, se pode dizer que o serviço de assistência está no território, mas não faz do território instrumento de sua assistência e nisto não existe esforço de tornar a própria comunidade uma agente terapêutica. Por fim, a realidade que estudei é marcada pelo estigma, manifesto nos mais variados níveis, inclusive nas atitudes dos trabalhadores. Mesmo que uma generalização seja precipitada, arrisco dizer que em contextos semelhantes ao que estudei, onde os trabalhadores vivem formações e dinâmicas profissionais parecidas, a atenção básica é marcada pela presença do estigma, o seu não enfrentamento e um exercício de cuidado pouco sofisticado.

6.2 Apontamentos Sociológicos mais Amplos

Além de uma preocupação mais imediata com meu campo e suas dinâmicas, meu trabalho também foi uma forma de refletir e tentar contribuir com questões mais amplas da sociologia. Ao pensar como a sociedade compreende as pessoas com transtorno mental, quis refletir sobre como a sociedade administra questões que, em maior ou menor grau, abalam a normalidade e o cotidiano ou mesmo são consideradas desafortunadas e inconvenientes. De certa forma, meu interesse estava voltado a como nós, enquanto construtores da realidade social, administramos situações ameaçadoras ou perturbadoras - independentemente do grau

dessa ameaça ou perturbação - normalizando-as por meio do uso do repertório de experiências que são nossas e que nos são transmitidas.

Conforme meus estudos sociológicos se aprofundaram, me pareceu cada vez mais que mesmo o enquadramento de uma experiência como absurda, incompreensível, bizarra ou anormal é construída tendo por fundamento a experiência do normal e do que é considerado como natural. Mas, não somente isso, o bizarro, o desviante é, ao que me parece, uma forma de normalização negativa ou às avessas, pois o estranhamento que o produz é um complexo produto dado por meio da consciência, da interação social e do imbricado processo intermediado pelo uso do conhecimento e das experiências nossas e de outros que apreendemos no decorrer da vida. Aquilo que toma a atenção e nos leva ao estranhamento não fica sem resposta. Assim, mesmo que a resposta seja um “eu não sei” ou um conjunto de emoções quase inexprimíveis e inexpressíveis, remontamos para a dimensão social da existência em toda a sua complexidade. Reconhecer que algo está além de nossa compreensão só é possível remetendo aquilo que compreendemos como referência interpretativa.

Em minha perspectiva, o estudo da loucura permite uma compreensão profunda das ideias defendidas por autores como Schutz (1979), Berger e Luckmann (2009), pois ajuda-nos na compreensão que o mundo se produz no pensamento e na ação dos seres humanos. Um fenômeno que é alvo profundo de discussões, disputas e polêmicas, nunca inesgotável de todo em seu sentido, nos permite a compreensão que o estranho e o impactante não são ignorados, mas nascem no mundo social por meio do nosso esforço de assegurar uma maneira de lidar com eles, de agir sobre eles, de administrá-los, imprimindo um ordenamento e uma narrativa que os dê sentido de alguma maneira, mesmo que precária. Os transtornos mentais exemplificam aqueles fenômenos que se apresentam como um ponto de inflexão, fatos sociais que levam os seres humanos a colocar a naturalidade entre parênteses e perguntarem “como lidaremos com isso?”

Desse modo, compreender como nomeamos, reconhecemos e identificamos a loucura e as condutas identificadas com ela é perceber como objetificamos experiências, atualizamos o mundo por meio da linguagem e impomos, na difusão de nossas ações, a realidade como realidade. Neste sentido, independentemente de qual seja a origem dos transtornos mentais, o importante é saber que enquanto parte de uma realidade socialmente construída, a loucura, ao ser nomeada de alguma forma, sofre um ato de normalização e passa, enquanto fenômeno do/no social, a ser alvo de um procedimento que permite sua compreensibilidade. O ato de

compreensibilidade aplicado à loucura é o mesmo com outros fenômenos que, em algum momento, tornam-se alvo de atenção: o ato ou fenômeno, até então único, é nomeado e sendo nomeado passa a ser um entre outros semelhantes, que, embora também únicos enquanto uma experiência, agora passam a ser simbolizados, narrativizados, se tornando história e parte da história através da cultura. Neste processo, aquilo que era único é feito, via processos de socialização, recurso para compreensão do mundo (SCHUTZ, 1979; BERGER; LUCKMANN, 2009).

Por meio desse processo, representações sociais surgem e tanto influenciam quanto são influenciadas nos processos de formação de subjetividades, entranhando-se em cada um de nós por meio das estruturas sociais, que são manifestas em nossas redes de sociabilidade e que por meio de nossas ações, não intencionadas para além daquilo que está na dimensão pragmática delas mesmas, sustentam a normalidade, indicando nosso caráter de seres simbólicos e nossa necessidade intrínseca de ordenação. Avessos ao caos, ansiosos por uma segurança que nos é demandada ontologicamente, nós, enquanto humanidade, mesmo na busca por mudanças, nos esforçamos para construir uma ordenação. A loucura, como outros fenômenos sociais, requer respostas para que seja encarada como algo compreensível e isso ocorreu de múltiplas maneiras por meio de uma variedade de perspectivas, algumas que sobrevivem de maneira não hegemônica, tais como os entendimentos religiosos da loucura (BERGER; LUCKMANN, 2009; PETERS, 2017; GEERTZ, 1989; MARTINS, 2003). Levando isso em consideração, registro alguns últimos apontamentos sobre a seguinte questão: o que isso significa em relação a conduta e as perspectivas que orientam um ator social em seu processo de interpretar e compreender a loucura?

1- Diante o fenômeno, primeiramente se nomeia a partir daquilo que nos foi entregue pelas instituições sociais. Cria-se uma maneira de enxergar e compreender essa realidade que é ao mesmo tempo nossa, mas faz referência a um vocabulário cultural mais amplo. Neste sentido, abraça-se uma perspectiva que impõem-se de maneira autoritativa sobre outras possíveis em um procedimento que reúne, mescla ou rejeita concepções interiorizadas que foram apreendidas a partir do contato com o mundo exterior via diversas socializações.

Desse modo, o ator social, diante do fenômeno, serve-se de um código de interpretação e expressão que não é somente dele, mas compartilhado por diversos outros atores sociais, portanto é intersubjetivo. A nomeação do fenômeno, por meio desse

movimento, remete a gestos, hábitos, impressões, discursos e narrativas utilizados para compreender o fenômeno manifesto que não são exclusivos do ator em questão, mas estão potencialmente presentes no mundo para outros.

No entanto, o substrato simbólico utilizado como recurso não é o único, nem é homogêneo, antes é histórico, plural e contraditório. As diversas concepções e narrativas disputam o lugar de verdade, inclusive, no momento em que no movimento de compreender, tomamos consciência de algo e decidimos agir. Neste sentido, um profissional, ao ver uma conduta que considere perturbadora, a nomeia conforme aquilo que interiorizou, mas que não é somente dele e sim de todos que partilham com ele uma trajetória semelhante, uma cosmovisão parecida, ou seja, uma gramática simbólica comum.

2 - Sabendo que somos expostos às múltiplas socializações e que elas são dadas continuamente por meio dos jogos internos dos variados círculos sociais que fazemos parte, podemos afirmar que somos apresentados à inúmeras formas de compreender o mundo e seus fenômenos. No curso de nossa carreira, quando construímos nossas biografias, nos definimos pondo a prova o que aprendemos e nisto asseguramos quem somos, o que somos e o mundo ao qual pertencemos, isto feito, contribuímos para reforçar o ordenamento do mundo a partir das diversas interações que protagonizamos.

Para tanto, organizamos nossos estoques de conhecimento por meio das zonas de relevância e tentamos da melhor maneira manter aquilo que nos estabelece e assegura nosso *self* para nós mesmo e para os outros. Neste sentido, utilizaremos o conhecimento necessário e disponível para assegurar que as coisas não saiam do controle. Logo, quando um profissional se vê diante daquilo que nomeou como loucura, ele fará o possível para garantir a integridade de sua identidade, sustentar a ordem interacional, manter o cenário e não ocasionar um problema maior, justificando tudo isso por meio de uma argumentação amparada em um conjunto de valores que remetem aquilo que faz dele o que é.

3- No processo de enfrentamento de um problema ou situação que requer um posicionamento mais enérgico, buscaremos em nosso repertório a melhor forma de lidar com o evento. Se investe sobre o fenômeno de posse de uma gramática simbólica que permite seu enquadramento, ao mesmo tempo que legitima aquilo que é convencional, que consideramos natural e real. A perturbação ou problema serão lidos tendo em vista o estoques de conhecimento que temos à mão.

O processo de resolubilidade pode se configurar como uma tentativa de normalização positiva, no sentido de ser agregadora, humana e inclusiva da alteridade como parte desconhecida de um real que está além de minhas fronteiras. Mas, pode vir a se configurar como uma normalização negativa, que negará a possibilidade da pluralidade e reforçará o que é convencional por meio de uma naturalização da realidade social conhecida, fortalecendo, no processo, a identidade sustentada, suas raízes e o entendimento conservador – por falta de palavra melhor – do mundo, depreciando aquilo que foge ao familiar.

No que toca a loucura, um profissional, diante de alguém que é considerado louco, fará uso de sua experiência e do conhecimento que possui para lidar com aquele problema. Esse movimento pode ser marcado por uma tentativa de incluir a pessoa que sofre, na medida que o profissional a entenderá sob égide de uma perspectiva humanizadora ou, ao contrário, normalizando-o exatamente como anormal, na medida que o deprecia, o controla e o trata como “doido”, reforçando sua própria condição de são e afastando-se simbolicamente da loucura, garantindo a segurança necessária para se ver como uma pessoa dentro da ordem.

4 - Em nossa tentativa de normalizar, de sustentar um evento e legitimar o ordenamento social das tramas do mundo da vida, nós também fazemos uso dos nossos estoques de conhecimento de modo a sustentar a sacralidade dos ritos interativos. Portanto, podemos imprimir no evento ou no ator social que nos causa estranheza um rótulo negativo que o afaste do normal, assegurando a própria normalidade. Vale destacar que tal rótulo é contextual, obedece em primeiro lugar aos roteiros dos encontros sociais, mas também é construído mentalmente por meio do nosso arcabouço de conhecimentos e experiência.

Neste sentido, um ato desviante e o estigma são dependentes tanto do encontro, enquanto referência para sua aplicabilidade, quando de um resgate e da aplicabilidade de certa gramática simbólica, guardada em nossos estoques de conhecimento. Assim, ao se ver diante de um comportamento que não faz sentido, mas que nomeou de loucura, um profissional avaliará o comportamento de seu parceiro interacional para saber se aquilo foi um deslize ou constitui-se como um padrão interativo condenável. Ao fazer isso, ele estará atento às dinâmicas do próprio encontro, mas não somente, pois, estará buscando em sua mente toda uma série de conhecimentos e experiências que, dependendo de como se apresentem, o levarão até a lógica da estigmatização e ao próprio ato de estigmatizar como recurso de manutenção da normalidade.

6.3 Proposição de Pesquisas

Levando em consideração a fertilidade do tema abordado em minha pesquisa e consciente da inesgotabilidade da realidade social, gostaria de acabar minha tese reunindo uma série de propostas de pesquisa que contribuiriam para o desenvolvimento do tema abordado. Todas as propostas abaixo possuem como eixo norteador a noção da saúde mental como um fenômeno social e a necessidade de uma reflexão ainda mais aprofundada sobre as concepções e práticas de cuidado. Apesar disso, nem todas possuem ligação direta com o fenômeno da estigmatização, embora possam contribuir indiretamente para iniciativas que se concretizem como uma agenda de superação do estigma.

Um primeiro desdobramento possível seria uma investigação sobre os itinerários formativos dos trabalhadores da saúde, mais especificamente médicos e enfermeiros. Objetivando compreenderm , como cuidado é entendido e como a dimensão social da saúde é pensada, médicos e enfermeiros seriam inquiridos por meio de entrevistas semiestruturadas, de modo que tanto sua socialização profissional quanto outras referências pudessem ser sistematizadas. O estudo dos currículos dos cursos superiores também poderia ser feito, demonstrando-se um recurso elucidador para como tais questões estão sendo pensadas a nível de formação. Um direcionamento interessante para esse desdobramento seria trabalhar com estudantes ou mesmo por meio de uma abordagem comparativa entre estudantes e profissionais já formados. Teoricamente falando, parte do referencial aqui tratado seria útil, dessa maneira, as teorias da sociologia da profissão, especialmente na perspectiva de Eliot Freidson, o conceito de carreira e pontos de inflexão de Hughes, as reflexões de Berger e Luckmann sobre socialização e a reflexão sobre medicina humanizada de Martins poderiam servir de pontos de partida.

Ainda tendo por foco da atenção os trabalhadores, um outro desdobramento interessante seria a análise das concepções e usos de práticas integrativas. Em uma pesquisa com essa temática, um possível objetivo seria investigar as representações sociais sustentadas pelos profissionais sobre as práticas integrativas e o uso dessas práticas. O estudo necessitaria de entrevistas semiestruturadas aprofundadas e uma análise preocupada com o uso das representações sociais como orientadoras da ação e da comunicação, levando em consideração os elementos cognitivos, as práticas cotidianas e os investimentos afetivos envolvidos no processo. Um aporte teórico fincado na discussão sobre representações sociais, cuidado humanizado e sistemas médicos parecem-me caminhos férteis. Portanto, as

contribuições de Moscovici, Jodelet, Martins e Kleinman são cruciais para o desenvolvimento de uma pesquisa com essa temática. Por fim, seria ainda possível pensar a relação entre práticas integrativas e atenuação do estigma, ampliando aquilo que me propus no mestrado, o que invariavelmente deveria levar em consideração a bibliografia discutida aqui sobre o fenômeno da estigmatização.

A frequência alta da temática do uso e abuso dos medicamentos em meus dados levam-me a apontar que este seria um tema relevante para o desdobramento da minha pesquisa. Em uma perspectiva mais interacionista, o uso do medicamento poderia ser abordado através da noção de marcador interacional, o que significaria uma investigação sobre como o uso de um medicamento afeta a qualidade dos encontros sociais, dinamizando o usuário a construir um repertório de ações que considere a presença ou ao menos a informação do uso do medicamento. Novamente, entrevistas semiestruturadas ou mesmo não estruturadas poderiam nos servir para o fim desejado. No tocante ao estigma, o medicamento enquanto marcador interacional poderia nos levar a informações mais sofisticadas sobre os processos interativos que levam, sob sua influência, uma pessoa a ser considerada louca ou sã. Teoricamente falando, Goffman seria essencial, assim como um passeio sobre a história das drogas e dos medicamentos, por fim, teorizações sobre o estigma completariam o ponto de partida.

Outra abordagem de pesquisa possível sobre o tema da medicamentação seria analisar as concepções sustentadas pelos usuários de psicofármacos, investigando as representações sociais associadas ao medicamento. Novamente, o estudo necessitaria de entrevistas semiestruturadas aprofundadas e uma análise capaz de dar conta das práticas cotidianas, dos investimentos afetivos e da retórica dos entrevistados para que, por meio disso, e constitui-se os elementos que compõem um imaginário sobre os psicofármacos. O estudo das representações sociais e um passeio sobre as histórias das drogas e dos medicamentos seriam pontos de partida indiscutíveis neste caso.

Por fim, ainda sobre o tema da medicamentação, porém mais contextualizado ao meu campo de pesquisa, um desdobramento possível seria uma investigação das configurações reticulares dos usuários da atenção básica em Caruaru e Agrestina objetivando construir a rede de difusão de psicofármacos por meios não médicos e as motivações, concepções dos atores. Nessa pesquisa, a aplicação de questionários de rede e o uso de entrevistas seria a opção metodológica viável.

REFERÊNCIAS

ABEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração, 2013.

ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira. ABORDAGEM SOCIETAL DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 24, n. 3, p.713-737, nov. 2009.

ALMEIDA, Carlos Manuel Torres; JACINTO, Joaquim José; RODRIGUES, Vitor Manuel da Costa Pereira. A EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE: DOS CUIDADOS ARCAICOS AOS CUIDADOS ALTAMENTE CIENTÍFICOS. **História da Ciência e Ensino: construindo interfaces**, [s.l.], v. 20, p.39-51, 29 dez. 2019.

ALVERGA, Alex Reinecke; DIMENSTEIN, Magda. Reforma Psiquiátrica e os Desafios para Desinstitucionalização. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.20, p.299-316, jul/dez 2006.

ALVES, Paulo Cesar. “A Morte de Ivan Ilitch” e as múltiplas dimensões da doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 2, p.381-388, fev. 2018.

AMARANTE, Paulo Duarte. 30 Anos da Reforma Psiquiátrica Brasileira:: lutando por cidadania e democracia na transformação das políticas públicas e da sociedade brasileira. In: FONTES, Breno Augusto Souto Maior; FONTE, Eliane Maria Monteiro da (Org.). **Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental**: análises de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife: Editora Ufpe, 2010. p. 113-136.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no brasil**. a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, Paulo. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, [s.i.], v. 1, n. 1, p.1-7, abr. 2009.

ARAÚJO TSG; BARROS MMM. Concepções de líderes religiosos sobre as pessoas com transtornos mentais. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.** Rio de Janeiro. 2019. v.3(3): 316-331.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al . Humanidades como disciplina da graduação em Medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 37, n. 3, p. 455-463, Sept. 2013 .

BARBITÚRICOS. [s.i]. Disponível em: https://www.psicologia.pt/instrumentos/ver_ficha.php?cod=barbituricos. Acesso em: 20 fev. 2020.

BARRETTO, Raquel Silva; FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos. Estigma e violência na percepção dos profissionais de saúde mental de uma unidade psiquiátrica em hospital geral. **Cadernos Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 124-130, jun. 2019.

BASTIDE R. **Sociologia das doenças mentais**. Lisboa: Publicações Europa-América; 1968.

BASAGLIA, Franco. As Instituições de Violência in: Textos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. Editora Garamond. Rio de Janeiro, 2005.

BAUER, Martin W. Análise de Conteúdo. In: BAUER, Martin W; GASKELL, George (ed.). **Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som : um manual prático**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008

BAUMAN, Zigmund. **Medo Líquido**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008

BAUMAN, ZIGMAN; MAY, tim. Aprendendo a pensar com a sociologia. Rio de Janeiro: Zahar, 2010

BEAR, Mark F.; CONNORS, Barry W.; PARADISO, Michael A.. **Neurociências: desvendando o sistema nervoso**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BECKER, Howard S. Segredos e Truques da Pesquisa. Rio de Janeiro: Zahar, 2007

BENOIST, Jean. Logique de la stigmatisation, éthique de la déstigmatisation, 2007. Disponível em: http://classiques.uqac.ca/contemporains/logique_stigmatisation. Acesso em : 25/10/13

BERGER, Peter. **Perspectivas Sociológicas: uma visão humanística**. Petrópolis: Vozes, 2001.

BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. Vozes: Rio de Janeiro, 2009.

BERGER, Peter L.; BERGER Brigitte. O que é uma Instituição Social? In: FORACCHI, Marialice Mencarini. and MARTINS José de Souza. **Sociologia e sociedade leituras de introdução à sociologia**. [s.l.]: LTC, 2008.

BLUMER, H. A natureza do interacionismo simbólico. In: MORTENSEN, Charles (Org.) **Teoria da Comunicação: textos básicos**. SP: Mosaico, 1980

BOURDIEU, Pierre. **Razões Práticas: teoria da ação**. Campinas: Papirus, 2008

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Básica**. Brasília: Editora Ms, 2013.

BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial Eletrônico*, Brasília, DF, 09 abr. 2001, p. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: [s.i], 2012 Disponível em: http://ministerio_da_saude_atencao_basica_plano_nacional Acesso em: 13 nov. de 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA: DIRETRIZES DO NASF Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: [s.i.], 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/diretrizes_nasf Acesso em: 13 nov. de 2019

BRETON, David Le. **A sociologia do corpo**. 3º Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

BUCHELE et al. A Interface da Saúde Mental na Atenção Básica. **Cogitare Enferm** v.3 n.11, p. 226-233, Set/Dez, 2006

BULLOUGH, V. L. **The Development of Medicine as a Profession**. Basel, S. Karger, 1966.

BURILLE, Andreia; GERHARDT, Tatiana Engel. Doenças crônicas, problemas crônicos: encontros e desencontros com os serviços de saúde em itinerários terapêuticos de homens rurais. : encontros e desencontros com os serviços de saúde em itinerários terapêuticos de homens rurais. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 23, n. 2, p. 664-676, jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**. 2017. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/artigos/772-acoes-e-programas/saude-da-familia/41285-saude-da-familia>. Acesso em: 24 nov. 2019.

CAILLÉ, Alan. Introdução. In: MARTINS, Paulo H. **Contra a Desumanização da Medicina**. Petrópolis: Vozes, 2003

CARDOSO, Matêus Ramos. O DESENCANTAMENTO DO MUNDO SEGUNDO MAX WEBER. **Revista Educ**, Duque de Caxias, v. 1, n. 2, p.1-14, jul./dez. 2014.

CAREGNATO, Rita Calatina Aquino ; MUTTI, Regina. Pesquisa Qualitativa : Análise de Discurso versus Análise de Conteúdo. **Texto contexto - enferm**. 2006, vol.15, n.4, pp. 679-684.

CARUSO DE AZEVEDO, Luciana Jaramillo. Considerações sobre a medicalização: uma perspectiva cultural contemporânea. **CES Psicol**, Medellín , v. 11, n. 2, p. 1-12, Dec. 2018 .

CASTEL, Robert. **A Ordem Psiquiátrica: A Idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CASTORINA, José Antonio; BARREIRO, Alicia Viviana. El problema de la individuación de las representaciones sociales: una perspectiva interdisciplinaria. **Psicologia da Educação**, São Paulo, v. 2, n. 25, p.11-33, jul. 2007.

CEBALLOS, Albanita Gomes da Costa de. **MODELOS CONCEITUAIS DE SAÚDE, DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA, PROMOÇÃO DA SAÚDE**. Recife: S.n., 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3332/1/2mod_conc_saude_2016.pdf. Acesso em: 20 nov. 2019.

CIRILO NETO, Maurício; DIMENSTEIN, Magda. Saúde Mental em Contextos Rurais: o Trabalho Psicossocial em Análise. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.l.], v. 37, n. 2, p.461-474, jun. 2017. FapUNIFESP (SciELO).

COLOMBO, Enzo. Descrever o social: a arte de escrever e pesquisa empírica In : Melucci Alberto. **Por Uma Sociologia Reflexiva: pesquisa qualitativa e cultura**. 1 ed. Petrópolis : Vozes, 2005.

CONRAD, Peter; BARKER, Kristie K. A Construção Social da Doença : Insights - Chave e Implicações para Políticas de Saúde In: **Ideias Campinas (SP)**, n. 3, p. 185-220, 2º semestre, 2011

CONTATORE, Octávio Augusto; MALFITANO, Ana Paula Serrata; BARROS, Nelson Filice de. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 21, n. 62, p.553-563, 20 mar. 2017.

COLLINS, Randall. **Quatro Tradições Sociológicas**. Petrópolis: Editora Vozes, 2009.

CORRIGAN, Patrick. How Stigma Interferes With Mental Health Care. **American Psychologist**, Chicago, v. 7, n. 59, p.614-625, 2004.

CORRIGAN, Patrick W.; ROE, David; TSANG, Hector W. H.. Challenging the Stigma of Mental Illness: lessons for therapists and advocates. West Sussex,: John Wiley & Sons, 2011.

COSTA, Fabrício Donizete da; AZEVEDO, Renata Cruz Soares de. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 34, n. 2, p.261-269, jun. 2010.

DANTAS, Candida Maria Bezerra et al. **TERRITÓRIO E DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE MENTAL EM CONTEXTOS RURAIS: CUIDADO INTEGRAL ÀS POPULAÇÕES DO CAMPO**. **Athenea**, [s.i], v. 1, n. 20, p.1-21, mar. 2020.

DIMENSTEIN et al. Demanda em Saúde Mental em Unidades de Saúde da Família. **Mental** n. 5, p 32-42, nov, 2005

DIAS, Maria Olívia. UM OLHAR SOBRE A FAMÍLIA NA PERSPETIVA SISTÉMICA O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO NO SISTEMA FAMILIAR. **Gestão e Desenvolvimento**, Nova Hamburgo, v. -, n. 19, p.139-156, 2011.

DIAS, Darlen Neves Silva; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de. Qual a Relação entre Saúde e Doença? **Revista Nufen**, Belém, v. 2, n. 6, p.23-45, dez. 2013.

DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault**. Uma Trajetória Filosófica: Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995

DURKHEIM, Émile. **As Regras do Método Sociológico**. São Paulo: Martins Fontes, 2014.

DUBAR, Claude. **A Socialização: construção das identidades sociais e profissionais**. Porto: Porto Editora, 1997

EATON, William W. **The Sociology of Mental Disorders**. Westport, CT, Praeger Publishers, 2001

ELIAS, Nobert. **Sociedade dos Indivíduos**. Rio de Janeiro: Zahar Edições, 1994.

ELIAS, Nobert. Sociologia do Conhecimento: novas perspectivas. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 23, n. 3, p.515-554, dez. 2008.

FERRAZZA, Daniele de Andrade et al. A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 47, p.381-390, set./dez. 2010.

FERREIRA, Jônatas. **Sufrimento e Silêncio: apontamentos sobre sofrimento psíquico e consumo de psicofármacos**. 2014. Disponível em: <http://sociologico.revues.org/1133>. Acesso em: 10 mar. 2018.

FERREIRA, Marcelo José Monteiro et al. New National Curricular Guidelines of medical courses: opportunities to resignify education. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 23, n. 1, p.1-15, 2019.

FERREIRA, Marcela dos Santos; CARVALHO, Maria Cecília de Araújo. ESTIGMA ASSOCIADO AO TRANSTORNO MENTAL: UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE SUAS CONSEQUÊNCIAS. **Ries**, Caçador, v. 6, n. 2, p.192-201, Não é um mês valido! 2017.

FIOCRUZ. **Determinantes sociais**. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais>. Acesso em: 20 nov. 2019.

FLICK, Uber. **Qualidade na Pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre : Artmed, 2009

FONTANA, Andrea; FREY, James H.. The interview:: from structured questions to Negotiated Text. In: DENZ IN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (Ed.). **Collecting and Anayzing Empirical Materials**. 4. ed. Thousand Oaks: Sage, 2012. p. 61 -101.

FONTES, Breno Souto Maior. **La contribución de Simmel a la sociología reticular**. Estudios Sociológicos, **México**, v. 32, n. 99, p.527-552, Set. 2014.

FONTES, Breno Augusto Souto Maior. **Redes, Práticas Associativas e Poder Local**. Curitiba: Editora Appris, 2011

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA À REFORMA PSIQUIÁTRICA: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no brasil. **Estudos de Sociologia**, [S.l.], v. 1, n. 18, mar. 2012. ISSN 2317-5427. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235>. Acesso em: 23 nov. 2019

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da Clínica**. Rio Janeira: Florense, 1977

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. 8.ed. São Paulo: Perspectiva, 2005

FRASER, Márcia Tourinho Dantas; GONDIM, Sônia Maria Guedes. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia* (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, p. 139-152, Aug. 2004.

FREIDSON, Eliot. **Renascimento do Profissionalismo**. São Paulo: EDUSP, 1998

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. **MEDICALIZAÇÃO EM PSIQUIATRIA**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

FREITAS-SILVA, Luna Rodrigues; ORTEGA, Francisco. A determinação biológica dos transtornos mentais: uma discussão a partir de teses neurocientíficas recentes. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 32, p.1-11, ago. 2016.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, Martin W; GASKELL, George (ed.). **Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som : um manual prático**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008

GEERTZ, Clifford. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Ltc, 1989.

GIBSON, Roger Carl et al. Internalizing stigma associated with mental illness: findings from a general population survey in Jamaica. *Panam Salud Publica*, Washington, v. 1, n. 23, p.1-9, an. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892008000100004>. Acesso em: 13 set. 2014.

GIDDENS, Anthony. **As Consequências da Modernidade**. São Paulo: UNESP, 1991

GOFFMAN, Erving. **Comportamento em Lugares Públicos**. Petrópolis: Vozes, 2010.

GOFFMAN, Erving, **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1988.

GOFFMAN, Erving. **Ritual de interação**: Ensaio sobre o comportamento face a face. Petrópolis: Editora Vozes, 2011.

GOFFMAN, Erving. **MANICÔMIOS, PRISÕES E CONVENTOS**. Petrópolis: Vozes, 1974.

GONÇALVES, Leonardo Giovane Moreira; THOMAZ, Rosângela Custódio Cortez. HISTÓRIAS E MEMÓRIAS: AS BRINCADEIRAS, BRINQUEDOS, MITOS, CANTIGAS, HISTÓRIAS E LENDAS RURAIS COMO PATRIMÔNIO CULTURAL RURAL. **Geografia em Questão**, [s.i], v. 11, n. 2, p. 129-150, 2018.

GONÇALVES, Amadeu Matos. A doença mental e a cura: um olhar antropológico. **Millenium**, [S.I], p. 159-171, 2004. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8443>. Acesso em: 10 out. 2019.

GORENSTEIN, Clarice; SCAVONE, Cristóforo. Avanços em psicofarmacologia: mecanismos de ação de psicofármacos hoje. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [s.i], v. 1, n. 21, p.64-73, 1999.

GUEDES, Carla Ribeiro; NOGUEIRA, Maria Inês; CAMARGO JUNIOR, Kenneth R. de. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.i], v. 11, n. 4, p.1093-1103, 2006.

HALES, Robert E.; YUDOFKY, Stuart C.; GABBARD, Glen O. (ed.). **TRATADO DE PSIQUIATRIA CLÍNICA**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

HARAWAY, Donna. Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**. Nº 5, 1995, p. 7- 41

HERITAGE, John C. Etnometodologia. In: GIDDENS, Anthony; TURNER, Jonathan (Org.). **Teoria Social Hoje**. São Paulo: Unesp, 1999. p. 321-392.

HINSHAW, Stephen P. MARK OF SHAME, The Stigma of Mental Illness and an Agenda for Change. Oxford: OXFORD USA PROFESSIO, 2010

HUGHES, Everett C.. CICLOS, PONTOS DE INFLEXÃO E CARREIRAS. **Teoria e Pesquisa**, São Carlos, v. 1, n. 46, p.163-173, jan. 2005.

JANZEN, John M.. **The Quest for Therapy: Medical Pluralism in Lower Zaire**. Berkeley: University California Press, 1978.

JODELET, Denise. Representações Sociais: Um domínio em expansão. In: JODELET, Denise (Org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Editora Uerj, 2001. p. 17-44.

JODELET, Denise. **Loucura e Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2015.

JODELET, Denise. Os Processos Psicossociais da Exclusão. In: SAWAIA, Bader (org.). **AS ARTIMANHAS DA EXCLUSÃO: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 53-66.

JOVCHELOVITCH, Sandra. Representações sociais e polifasia cognitiva: notas sobre a pluralidade e sabedoria da Razão em Psicanálise, sua imagem e seu público. In: Almeida, Angela Maria de Oliveira, e, Zeidi Araujo, (eds.) **Teoria das representações sociais - 50 anos**. TechnoPolitik Editora, Rio de Janeiro, 2011. p. 159-176.

JUNGES, José Roque; BARBIANI, Rosangela. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. : uma leitura bioética. **Revista Bioética**, [s.i], v. 2, n. 21, p. 207-217, 2013.

KASSOUF, Ana Lúcia. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, Brasília, v. 43, n. 1, p. 29-44, Mar. 2005.

KNAACK, Stephanie; MANTLER, Ed; SZETO, Andrew. Mental illness-related stigma in healthcare. *Healthcare Management Forum*, [S.L.], v. 30, n. 2, p. 111-116, 16 fev. 2017. SAGE Publications.

KLEINMAN, Arthur. Concepts and a Model For the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. **Soc. Sci. & Med**, s.n., n. 12, p. 85-93, 1978.

LESLIE, Charles. Foreword. In: JANZEN, John M. **The Quest for Therapy: Medical Pluralism in Lower Zaire**. Berkeley: University California Press, 1978. p. 11-16.

LIMA JÚNIOR, João Mendes de et al. Saúde mental e saúde da família: implicações, limites e possibilidades. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 18, p.229-233, jan. 2010.

LIMA, Thamilys Lopes de. **COMPREENDENDO A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA IV GERES-PE**. 2016. 56 f. Monografia (Especialização) - Curso de Saúde Coletiva Com Ênfase em Gestão de Redes, Universidade de Pernambuco, Caruaru, 2016.

LÓPEZ-IBOR JUNIOR, Juan J.; CUENCA, Olga; LÓPEZ-IBOR, María-inés. Stigma and health care staff. In: ARBOLEDA-FLÓREZ, Julio; SARTORIUS, Norman (ed.). **Understanding the Stigma of Mental Illness: theory and interventions**. Theory and Interventions. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 2008. p. 69-84.

LÓPEZ, Marcelino; LAVIANA, Margarita; FERNÁNDEZ, Luis; LÓPEZ, Andrés; RODRÍGUEZ, Ana María; APARICIO, Almudena. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: una estrategia compleja basada en la información disponible. **Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría**, [S.L.], v. 28, n. 1, p. 1-29, 2008.

LOCH, Alexandre Andrade; RÖSSLER, Wulf. Who Is Contributing? In: GAEBEL, Wolfgang; RÖSSLER, Wulf; SARTORIUS, Norman (ed.). **The Stigma of Mental Illness: end of the story?**. End of the Story?. New York: Springer, 2017. p. 111-123.

LUCHESI et al. Saúde Mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad. Saúde Pública** v. 9 n.25, p. 2033-2042, set, 2009.

MACHADO, Roberto. **A Danção da Norma**. Medicina Social e a Constituição da Psiquiatria no Brasil. Editora Graal. Rio de Janeiro, 1978.

MACIEL, Cristiano de Oliveira; CASTRO, Marcos de. Configurações reticulares e inovação: reflexões acerca da efetividade de padrões estruturais distintos. **Revista Brasileira de Estratégia**, Curitiba, v. 3, n. 1, p.71-85, jan./abr. 2010.

MACIEL, Silvana Carneiro; MACIEL, Carla Maria Carvalho; BARROS, Daniela Ribeiro; SÁ, Roseane Christhina da Nova; CAMINO, Leôncio F. Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. **Psico-USF**, [S.L.], v. 13, n. 1, p. 115-124, jun. 2008.

MAGNER, Lois N.. **History of Medicine**. New York: Taylor & Francis, 2005.

MARMENTINI, Joice Schneider. Adoecimento mental em comunidades rurais do município de Centenário: perspectivas histórico-sociais. **Relacult – Revista Latino-americana de Estudos em Cultura e Sociedade**, [s.i], v. 3, n. 3, p.1-22, dez. 2017.

MÂNGIA, E.; YASUTAKI, P. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental . **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 19, n. 1, p. 61-71, 1 abr. 2008.

MARASCHIN, Cleci, AXT, Margarete. Conhecimento. In: STREY, Marlene Neves et alli. **Psicologia Social Contemporânea: livro-texto**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998. p. 133-145.

MARTINS, Paulo H. **Contra a Desumanização da Medicina**. Petrópolis: Vozes, 2003

MARTINS, Paulo Henrique. As redes sociais, o sistema da dádiva e o paradoxo sociológico, 2009. Disponível em: http://www.nucleodecidadania.org/redes_sociais_solidariedade Acesso: 25/10/13

MARTINS, Paulo Henrique. Dom do reconhecimento e saúde: elementos para entender o cuidado como mediação. In: PINHEIRO, Roseli; MARTINS, Paulo Henrique (org.). Usuários, redes sociais, mediações e integralidade e saúde. Rio de Janeiro: Uerj/ims/lappis, 2011. p. 39-50.

MELUCCI, Alberto. B. Busca de qualidade, ação social e cultura. Por uma sociologia reflexiva In: Melucci Alberto. **Por Uma Sociologia Reflexiva: pesquisa qualitativa e cultura**. 1 ed. Petrópolis : Vozes, 2005.

MILLER, Richard J.. **Drugged: th e science and culture behind psychotropic drugs**. New York: Oxford University Press, 2014.

MINOZZO, Fabiane; COSTA, Ileno Izídio da. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família:: trilhando caminhos possíveis. **Psico-usf**, São Paulo, v. 1, n. 18, p.151-160, jan./abril, 2013.

MONTEIRO, Lara Valléria Barros; ROCHA JUNIOR, José Rodrigues. A DIMENSÃO ESPIRITUAL NA COMPREENSÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA EM PSICOLOGIA DA SAÚDE. **Cadernos de Graduação: ciências biológicas e da saúde**, Alagoas, v. 4, n. 2, p.15-30, nov. 2017.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2007.

NASCIMENTO, Pedro. Alguns Comentários sobre a mesa "Antropologia em campos up". In: SCHUCH, Patrice; VIEIRA, Miriam Steffen; PETERS, Roberta (Org.). **Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo**. Porto Alegre: Ufrgs Editora, 2010. p. 71-83.

NASCIMENTO, ÁLVARO B. DE M. REDES SOCIAIS E BEM-ESTAR: laços sociais e a felicidade pessoal. **Ciência & Trópico**, v. 42, n. 2, 22 ago. 2018.

NETO, Mauricio Cirilo; DIMENSTEIN, Magda. Cuidado psicossocial em saúde mental em contextos rurais. **Temas em Psicologia**, [s.l.], v. 25, n. 4, p.1653-1664, 2017. Associação Brasileira de Psicologia. <http://dx.doi.org/10.9788/tp2017.4-09pt>.

NOGUEIRA, Maria Inês. A reconstrução da formação médica nos novos cenários de prática: inovações no estilo de pensamento biomédico. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, n. 3, p.909-930, set. 2014.

NORONHA, Marcos de. A ETNOPSQUIATRIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA. **Presença: Revista de Educação, Cultura e Meio Ambiente**, S.n., v. 3, n. 28, p.1-17, maio 2004.

NUNES, Everardo Duarte. A construção teórica na sociologia da saúde: uma reflexão sobre a sua trajetória. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 4, p.1007-1018, abr. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.12422013>

NUNES, Mônica & TORRENTÉ, Maurice. Estigmas e Violências no Trato com a Loucura:narrativas de centros de atenção psicossocial Bahia e Sergipe. Rev. Saúde Pública. Editora UFBA. Bahia, 2009.

OLIVEIRA-AUGUSTO, Maria Helena. O Moderno e o Contemporâneo:: reflexões sobre os conceitos de indivíduo, tempo e morte. **Tempo Social: Revista de Sociologia da USP**, São Paulo, v. 6, n. , p.91-105, fev. 1994.

OLIVEIRA, Paulo Henrique. Redes de Atenção Psicossocial instaladas em comparação com a preconizada e a formação dos profissionais de Atenção Primária à Saúde de Caruaru e Agrestina com foco em saúde mental. Relatório Final Pibic -2018. Recife: [n.p], 2019

ORTIZ, Renato. Prefácio. In: MARTINS, Paulo H. **Contra a Desumanização da Medicina**. Petrópolis: Vozes, 2003

OSTROWER, Fayga. **Criatividade e Processos de Criação**. Petrópolis: Vozes, 1987.

PELBART, Peter PÁL. **DA CLAUSURA DO FORA AO FORA DA CLAUSURA: loucura e desrazão**. LOUCURA E DESRAZÃO. São Paulo: Brasiliense, 1989.

PEREIRA, Thaís Thomé Seni Oliveira; BARROS, Monalisa Nascimento dos Santos; AUGUSTO, Maria Cecília Nobrega de Almeida. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. **Mental**, Barbacena , v. 9, n. 17, p. 523-536, dez. 2011.

PEREIRA, João F.. **O que é loucura**. São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense, 1984

PERNAMBUCO. GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO. **PLANO ESTADUAL DE SAÚDE: 2020-2023**. Recife: [S.I], 2019.

PERNAMBUCO. GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO. . **PLANO ESTADUAL DE SAÚDE: 2016-2019**. Recife: [S.I], 2019.

PERNAMBUCO. Lei nº 11.024, de 16 de maio de 1994. Recife, PE, Disponível em: <http://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=1552&tipo=TEXTTOORIGINAL>. Acesso em: 01 dez. 2018.

PERNAMBUCO, O Conselho Estadual de Saúde de. RESOLUÇÃO Nº 747 DE 11 DE JULHO DE 2018. Disponível em: <http://www.ces.saude.pe.gov.br/wp-content/uploads/2019/12/RESOLU%C3%87%C3%83O-747-11JUL2018-Aprovar-a-Pol%C3%ADtica-Estadual-de-Sa%C3%BAdede-Mental.pdf> Acesso em: 13 nov. de 2019

PERRUSI, Artur. A lógica Asilar Acabou? Uma crítica da crítica à assistência psiquiátrica. In: FONTES, Breno Augusto Souto Maior; FONTE, Eliane Maria Monteiro da (Org.). Desinstitucionalização, **Redes Sociais e Saúde Mental: análises de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal**. Recife: Editora Ufpe, 2010. p. 355-388

PERRUSI, Artur. Sofrimento Psíquico, Individualismo e Uso dos Psicotrópicos: saúde mental e individualidade contemporânea. **Tempo Social**, São Paulo, v. 27, n. 1, p.139-159, jun. 2015.

PESCOSOLIDO, Bernice A. et al. Rethinking Theoretical approaches to stigma: A framework integrating normative influences on stigma (FINIS). *Social Science & Medicine*. Nº 67 , p. 431-440. Abril de 2008.

PETERS, Gabriel. **A ordem social como problema psíquico**: Do existencialismo sociológico à epistemologia insana. São Paulo: Annablume, 2017.

PETERS, Gabriel. ORDEM SOCIAL E (IN)SEGURANÇA ONTOLÓGICA: esboços de existencialismo sociológico em Peter Berger, Anthony Giddens e Pierre Bourdieu. **Revista de Ciências Sociais**, n. 40, p.117-150, abr. 2014.

PETTRES, Andreia Assmann; ROS, Marco Aurélio da. A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E A PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 3, n. 47, p.183-196, nov. 2018.

PIETIKAINEN, Petteri. **MADNESS A History**. New York: Routledge, 2015.

POUPART, Jean. A entrevista do tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: POUPART et al. **A Pesquisa Qualitativa**: Enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008.

RAMOS, Danielle Marques dos; NASCIMENTO, Virgílio Gomes do. A família como instituição moderna. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 2, p. 461-472, Dec. 2008 .

RAMOS-CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu; LIMA, Maria Cristina Pereira. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 6, n. 11, p.107-116, ago. 2002.

RANCI, Constanzo. Relações Difíceis : A interação entre pesquisadores e atores sociais. In : Melucci Alberto. **Por Uma Sociologia Reflexiva: pesquisa qualitativa e cultura**. 1 ed. Petrópolis : Vozes, 2005.

REVEL, Judith. **Foucault: conceitos essenciais**. São Carlos: Ed. Claraluz., 2005

REZENDE, JM. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina [online]**. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. O ato médico através da história. pp. 111-119. ISBN 978-85-61673-63-5. Available from SciELO Books <http://books.scielo.org>.

RIOS, Izabel Cristina. Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 1, p. 1725-1732, June 2010 .

ROE, David; YAMIN, Amit. Desarrollo Narrativo y Terapia Cognitiva (NECT):: una intervención grupal para reducir el auto-estigma en personas con trastornos mentales severos. **Vertex**: Revista Argentina de Psiquiatría, Buenos Aires, v. 28, n. 135, p. 384-390, out. 2017.

RÜSCH, Nicolas; XU, Ziyang. Strategies to Reduce Mental Illness Stigma. In: GAEBEL, Wolfgang; RÖSSLER, Wulf; SARTORIUS, Norman (ed.). **The Stigma of Mental Illness: end of the story?**. New York: Springer, 2017. p. 451-468.

SÁ, Celso Pereira de. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos de; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental:: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, [S.I.], v. 1, n. 1, p. 1-15, jul. 2009.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro (ed.). **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. ciência do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SARTORIUS, Norman; SCHULZE, Hugh (ed.). **Reducing the Stigma of Mental Illness: a report from a global programme of the world psychiatric association**. New York: Cambridge University Press, 2005.

SAÚDE, Organização Mundial da. **RELATÓRIO MUNDIAL DA SAÚDE: Saúde mental nova concepção, nova esperança**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2002.

SAÚDE, Ministério da. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, 11., 2005, Brasília. **Relatório**. Brasília: [s.i], 2005. p. 1 - 56. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 12 fev. 2020.

SCHEFF, Thomas J. **Being Mentally Ill**. Chicago: ALDINE Publishing Company, 1984.

SCHUTZ, Alfred. **Fenomenologia e Relações Sociais**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

SCHULTZ, Duane P.; SCHULTZ, Sydney Ellen. O INÍCIO DA PSICANÁLISE. In: SCHULTZ, Duane P.; SCHULTZ, Sydney Ellen. **História da psicologia moderna**. São Paulo: Cengage Learning, 2014. p. 282-315.

SCHULTZ, Duane P.; SCHULTZ, Sydney Ellen. PSICANÁLISE: PÓS FUNDAÇÃO. In: SCHULTZ, Duane P.; SCHULTZ, Sydney Ellen. **História da psicologia moderna**. São Paulo: engage Learning, 2014. p. 317-349.

SCULL, Andrew. **MADNESS IN CIVILIZATION: a cultural history of insanity from the bible to freud, from the madhouse to modern medicine**. A Cultural History of Insanity from the Bible to Freud, from the Madhouse to Modern Medicine. Princeton: Princeton University Press, 2015.

SÊGA, Rafael Augustus. O Conceito de Representação Social nas Obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. Anos 90, n. 1, p. 128-133, 2000

SEVALHO, Gil. Uma Abordagem Histórica das Representações Sociais de Saúde e Doença. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 9, p.349-363, Set. 1993.

SIMMEL, Georg. **Questões Fundamentais da Sociologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

SILVA, Victor Hugo Farias da; DIMENSTEIN, Magda; LEITE, Jäder Ferreira. O cuidado em saúde mental em zonas rurais. **Mental**, Barbacena, v. 10, n. 19, p. 267-285, dez. 2012.

SMITH, Allison L.; CASHWELL, Craig S.. Stigma and Mental Illness:: Investigating Attitudes of Mental Health and Non-Mental-Health Professionals and Trainees. **Journal Of Humanistic Counseling, Education, And Development**, [s.i], n. 49, p.189-202, 2011.

SOARES, Rhaisa Gontijo; NERY, Fabricia Creton; SILVEIRA, Pollyanna Santos; NOTO, Ana Regina; RONZANI, Telmo Mota. A mensuração do estigma internalizado: revisão sistemática da literatura. **Psicologia em Estudo**, [S.L.], v. 16, n. 4, p. 635-645, dez. 2011.

SPINK, M. J. P. O Conceito de Representação Social na Psicologia Social. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 9 (3): 300-308, jul/sep, 1993.

SKINNER, B.F. Crítica dos conceitos e teorias psicanalíticos. *Nat. hum.*, São Paulo, v.13, n.2, p.132-143, 2011. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-2430201100020_0009&lng=pt&nrm=iso. acesso em 17 nov. 2020.

SUASSUNA, Rodrigo Figueiredo. INSTITUIÇÕES, CONFIANÇA E ORDEM SOCIAL. **Revista de Ciências Sociais**, Brasília, n. 40, p. 87-116, Ab. 2014

STULZER, Hellen Karine; SILVA, Quetlen Aparecida; STULZER JUNIOR, Walter. ANTIDEPRESSIVOS DE LIBERAÇÃO MODIFICADA: ESTUDOS COMPARATIVOS DOS MEDICAMENTOS COMERCIALIZADOS NO BRASIL.. **Visão Acadêmica**, [s.l.], v. 7, n. 2, p.1-11, 31 dez. 2006. Universidade Federal do Parana. <http://dx.doi.org/10.5380/acd.v7i2.9044>.

TAVARES, David. SAÚDE, MULTIDISCIPLINARIDADE E SOCIEDADE. **Saúde & Tecnologia**, Lisboa, v. 18, n. , p.05-10, set. 2017.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

TESSER, Charles Dalcanale; BARROS, Nelson Filice de. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública**, [s.i], v. 5, n. 42, p.914-920, abr. 2008.

TEIXEIRA, M.; LIN, C. Educação médica em terapêuticas não convencionais. **Revista de Medicina**, v. 92, n. 4, p. 224-235, 21 dez. 2013.

TRINDADE, Zeidi Araújo; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira. Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. In: SANTOS, Maria de Fátima de Souza; ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira; TRINDADE, Zeidi Araújo (Org.). **Representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik Editora, 2014. p. 133-162.

VARTEJANU-JOUBERT, Madaline. Representation of Madmen and Madness *in* Jewish Sources from The Pre-exilic to the Roman-Byzantine Period. in: eghigian, greg (ed.). **the routledge history of madness and mental health**. abingdon: routledge, 2017. p. 19-41.

VEIGA-NETO, Alfredo. Teoria e método em Michel Foucault (im)possibilidades. **Cadernos de Educação**, Pelotas, v. [], n. 34, p.83-94, 2009.

WACHELKE, João Fernando Rech; CAMARGO, Brigido Vizeu. Representações Sociais, Representações Individuais e Comportamento. **Revista Interamericana de Psicología**, v. 41, n. 3, p.379-390, jul. 2007.

WARNER, Richard. Fields of Intervention. In: GAEBEL, Wolfgang; RÖSSLER, Wulf; SARTORIUS, Norman (ed.). **The Stigma of Mental Illness: end of the story?**. Heidelberg: Springer, 2017. p. 435-450.

WETZEL, Christine et al. A rede de atenção à saúde mental a partir da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, p.27-32, jun. 2014.

YANG, Lawrence Hsin *et al.* Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory. **Social Science & Medicine**, S.I, v. 1, n. 64, p. 1524-1535, dez. 2007.

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista Gestores da Saúde Mental

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
NÚCLEO DE REDES SOCIAIS E PODER

Roteiro de Entrevista Gestores da Saúde Mental

Entrevistador:	Data:	Duração:
Nome do Entrevistado:		
Cargo ou Função ocupada pelo Entrevistado		
Município onde está localizado o serviço		

A rede de atenção à saúde mental

Cobertura

Unidades rurais e urbanas

A rede de atenção a saúde mental e o sistema municipal de saúde.

Dados epidemiológicos

3.1. Enfermidades mais comuns

3.2. Internações psiquiátricas.

A atenção básica e a saúde mental

2.1. A política municipal de saúde mental e a atenção básica

2.2. Desafios da saúde mental nos CAPS

(a) treinamento dos profissionais de saúde

(b) integração da atenção básica com a rede de saúde mental

(c) a lida com o estigma e a discriminação

(d) protocolos de atendimento

(e) práticas terapêuticas mais utilizadas

(f) o uso dos psicofármacos.

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Gestores da Saúde Mental

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
NÚCLEO DE REDES SOCIAIS E PODER

Roteiro de Entrevista Profissionais da Saúde Mental

Entrevistador:	Data:	Duração:
Nome do Entrevistado:		
Unidade de Saúde Da família onde trabalha o entrevistado		
Categoria profissional: () médico () enfermeiro () Agente Comunitário de Saúde.		
Município onde está localizado o serviço		

Informações sobre o entrevistado:

Há quanto tempo trabalha No Programa Estratégia saúde da família

- Menos de um ano
- 1-3 anos
- 3-5 anos
- Mais de cinco anos

Tem alguma formação em saúde mental?

- Sim (especifique) _____
- Não.

1. Sobre a formação profissional

Orientar o entrevistado para falar sobre a sua formação profissional, em especial se atende os desafios de lidar com o transtorno mental.

Existe alguma formação ou preparação para você e os outros integrantes em relação a maneira de lidar com usuários que apresentem algum tipo de transtorno psíquico?

O treinamento da equipe de saúde na atenção primária contempla adequadamente as exigências de atenção colocadas pela prática cotidiana?

2. o trabalho da atenção básica e saúde mental

Como se dá o atendimento do programa de saúde da família no geral? E especificamente sua função? Você poderia descrever pra mim?

Em relação ao trabalho em equipe, você poderia descrevê-lo como ele se dá?

No caso do atendimento a pessoas com algum tipo de transtorno psíquico, como se dá esse atendimento? Você poderia descrever? Ele segue o mesmo roteiro que aquele seguido por um paciente sem esse quadro?

Quais são as maiores dificuldades e os maiores desafios no que consta a saúde mental e sua relação com o programa de saúde da família?

As práticas de referência e contra-referência são eficazes para o acompanhamento adequado dos pacientes em atendimento nos diversos espaços de atenção à saúde mental?

Quais são as vantagens e desvantagens na assistência à saúde mental prestada nas Unidades de Atenção básica?

A integração do SUS com a comunidade (o acompanhamento dos Profissionais de Saúde na atenção básica relativamente às pessoas da comunidade com transtorno.)

Como efetivamente as diretrizes de atenção territorializada, com cuidados e promoção de saúde igualmente privilegiados são cumpridas? Quais as principais dificuldades enfrentadas?

Quais os pontos positivos e negativos que você encontra neste método de trabalho?

APÊNDICE C – Roteiro dos Usuários das Unidades Básicas de Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
NÚCLEO DE REDES SOCIAIS E PODER

Roteiro de Entrevista Usuários das Unidades de Saúde da Família

Entrevistador:	Data:	Duração:
Nome do Entrevistado:		
Unidade de Saúde Da família onde o entrevistado é atendido		
Município onde está localizado o serviço		

1. Sobre a história do adoecimento

Conte um pouco da história da sua vida, centrada especialmente no adoecimento.

Como você se sente hoje, quais são as dificuldades mais importantes (relacionadas com o transtorno)

O que você acha que provocou o teu problema.

2. Itinerário terapêutico

Que tipo de ajuda você já teve:

Você busca ajuda em outros locais, hoje, além da equipe médica da US?

(Para aqueles que recebem ou receberam assistência do CAPS): o que tem de diferente entre a equipe de saúde de família e o CAPS?

3. Sobre assistência recebida pelos profissionais de saúde.

Pedir ao entrevistado que comente sobre suas experiências de tratamento (médico, psiquiátrico, psicológico)

4. sobre a relação do médico/paciente

Você se sente a vontade para falar de seus problemas ao médico?

Você tem dificuldades em se fazer compreender (o médico entende perfeitamente as suas queixas?)

Você compreende bem o que o médico diz sobre os problemas que você está enfrentando?

O que você acha que poderia melhorar no atendimento que você recebe do profissional de saúde?

5. Medicalização.

Que medicamentos faz uso.

Se faz uso, além dos psicofármacos, outro tipo de medicamentos (ervas, banhos, chás, etc).

Quem receita ou indica

Sobre a medicalização (vantagens e desvantagens do uso de psicofármacos).

6. Representações da saúde

O que é loucura

O que causa o transtorno

7. Sociabilidades

Falar sobre a importância da família

Sobre amigos

Se trabalha, a relação com os colegas, e as dificuldades decorrentes do adoecimento

Como era a relação familiar antes do transtorno?

O que mudou na rotina familiar?

Comparando as relações entre os membros da família antes do transtorno e agora, houve mudanças? Houve mudanças na rotina familiar?

Se aconteceu alguma mudança nos padrões de sociabilidade do portador de transtorno mental em relação a: trabalho, vida social (saída para festas, encontro com amigos), vida afetiva

A rotina do portador de transtorno é como antes? É como a dos outros membros da família?

Se o entrevistado participa de algum grupo de apoio ou grupos na comunidade que auxiliem nos cuidados

Como é a convivência do portador de transtorno com os familiares? E com pessoas de fora da família (vizinhos, colegas de trabalho, membros da igreja)?

Como outras pessoas tratam o portador de transtorno? Como elas demonstram enxergá-lo?

Enfrenta algum tipo de preconceito? Se sim, é apenas direcionado ao portador de transtorno ou à família também?